

## ИССЛЕДОВАНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2020

### ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИОННО-КОМПЕНСАТОРНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ У БОЛЬНЫХ МИАСТЕНИЕЙ

Кудряшова В.Ю.<sup>1</sup>, Лутова Н.Б.<sup>1</sup>, Руденко Д.И.<sup>2,3</sup>, Вукс А.Я.<sup>1</sup>, Стучевская Т.Р.<sup>2,3</sup>, Егорова О.Д.<sup>3</sup>, Кулагина Н.К.<sup>3</sup>, Затаковенко С.М.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова» Минздрава России, кафедра неврологии, Санкт-Петербург, Россия

<sup>3</sup>Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская многопрофильная больница №2», отделение неврологии №3, Санкт-Петербург, Россия

Особенностью настоящего исследования стало не только изучение выраженности субъективно ощущаемых психопатологических проявлений и уровня депрессии у больных миастенией, данные о которых встречаются в литературе, — впервые были рассмотрены особенности психологических адаптационно-компенсаторных механизмов. Изучены психологические характеристики восприятия времени, уровень интернальности и смысло-жизненные ориентации, фундирующие психопатологические проявления. В статье рассматриваются особенности психологических адаптационно-компенсаторных механизмов у больных миастенией через призму выраженности субъективно ощущаемых психопатологических проявлений и характеристик времени, уровня интернальности и смысло-жизненных ориентаций. Приведены данные современных исследований сходных параметров у пациентов с миастенией. **Цель исследования.** Анализ адаптационно-компенсаторных психологических механизмов у больных миастенией в сравнении с лицами, не имеющими физических расстройств. **Материалы и методы.** В исследовании принял участие 61 человек: больные миастенией с диагнозом, установленным на основании клинических проявлений и результатов инструментальных и лабораторных тестов (исследование уровня антител к AchR MuSk) (31 человек), и лица, не имеющие физических отклонений (30 человек). Все участники обследованы экспериментально-психологическими методиками: симптоматический опросник «SCL-90», «Уровень субъективного контроля», тест смысло-жизненных ориентаций, шкала депрессии А. Бека, опросник «Семантический дифференциал времени». **Результаты.** Пациенты с миастенией предъявляют жалобы на неприятные физические ощущения, навязчивые мысли, иногда отмечают у себя повторяющиеся действия, ритуалы. Им присущи депрессивная симптоматика, наличие страхов, настороженность. Симптомы болезни оцениваются ими как причиняющие сильный дискомфорт. В сравнении с группой контроля они менее присваивают себе свои успехи и неудачи, считают, что их вклад в развитие семейных и производственных отношений невелик, указанные факторы зависят от внешних обстоятельств. В субъективном ощущении психологических характеристик времени настоящее и будущее определяются как малоактивные, их течение кажется неравномерным, слабоструктурированным, плохо прогнозируемым. **Заключение.** Полученные данные устанавливают мишенецентрированные зоны психологической коррекции с целью стабилизации адаптационно-компенсаторных механизмов больных миастенией — это работа, направленная на коррекцию «Я»-концепции и целеполагания, помогающая личности лучше адаптироваться к хроническому психотравмирующему воздействию, оказываемому болезнью.

**Ключевые слова:** миастения; уровень интернальности; смысло-жизненные ориентации; субъективно ощущаемые психопатологические проявления; депрессия; субъективно ощущаемые характеристики времени.

**Для цитирования:** Кудряшова В.Ю., Лутова Н.Б., Руденко Д.И., Вукс А.Я., Стучевская Т.Р., Егорова О.Д., Кулагина Н.К., Затаковенко С.М. Особенности адаптационно-компенсаторных психологических механизмов у больных миастенией. *Российский неврологический журнал*. 2020;25(4):14–21. DOI 10.30629/2658-7947-2020-25-4-14-21.

**Для корреспонденции:** Лутова Наталья Борисовна — д-р мед. наук, руководитель отделения интегративной фармако-психотерапии психических расстройств ФГБУ МНИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, главный научный сотрудник, врач высшей категории, e-mail: lutova@mail.ru

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Информация об авторах**

Кудряшова В.Ю., e-mail: vera\_orehovaya@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7546-2910>

Лутова Н.Б., e-mail: lutova@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9481-7411>

Руденко Д.И., e-mail: dmrud\_h2@mail.ru

Вукс А.Я., e-mail: heiligensee@ro.ru

Стучевская Т.Р., e-mail: timaMD@gmail.com

Егорова О.Д., e-mail: olgaegorova191@gmail.com

Кулагина Н.К., e-mail: nkkulagina@mail.ru

Затаковенко С.М., e-mail: smzatakovenko@rambler.ru

## FEATURES OF ADAPTIVE AND COMPENSATORY PSYCHOLOGICAL MECHANISMS IN PATIENTS WITH MYASTHENIA GRAVIS

Kudryashova V.Yu.<sup>1</sup>, Lutova N.B.<sup>1</sup>, Rudenko D.I.<sup>2,3</sup>, Vuks A.Ya.<sup>1</sup>, Stuchevskaya T.R.<sup>2,3</sup>, Egorova O.D.<sup>3</sup>, Kulagina N.K.<sup>3</sup>, Zatokovenko S.M.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia

