

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный педагогический университет
им. В.П. Астафьева»
(КГПУ им. В. П. Астафьева)
Институт социально-гуманитарных технологий
Кафедра специальной психологии

Ли Анастасия Андреевна

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

**ПРОГРАММА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ
ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ЛИЦ С РАССЕЯННЫМ
СКЛЕРОЗОМ**

Направление подготовки 37.04.01 Психология

Направленность (профиль) образовательной программы

Психологическое консультирование и психотерапия

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ:

Заведующий кафедрой

Доктор психол. наук, доцент Е.А. Черенева
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

06.12.24 El Chere
(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы
канд. психол. наук, доцент Н.Ю. Верхотурова
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

06.12.24 Verkh
(дата, подпись)

Научный руководитель
канд. психол. наук, доцент Н.Ю. Верхотурова
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

06.12.24 Verkh
(дата, подпись)

Обучающийся А.А. Ли
(фамилия, инициалы)

06.12.24 Li
(дата, подпись)

(дата, подпись)

Красноярск, 2024

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ЛИЦ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ	13
1.1. Эмоциональное состояние и его роль в психологическом здоровье и благополучии человека.....	13
1.2. Рассеянный склероз: понятие, этиология, патогенез, современные аспекты проблемы.....	27
1.3. Эмоциональный стресс и адаптация в генезе клинического полиморфизма рассеянного склероза	35
Выводы по первой главе:.....	48
ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ЛИЦ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ	50
2.1. Модель, методы и организация исследования	50
2.2. Особенности эмоциональных состояний лиц с рассеянным склерозом ..	60
Выводы по второй главе:.....	75
ГЛАВА 3. ПРОГРАММА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ЛИЦ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ.....	78
3.1. Научно-методологические подходы к психологическому сопровождению эмоциональных состояний лиц с рассеянным склерозом.....	78
3.2. Основные направления, этапы и методы психологического сопровождения эмоциональных состояний лиц с рассеянным склерозом.....	87
3.3. Анализ эффективности реализации программы психологического сопровождения лиц с рассеянным склерозом	94
Выводы по третьей главе:.....	102
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	104
БИБЛИОГРАФИЯ.....	107
ПРИЛОЖЕНИЕ	121

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Рассеянный склероз является хроническим, нейродегенеративным заболеванием, поражающим центральную нервную систему, которое способна вызывать ряд осложнений, таких как: широкий спектр физических нарушений проявляющихся в утрате контроля над движениями конечностей (как верхних, так и нижних), что затрагивает функционирование всей опорно-двигательной системы, повлиять на когнитивный аспект жизнедеятельности человека, а также привести к ранней утрате трудоспособности и снижению качества жизни. Кроме того, данный диагноз ведет к ограничению возможностей болеющего рассеянным склерозом. Данные аспекты, в свою очередь, способны к негативным последствиям, как для самого болеющего, так и для окружающих его людей.

Согласно «Памятке пациенту с рассеянным склерозом и его родственникам», опубликованной на базе 10-й городской клинической больницы г. Минска (2019), важным фактом является, что лицам с рассеянным склерозом, помимо медицинского сопровождения, так же важна поддержка в кругу семьи и ее членов. Семья в данном вопросе, является частью значимой среды для людей, имеющих рассматриваемый диагноз. В период прохождения реабилитации, социальное окружение и поддержка со стороны значимых людей, играет важную роль, как и медицинским сопровождение.

Рассеянный склероз поражает примерно 2,3 миллиона человек во всем мире и в настоящее время, считается неизлечимым, согласно отчетам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Диагностируемый в раннем возрасте, диагноз рассеянный склероз может имеет яркие проявления в виде следующих симптомов: онемение конечностей, ослабление контроля над телом, снижение зрения, слабость в теле. Среди более тяжелых симптомов наблюдаются такие как: частичный или полный паралич. Симптомы, которые наблюдаются при рассматриваемом диагнозе могут привести к утрате трудоспособности, снижению качества жизни, сложности в социализации.

Независимо от того факта, что, рассеянный склероз имеет различную распространённость в отдельных странах и регионах, данное заболевание является одной из основных причин стойкой утраты трудоспособности нетравматического характера у лиц зрелого возраста.

Ожидаемая продолжительность жизни больных рассеянным склерозом, может сократиться, по сравнению с общей популяцией. Это результат нескольких факторов: высокие социальные издержки, продолжительность и непредсказуемость рассматриваемого недуга. Эти факторы в совокупности приводят к необходимости закончить трудовую деятельность на сравнительно раннем этапе. Кроме того, прекращение трудовой деятельности преждевременно, происходит по совокупности ряда причин: повышенная стоимости медицинской помощи, снижение физических возможностей.

Помимо неврологических нарушений, у людей с рассеянным склерозом часто развиваются психические нарушения, которые могут перерасти в психические расстройства. Это позволяет сделать вывод, что рассеянный склероз нередко сопровождается развитием психических расстройств. Если говорить о нарушениях лиц с рассеянным склерозом, то часто встречаются такие нарушения как: депрессивные, когнитивные, тревожные. Помимо когнитивных нарушений у больных рассеянным склерозом распространены депрессивные и тревожные нарушения, которые значительно усиливают риск совершения пациентами суицида.

Для повышения качества жизни, лиц с рассеянным склерозом - стоит прибегнуть к коррекции негативных эмоциональных состояний. Возможно внести изменения в отношении внутренней картины болезни. По этой причине, очень важно определить методы и методики психологической и психотерапевтической помощи лицам с рассеянным склерозом, создание организационной системы психологического сопровождения на всех этапах лечения и реабилитации становятся перспективными задачами научного поиска.

Существует ряд **противоречий** по данной проблеме, которые необходимо разрешить:

– между необходимостью комплексной психологической помощи пациентам с Рассеянным склерозом и недостаточной разработанностью программ, учитывающих специфику эмоционального состояния этих больных;

– между высоким уровнем эмоционального стресса у больных рассеянным склерозом и отсутствием инструментов для его систематической диагностики и коррекции;

– между потребностью в индивидуальном подходе к сопровождению больных и недостаточным количеством исследований их психоэмоциональных особенностей.

Актуальность и значимость темы, и выявленные противоречия позволяют обозначить **проблему исследования**, которая заключается в изучении эмоциональных состояний лиц с рассеянным склерозом; теоретическом обосновании, разработке программы психологического сопровождения эмоциональных состояний изучаемого контингента лиц и проверки ее эффективности.

Разработка и внедрение программы психологического сопровождения, направленной на работу с эмоциональными состояниями людей, страдающих рассеянным склерозом, представляет собой сложную задачу. Эта сложность обусловлена необходимостью учитывать специфику эмоциональных переживаний таких пациентов и содействовать их социальной и психологической адаптации. Своевременная психологическая коррекция