<sup>2</sup>Department Neurology, First Pavlov State Medical University, Saint Petersburg, Russia

<sup>3</sup>Department Neurology №3, City Clinical Multi-Specialty Hospital №2, Saint Petersburg, Russia

*The peculiarity of this study was not only the study of the severity of subjectively felt psychopathological manifestations and the level of depression in patients with myasthenia, data on which are found in the literature, but the features of psychological adaptive-compensatory mechanisms were first considered. The psychological characteristics of the perception of time, the level of internality and the meaning of life orientations, substantive psychopathological manifestations are studied. The article discusses the features of psychological adaptive-compensatory mechanisms in patients with myasthenia through the prism of the severity of subjectively felt psychopathological manifestations and characteristics of time, the level of internality, and life-meaning orientations. The data of modern studies of similar parameters in patients with myasthenia are given. **The purpose** of the study is the analysis of adaptive-compensatory psychological mechanisms in patients with myasthenia gravis, in comparison with individuals who do not have physical disorders. **Materials and methods.** The study involved 61 people: patients with myasthenia gravis diagnosed on the basis of clinical manifestations and the results of instrumental and laboratory tests (study of the level of antibodies to AchR MuSk) (31 people) and people without physical abnormalities (30 people). All participants were examined by experimental psychological methods: symptomatic questionnaire "SCL-90", "Level of subjective control", test of life-meaning orientations, A. Beck's depression scale, questionnaire "Semantic time differential". **Results.** Patients with myasthenia gravis complain of unpleasant physical sensations, obsessive thoughts, sometimes note repeated actions and rituals. They are characterized by depressive symptoms, the presence of fears, alertness. Symptoms of the disease are assessed by them as causing great discomfort. Compared to the control group, they take less of their successes and failures, consider that their contribution to the development of family and production relations is small, these factors depend on external circumstances. In the subjective sense of the psychological characteristics of time, the present and future are defined as inactive, their course seems uneven, poorly structured, poorly predicted. **Conclusion.** The data obtained establish target-centered zones of psychological correction in order to stabilize the adaptive-compensatory mechanisms of patients with myasthenia gravis — this is a work aimed at correcting the self-concept and goal setting, helping the individual to better adapt to the chronic psycho-traumatic effect of the disease.*

**Key words:** myasthenia gravis; level of internality; life-meaning orientations; subjectively felt psychopathological manifestations; depression; subjectively felt characteristics of time.

**For citation:** Kudryashova V.Yu., Lutova N.B., Rudenko D.I., Vuks A.Ya., Stuchevskaya T.R., Egorova O.D., Kulagina N.K., Zatokovenko S.M. Features of Adaptive and Compensatory Psychological Mechanisms in Patients with Myasthenia Gravis. *Russian Neurological Journal (Rossijskij Nevrologicheskiy Zhurnal)*. 2020;25(4):14–21. (Russian). DOI 10.30629/2658-7947-2020-25-4-14-21.

**For correspondence:** Lutova N.B.— e-mail: lutova@mail.ru

**Conflict of interest.** The author declares no conflict of interest.

**Acknowledgements.** The study had no sponsorship.

**Information about authors**

Kudryashova V.Yu., e-mail: vera\_orehovaya@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7546-2910>

Lutova N.B., e-mail: lutova@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9481-7411>

Rudenko D.I., e-mail: dmrud\_h2@mail.ru

Vuks A.Ya., e-mail: heiligensee@ro.ru

Stuchevskaya T.R., e-mail: timaMD@gmail.com

Egorova O.D., e-mail: olgaegorova191@gmail.com

Kulagina N.K., e-mail: nkkulagina@mail.ru

Zatokovenko S.M., e-mail: smzatakovenko@rambler.ru

Received 10.06.20

Accepted 23.06.20

Миастения — хроническое аутоиммунное заболевание, проявляющееся мышечной слабостью и патологической утомляемостью скелетных мышц. Распространенность миастении составляет от 5 до 15 на 100 000 населения. В основе патогенеза заболевания лежит снижение эффективности взаимодействия ацетилхолина (Ach) и ацетилхолинового рецептора (AchR) нервно-мышечного соединения, обусловленное присутствием аутоантител к ацетилхолиновому рецептору или другим структурным/

функциональным элементам двигательной концевой пластинки и/или белкам саркомера скелетной мышцы.

Выделяют несколько клинических субтипов заболевания: ювенильная форма с началом в препубертатном или постпубертатном возрасте и взрослые формы с наличием опухоли тимуса (тимомы) или без тимомы. По степени тяжести выделяют заболевания с легким, среднетяжелым и тяжелым течением, требующим перевода пациента на искусственную вен-

тиляцию легких (ИВЛ). Болезнь поражает людей любого возраста, часто — молодого [1–4]. Пациенты при миастении испытывают значительные затруднения в самообслуживании, передвижении, затруднения дыхания, глотания, артикуляции и фонации [5, 6], что часто становится причиной инвалидизации. Существует вероятность летальных исходов (3–5%), а также тяжелого течения заболевания с периодами его эскалации (прекриза) или развитием миастенических кризов (10–20%), что требует перевода пациента в палату интенсивной терапии для проведения ИВЛ. Повторяющиеся кризы являются тяжелой психотравмой для больного [7, 8]. Неудивительно, что миастения сопровождается развитием психиатрических расстройств преимущественно тревожного спектра, таких как паническое и тревожное расстройство [7], а риск развития депрессивной симптоматики почти в 2 раза выше, чем в популяции [9]. Это обусловлено переживаемым больным стрессом в связи с возникновением столь тяжелого расстройства и сужением жизненных перспектив, а также острой основной болезнью и действием лекарств. Определенный вклад в развитие тревожно-депрессивной симптоматики вносят такие факторы, как структура личности, особенности течения заболевания и отношения к нему, ощущения неотвратимости надвигающейся катастрофы, а также семантика диагноза — опасность для жизни и прочие ограничения, с которыми он ассоциируется [10, 11]. Переживания депрессивного ряда накладывают отпечаток на все сферы активности пациента, требуя от него приспособления к изменившимся условиям жизни [12–14].

На сегодняшний день объем знаний о психологических характеристиках пациентов с миастенией достаточно скромнен [7, 8]. В то же время психологическое здоровье и взаимоотношения с другими людьми и окружающей средой несомненно оказывают влияние на личность, ее удовлетворенность жизнью, фон настроения, устойчивость к воздействию психотравмирующих факторов и работу адаптационно-компенсаторных механизмов психики в целом [15–18]. Позитивные психологические факторы благотворно сказываются на способности личности к саморегуляции и повышают ее адаптивность [17]. Количество сведений по этой теме ограничено, но доступные данные показывают, что психологическое благополучие может иметь важное значение для больных с нервно-мышечными расстройствами. Например, взрослые люди с боковым амиотрофическим склерозом, оценившие свое психологическое состояние как удовлетворительное, имеют риск смерти в семь раз ниже, чем те, кто испытывает дистресс, независимо от тяжести заболевания и продолжительности болезни [19]. Предположительно, этот же принцип может быть верен и по отношению к пациентам с миастенией.

Учитывая потенциальную важность душевного благополучия пациентов с нервно-мышечными заболеваниями [20, 21], актуальны исследования адаптационно-компенсаторных психологических

механизмов у больных миастенией и поиска средств облегчения субъективно тягостных душевных переживаний, связанных с болезнью, а также для более успешного социального функционирования данной группы больных. Представляется важным накопленный в ходе исследований данного вопроса опыт положительного влияния психосоциальных воздействий на качество жизни и благосостояние пациентов с миастенией [22–24].

Известно, что для обеспечения психологической устойчивости человеку необходима система ценностных ориентаций и смыслов [25], способности к адекватному принятию ответственности за свой вклад в происходящее, получению удовольствия от жизни как от процесса, рациональному планированию будущего с учетом обстоятельств, принесенных болезнью [26–29].

**Цель исследования** — анализ адаптационно-компенсаторных психологических механизмов у больных миастенией в сравнении с лицами, не имеющими физических расстройств.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 61 человек. Больные миастенией: 31 человек — 9 мужчин (29%) и 22 женщины (71%) — (группа 1). Диагноз миастении устанавливался на основании клинических проявлений заболевания, результатов инструментальных (электронейромиография) и лабораторных тестов (исследование уровня антител к AchR MuSk). В исследование вошли пациенты миастении с антителами к AchR, положительным декремент-тестом, без тимома. Средний возраст  $39,9 \pm 1,96$  года, длительность заболевания  $8,32 \pm 0,93$  года. В группу сравнения (группа 2) включены 30 человек, не страдающих неврологическим расстройством, — 13 мужчин (43%) и 17 женщин (57%). Средний возраст —  $29,9 \pm 0,99$  года.

Использовались экспериментально-психологические методики: симптоматический опросник «SCL-90» [30, 31], «Уровень субъективного контроля» [32], тест смысловых ориентаций [33], шкала депрессии А. Бека [34], опросник «Семантический дифференциал времени» [35].

Данное исследование одобрено независимым этическим комитетом при НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева.

**Критерии включения:** 1) пациенты с приобретенной миастенией (группа 1) в возрасте от 18 до 55 лет; 2) здоровые испытуемые (группа 2) в возрасте от 18 до 55 лет; 3) согласие на участие в исследовании с подписанием письменного информированного согласия.

**Критерии невключения:** 1) наличие грубых когнитивных нарушений; 2) возраст моложе 18 и старше 55 лет; 3) отказ от участия в исследовании.

**Критерии исключения:** 1) ухудшение состояния пациента, когда симптоматика начинает определять его поведение; 2) отказ от участия в исследовании.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью SPSS 17.0. Для сравнения средних значений использовались критерии Стьюдента при нор-

Таблица 1

**Выраженность субъективно ощущаемой психопатологической симптоматики у больных миастенией и здоровых испытуемых**

Группы	Среднее, группа 1 (M ± σ), n = 31	Среднее, группа 2 (M ± σ), n = 30	Достоверность различий
Соматизация	1,23 ± 1,76	0,36 ± 0,48	<i>p</i> < 0,000
Обсессивность-компульсивность	0,93 ± 0,77	0,38 ± 0,33	<i>p</i> < 0,002
Депрессивность	1,01 ± 0,67	0,49 ± 0,44	<i>p</i> < 0,001
Фобии	0,53 ± 0,81	0,11 ± 0,25	<i>p</i> < 0,002
Паранойальность	0,43 ± 0,48	0,16 ± 0,21	<i>p</i> < 0,012
Психотизм	0,36 ± 0,32	0,11 ± 0,13	<i>p</i> < 0,000
Тяжесть симптомов	0,73 ± 0,55	0,31 ± 0,28	<i>p</i> < 0,000
Количество утвердительных ответов	36,19 ± 19,41	21,90 ± 16,96	<i>p</i> < 0,004
Выраженность симптоматического дистресса	1,69 ± 0,54	1,17 ± 0,20	<i>p</i> < 0,000

Table 1

**The severity of subjectively felt psychopathological symptoms in patients with myasthenia gravis and healthy subjects**

Groups	Average, group 1 (M ± σ), N = 31	Average, group 2 (M ± σ), N = 30	Reliability of differences
Somatization	1.23 ± 1.76	0.36 ± 0.48	<i>p</i> < 0.000
Anancastia-compulsion	0.93 ± 0.77	0.38 ± 0.33	<i>p</i> < 0.002
Depressiveness	1.01 ± 0.67	0.49 ± 0.44	<i>p</i> < 0.001
Phobic reactions	0.53 ± 0.81	0.11 ± 0.25	<i>p</i> < 0.002
Paranoial reactions	0.43 ± 0.48	0.16 ± 0.21	<i>p</i> < 0.012
Psychoticism	0.36 ± 0.32	0.11 ± 0.13	<i>p</i> < 0.000
Symptoms' severity	0.73 ± 0.55	0.31 ± 0.28	<i>p</i> < 0.000
Number of affirmative answers	36.19 ± 19.41	21.90 ± 16.96	<i>p</i> < 0.004
Intensity of symptomatic distress	1.69 ± 0.54	1.17 ± 0.20	<i>p</i> < 0.000

Таблица 2

**Уровень субъективного контроля у больных миастенией и здоровых испытуемых**

Шкала	Группа 1 (M ± σ), n = 31	Группа 2 (M ± σ), n = 30	Достоверность различий
Интернальность в области достижений	5,71 ± 2,44	6,70 ± 1,97	<i>p</i> < 0,011
Интернальность в области неудач	4,32 ± 1,87	5,53 ± 2,08	<i>p</i> < 0,020
Интернальность в области семейных отношений	4,84 ± 1,61	6,00 ± 1,93	<i>p</i> < 0,007
Интернальность в области производственных	4,29 ± 2,00	5,17 ± 1,58	<i>p</i> < 0,024
Общий уровень субъективного контроля	5,74 ± 7,79	5,97 ± 2,01	<i>p</i> < 0,002

Table 2

**The level of subjective control in patients with myasthenia gravis and healthy subjects**

Scale	Group 1 (M ± σ), N = 31	Group 2 (M ± σ), N = 30	Reliability of differences
Internality in the field of achievements	5.71 ± 2.44	6.70 ± 1.97	<i>p</i> < 0.011
Internality in the field of failures	4.32 ± 1.87	5.53 ± 2.08	<i>p</i> < 0.020
Internality in the field of family relations	4.84 ± 1.61	6.00 ± 1.93	<i>p</i> < 0.007
Internality in the field of productive relations	4.29 ± 2.00	5.17 ± 1.58	<i>p</i> < 0.024
General subjective control	5.74 ± 7.79	5.97 ± 2.01	<i>p</i> < 0.002

мальном распределении признаков и Манна–Уитни при ненормальном распределении.

**Результаты.** При изучении субъективно ощущаемой психопатологической симптоматики в исследуемых группах были обнаружены особенности, представленные в табл. 1.

Больные миастенией в сравнении со здоровыми испытуемыми имеют достоверно более высокие значения по шкалам «Соматизация» (*p* < 0,000), «Обсессивность-компульсивность» (*p* < 0,002), «Депрессивность» (*p* < 0,001), «Фобии» (*p* < 0,002), «Паранойальность» (*p* < 0,012),

«Психотизм» (*p* < 0,000), большую выраженность тяжести симптомов (*p* < 0,000) и обусловленного ими дистресса (*p* < 0,000). Они также демонстрируют тенденцию давать утвердительные ответы на описанные в опроснике болезненные проявления как в физической, так и в психической сфере (*p* < 0,004). Это означает, что пациенты с миастенией в самоопроснике склонны предъявлять жалобы на неприятные физические ощущения, им свойственны навязчивые мысли и иногда повторяющиеся действия, ритуалы. Они отмечают у себя сниженный фон настроения, наличие страхов,

**Смыслоразностные ориентации у больных миастенией и здоровых испытуемых**

Шкала	Среднее, группа 1 (M ± σ), n = 31	Среднее, группа 2 (M ± σ), n = 30	Достоверность
Локус-контроля Я	20,32 ± 5,15	22,50 ± 2,49	p < 0,041
Локус-контроля Жизнь	27,16 ± 8,12	31,63 ± 4,42	p < 0,016

Table 3

**Life orientations in patients with myasthenia gravis and healthy subjects**

Scales	Average, group 1 (M ± σ), N = 31	Average, group 2 (M ± σ), N = 30	Reliability
Locus of control — I	20.32 ± 5.15	22.50 ± 2.49	p < 0.041
Locus of control — Life	27.16 ± 8.12	31.63 ± 4.42	p < 0.016

Таблица 4

**Выраженность депрессии у больных миастенией и у здоровых испытуемых**

Среднее, группа 1 (M ± σ), n = 31	Среднее, группа 2 (M ± σ), n = 30	Достоверность
15,42 ± 10,55	5,00 ± 5,57	p < 0,000

Table 4

**Severity of depression in patients with myasthenia gravis and in healthy subjects**

Average, group 1 (M ± σ), N = 31	Average, group 2 (M ± σ), N = 30	Reliability
15.42 ± 10.55	5.00 ± 5.57	p < 0.000

Таблица 5

**Субъективное ощущение психологических характеристик времени у больных миастенией и у здоровых испытуемых**

Шкала	Среднее, группа 1 (M ± σ), n = 31	Среднее, группа 2 (M ± σ), n = 30	Достоверность различий
Настоящее. Активность времени	1,90 ± 5,46	5,87 ± 4,59	p < 0,003
Настоящее. Величина времени	4,42 ± 5,52	7,87 ± 4,49	p < 0,010
Настоящее. Структура времени	3,10 ± 5,49	5,90 ± 3,34	p < 0,020
Будущее. Активность времени	2,42 ± 5,91	6,70 ± 3,38	p < 0,001
Будущее. Величина времени	5,74 ± 7,31	9,73 ± 4,10	p < 0,027

Table 5

**Subjective perception of psychological characteristics of time in patients with myasthenia gravis and in healthy subjects**

Scale	Average, group 1 (M ± σ), N = 31	Average, group 2 (M ± σ), N = 30	Reliability of differences
Present. Time activity	1.90 ± 5.46	5.87 ± 4.59	p < 0.003
Present. Time value	4.42 ± 5.52	7.87 ± 4.49	p < 0.010
Present. Time structure	3.10 ± 5.49	5.90 ± 3.34	p < 0.020
Future. Time activity	2.42 ± 5.91	6.70 ± 3.38	p < 0.001
Future. Time value	5.74 ± 7.31	9.73 ± 4.10	p < 0.027

настороженность. Выраженность признаков болезни оценивается ими как осязаемая, причиняющая сильный дискомфорт.

Уровень субъективного контроля у больных миастенией и здоровых испытуемых представлен в табл. 2.

Пациенты с миастенией демонстрируют более низкую интернальность в областях достижений (p < 0,011), неудач (p < 0,020), семейных (p < 0,007) и производственных отношений (p < 0,024), у них ниже общий уровень субъективного контроля (p < 0,002). Таким образом, больные миастенией в сравнении с контрольной группой менее присваивают себе свои успехи и неудачи, считают, что их вклад в развитие семейных и производственных

отношений невелик и по большей части указанные факторы зависят от внешних обстоятельств.

Особенности смысловых ориентаций у больных миастенией и здоровых испытуемых представлены в табл. 3.

Больные миастенией выявляют более низкие показатели по шкалам «Локус-контроля Я» (p < 0,041) и «Локус-контроля Жизнь» (p < 0,016), чем здоровые. Это означает, что пациенты с миастенией в большей степени склонны переносить ответственность за происходящее с ними на стечение обстоятельств, внешние события, нежели принимать на себя ответственность за происходящее.

Выраженность депрессии у больных миастенией и у здоровых испытуемых представлены в табл. 4.

У больных миастенией выявляется значительно более высокая выраженность депрессии в сравнении со здоровыми испытуемыми ( $p < 0,000$ ).

Особенности субъективного ощущения психологических характеристик времени у больных миастенией и у здоровых испытуемых представлены в табл. 5.

Пациенты с миастенией демонстрируют более низкие значения по шкалам «Настоящее. Активность времени» ( $p < 0,003$ ), «Настоящее. Величина времени» ( $p < 0,010$ ), «Настоящее. Структура времени» ( $p < 0,020$ ), «Будущее. Активность времени» ( $p < 0,001$ ) и «Будущее. Величина времени» ( $p < 0,027$ ). Это свидетельствует, что больным миастенией свойственно воспринимать настоящее и будущее время как малоактивное, его течение ощущается как неравномерное, слабо структурированное и плохо прогнозируемое.

**Обсуждение.** Перед человеком, страдающим миастенией, возникают новые, определяемые болезнью обстоятельства: присутствует постоянное физическое страдание, что приводит к астенизации [36–38]; специфическое психологическое состояние на фоне постоянной психотравмирующей ситуации, которой становится заболевание [7, 8]; перманентно существует определенная витальная угроза; вносит тревогу само клиническое течение заболевания с возможными периодами длительного пребывания в стационаре; неизбежно меняются привычные условия жизни; возможны негативные социальные последствия — частичная или полная утрата трудоспособности, инвалидизация; могут нарушиться личные и семейные отношения [36].

Пациенты с миастенией предъявляют жалобы неврологического и соматического характера, что во многом обусловлено специфической для данного заболевания симптоматикой [1–6]. Также у них обнаруживаются более выраженные по сравнению со здоровыми навязчивости, страхи, подозрительность к окружающему миру и депрессивные переживания. Интересно, что в нашем исследовании не обнаружено достоверных различий со здоровыми испытуемыми по шкале «Тревога» ( $p < 0,122$ ), в то время как существует множество публикаций, отмечающих наличие у таких больных переживаний тревожного ряда [10, 13, 14, 26, 27]. Данный феномен можно объяснить склонностью больных преобразовывать тревогу, маскируя ее под симптоматикой повторяющихся мыслей и действий [39], опредмечивать тревогу, формируя страхи и опасения каких-то конкретных предметов и явлений [40]. Здесь же находит отражение тенденция искать причины развития заболевания во внешних событиях, что переключается с обнаруженной в том числе и в нашем исследовании, низкой интернальностью у больных миастенией [41].

Выявленные нами депрессивные переживания у пациентов с миастенией отмечались во многих исследованиях [9–13], а отмеченный у них хронический симптоматический дистресс, по мнению ряда зарубежных авторов, может накладывать отпечаток на течение заболевания [9, 42, 43], отношение боль-

ных к действительности, степень удовлетворенности жизнью и ее качеством [42]. При исследовании субъективного восприятия времени обнаружено, что больным миастенией свойственны ощущения нехватки сил и энергии (переключается с основными физическими ощущениями мышечной слабости и патологической утомляемости), некоторая пассивность, созерцательная позиция. Во внешних и внутренних факторах, влияющих на личность, усматриваются труднопреодолимые препятствия. Это сопровождается чувством недостаточной наполненности жизни впечатлениями и деятельностью, внутренней скованностью, безысходностью, которые экстраполируются из настоящего момента на будущее. Настоящее время воспринимается как слабоструктурированное, плохо поддающееся сознательному контролю, что вызывает переживания растерянности, смятения, а также одиночества, актуального для больных миастенией [43]. Несомненно, что в описанных феноменах вновь находит отражение депрессивная симптоматика, свойственная пациентам с миастенией [9, 10, 11, 41, 44].

**Заключение.** Полученные данные подчеркивают важность включения психологической помощи в лечебный план больных миастенией, а круг выявленных психологических проблем очерчивает зоны психологической коррекции с целью стабилизации адаптационно-компенсаторных механизмов этих больных. В частности, представляется, что, помимо предлагаемых психокоррекционных и психобразовательных программ поддержки больных, их родственников и близких [45], задачей психологической помощи должна стать работа, направленная на коррекцию «Я»-концепции и целеполагания, помогающая личности лучше адаптироваться к хроническому психотравмирующему воздействию, оказываемому болезнью.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Санадзе А.Г. Миастения и миастенические синдромы. М.: Литтерра; 2012:255. [Sanadze A.G. Miasteniya i miastenicheskiye sindromy. M.: Litterra; 2012:255. (in Russian)].
2. Lazaridis K., Tzartos S.J., Autoantibody Specificities in Myasthenia Gravis; Implications for Improved Diagnostics and Therapeutics, *Frontiers in Immunology*. 2020;11:212. DOI: 10.3389/fimmu.2020.00212
3. Phillips W.D., Vincent A. Pathogenesis of myasthenia gravis: Update on disease types, Models, and Mechanisms. *F1000Research*. 2016;27:5. DOI: 10.12688/f1000research.8206.1
4. Sanders D., Wolfe G.I., Benatar M., Evoli A., Gilhus N.E., Illa I. et al. International consensus guidance for management of myasthenia gravis. *Neurology*. 2016;87(4):419–25. DOI: 10.1212/WNL.0000000000002790
5. Кузин М.И. Миастения. М.И. Кузин, Б.М. Гехт. М.: Медицина; 1996:224. [Kuzin M.I. Miasteniya. M.I. Kuzin, B.M. Gekht. M.: Meditsina; 1996:224. (in Russian)].
6. Лайсек Р.П. Миастения. Р.П. Лайсек, Р.Л. Барчи. М.: Медицина; 1984:272. [Laysek R.P. Miasteniya. R.P. Laysek, R.L. Barchi. M.: Meditsina; 1984:272. (in Russian)].

7. Kulaksizoglu IB. Mood and anxiety disorders in patients with myasthenia gravis: aetiology, diagnosis and treatment. *CNS Drugs*. 2007;21(6):473–81.
8. Rohr W. Situational anxiety in myasthenia gravis. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*. 2003;43(3–4):93–9.
9. Chu H.T., Tseng C.C., Liang C.S., Yeh T.C., Hu L.Y., Yang A.C. et al. Risk of Depressive Disorders Following Myasthenia Gravis: A Nationwide Population-Based Retrospective Cohort Study. *Frontiers in Psychiatry*. 2019;10:481. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00481
10. Петрова Н.Н., Чухловина М.Л., Чухловин А.А. Аффективные расстройства у больных миастенией. *Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2005;4:79–80. [Petrova N.N., Chukhlovina M.L., Chukhlovin A.A. Affective disorders in patients with myasthenia gravis. *Obzreniye psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva*. 2005;4:79–80. (in Russian)].
11. Смудевич А.Б. Депрессии в общей медицине. Руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство; 2001:782. [Smulevich A.B. *Depressii v obshchey meditsine. Rukovodstvo dlya vrachej*. М.: Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo; 2001:782. (in Russian)].
12. Смудевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство; 2003:432. [Smulevich A.B. *Depressii pri somaticheskikh i psikhicheskikh zabolevaniyakh*. М.: Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo; 2003:432. (in Russian)].
13. Заславский Л.Г., Хуршилов А.Б., Скорнякова Е.Н. Качество жизни и психоэмоциональные расстройства у больных миастенией. *Клиницист*. 2015;4(9):35–38. [Zaslavskiy L.G., Khurshilov A.B., Skornyakova Ye.N. Quality of life and psychoemotional disorders in patients with myasthenia. *Klinitsist*. 2015;4(9):35–38. (in Russian)]. DOI: 10.17 650/1818-8338-2015-10-4-35-38
14. Конькова Д.Ю., Карнаух В.Н. Аффективные нарушения при миастении. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2016;8(4):21–24. [Konkova DYu, Karnaukh VN. Affective disorders in myasthenia. *Neurologiya, neuropsychiatriya, psychosomatics*. 2016;8(4):21–24. (in Russian)]. DOI: 10.14412/2074-2711-2016-4-21-24
15. World Health Organization QOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*. 1995;41(10):1403–9. DOI: 10.1016/0277-9536(95)00112-K
16. Walklet E., Muse K., Meyrick J., Moss T. Do Psychosocial Interventions Improve Quality of Life and Wellbeing in Adults with Neuromuscular Disorders? A Systematic Review and Narrative Synthesis. *Journal of Neuromuscular Diseases*. 2016;3(3):347–62. DOI: 10.3233/JND-160155
17. Huber M., Knottnerus J.A., Green L., Horst H.V.D., Jadad A.R., Kromhout D. et al. How should we define health? *British Medical Journal*. 2011;343:4163. DOI: 10.1136/bmj.d416
18. Burns R.A., Ma J. Examining the association between psychological wellbeing with daily and intra-individual variation in subjective wellbeing. *Personality and Individual Differences*. 2015;82:34–9. DOI: 10.1016/j.paid.2015.02.023
19. McDonald E., Wiedenfeld S.A., Hillel A., Carpenter C.L., Walter R.A. Survival in amyotrophic lateral sclerosis: The role of psychological factors. *Archives of neurology*. 1994;51(1):17–23. DOI: 10.1001/archneur.1994.00540130027010
20. Nierse C.J., Abma T.A., Horemans A.M.C., van Engelen B.G.M. Research priorities of patients with neuromuscular disease. *Disability and Rehabilitation*. 2013;35(5):405–12. DOI: 10.3109/09638288.2012.694964
21. Graham C.D., Simmons Z., Stuart S.R., Rose M.R. The potential of psychological interventions to improve quality of life and mood in muscle disorders. *Muscle and Nerve*. 2015;52:131–6. DOI: 10.1002/mus.24487
22. Simmons Z., Bremer B.A., Robbins R.A., Walsh S.M., Fischer S. Quality of life in ALS depends on factors other than strength and physical function. *Neurology*. 2000;55(3):388–92. DOI: 10.1212/WNL.55.3.388
23. Roach A.R., Averill A.J., Segerstrom S.C., Kasarskis E.J. The dynamics of quality of life in ALS patients and caregivers. *Annals of Behavioral Medicine*. 2009;37(2):197–206. DOI: 10.1007/s12160-009-9092-9
24. Graham C.D., Weinman J., Sadjadi R., Chalder T., Petty R., Hanna M.G. et al. A multicentre postal survey investigating the contribution of illness perceptions, coping and optimism to quality of life and mood in adults with muscle disease. *Clinical Rehabilitation*. 2014;28(5):508–19. DOI: 10.1177/0269215513511340
25. Бюдженталь Дж.Ф.Т. Искусство психотерапевта. СПб.: Питер; 2015:316. [Bugental J.F.T. *Iskusstvo psikhoterapevta*. SPb.: Piter; 2015:316. (in Russian)].
26. Антипова Л.Н., Миненко В.В., Шутова И.В. и др. Иммунный статус и психологические особенности больных миастенией. *Нейроиммунология*. 2004;2(2):7. [Antipova L.N., Mینenko V.V., Shutova I.V. et al. Immune status and psychological characteristics of patients with myasthenia gravis. *Neuroimmunologiya*. 2004;2(2):7. (in Russian)].
27. Григорьева В.Н., Руин В.А. Влияние психического напряжения на клинические проявления в течение генерализованной формы миастении. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2007;(6):17–26. [Grigor'yeva V.N., Ruin V.A. The influence of mental stress on clinical manifestations during the generalized form of myasthenia gravis. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2007;(6):17–26. (in Russian)].
28. Краснова О.В., Лидерс А.Г. Психология старости и старения. Хрестоматия. М.: АКАДЕМА; 2003. [Krasnova O.V., Liders A.G. *Psikhologiya starosti i stareniya. Khrestomatiya* [The psychology of aging. Reader]. Moscow: AKADEMA; 2003. (in Russian)].
29. Кондратьева М.В. Подражание в системе поведенческих паттернов взрослого человека. Материалы IV международной научной конференции студентов, аспирантов, молодых ученых «Научный потенциал студенчества в XXI веке». Т.2. Общественные науки. Ставрополь: Сев. Кав. ГТУ; 2010:211–214. [Kondrat'eva MV. Imitation in a system of behavioral patterns of an adult. Proceedings of the IV international scientific conference of students, postgraduates and young scientists «The Scientific potential of students in the XXI century». Vol.2. SocialSciences. Stavropol': Sev. Kav. GTU; 2010:211–214. (in Russian)].
30. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. М.: Практическая медицина; 2018:696. [Belova A.N. *Shkaly, testy i oprosniki v meditsinskoj reabilitatsii*. М.: Prakticheskaya meditsina; 2018:696. (in Russian)].
31. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер; 2001:272. [Tarabrina N.V. *Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa*. SPb.: Piter; 2001:272. (in Russian)].
32. Реан А.А. Практическая психодиагностика личности. Учеб. пособие. СПб.: Издательство СПб университета; 2001:224. [Rean A.A. *Prakticheskaya psikhodiagnostika lichnosti. Ucheb. posobiye* SPb.: Izdatel'stvo SPb universiteta; 2001:224. (in Russian)].
33. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентации (СЖО). 2-е изд. М.: Смысл; 2000:18. [Leont'yev D.A. *Test smyslozhiznennykh oriyentatsii (SZHO)*. 2-e izd. М.: Smysl; 2000:18. (in Russian)].
34. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. СПб.: Питер; 2001:752. [Il'in Ye.P. *Emotsii i chuvstva*. SPb.: Piter; 2001:752. (in Russian)].
35. Вассерман Л.И., Кузнецов О.Н., Ташлыков В.А., Тейверлаур М., Червинская К.Р., Щелкова О.Ю. Семантический дифференциал времени как метод психологической диагностики личности при депрессивных расстройствах. Пособие для психологов и врачей. СПб.: НИПНИ им. Бехтерева; 2005:27.

- [Vasserman L.I., Kuznetsov O.N., Tashlykov V.A., Teyverlaur M., Chervinskaya K.R., Shchelkova O.Yu. Semanticheskiy differentsial vremeni kak metod psikhologicheskoy diagnostiki lichnosti pri depressivnykh rasstroystvakh. Posobiye dlya psikhologov i vrachey. SPb.: NIPNI im. Bekhtereva; 2005:27. (in Russian)].
36. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Издательство Московского университета; 1987:168. [Nikolayeva V.V. Vliyaniye khronicheskoy bolezni na psikhiku. M.: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta; 1987:168. (in Russian)].
37. Heatherton T.F., Wagner D.D. Cognitive neuroscience of self-regulation failure. *Trends in Cognitive Sciences*. 2011;15(3):132–139. DOI:10.1016/j.tics.2010.12.005.
38. Inzlicht M., Schmeichel B.J., Macrae C.N. Why self-control seems (but may not be) limited. *Trends in Cognitive Sciences*. 2014;18(3):127–33. DOI:10.1016/j.tics.2013.12.009.
39. Rohr W. Obsessive behavior and thoughts in patients with myasthenia gravis. *Swiss Archive of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*. 1992;143(2):105–15.
40. Григорьева В.Н., Тхостов А.Ш. Психологическая помощь в неврологии. Н. Новгород: издательство ПИМУ; 2009:444. [Grigor'yeva V.N., Tkhostov A.Sh. Psikhologicheskaya pomoshch' v nevrologii. N. Novgorod: izdatel'stvo PIMU; 2009:444. (in Russian)].
41. Alanazy M.H., Binabbad R.S., Alromaih N.I., Almansour R.A., Alanazi S.N., Alhamdi M.F. et al. Severity and depression can impact quality of life in patients with myasthenia gravis. *Muscle & Nerve*. 2020; 61(1):69–73. DOI: 10.1002/mus.26719
42. Stojanov A., Milošević V., Đorđević G., Stojanov J. Quality of Life of Myasthenia Gravis Patients in Regard to Epidemiological and Clinical Characteristics of the Disease. *Neurologist*. 2019;24(4):115–20. DOI: 10.1097/NRL.0000000000000238
43. Jeong A., Min J.H., Kang Y.K., Kim J., Choi M., Seok J.M. et al. Factors associated with quality of life of people with Myasthenia Gravis. *PLOS One*. 2018;13(11):e0206754. DOI: 10.1371/journal.pone.0206754
44. Bogdan A., Barnett C., Ali A., Al Qwaifi M., Abraham A., Mannan S. et al. Chronic stress, depression and personality type in patients with myasthenia gravis. *European Journal of Neurology*. 2020;27(1):204–209. DOI:10.1111/ene.14057
45. Ruddy R., House A. Psychosocial interventions for conversion disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005;(4):CD005331. DOI: 10.1002/14651858.CD005331.pub2

Поступила 10.06.20  
Принята к печати 23.06.20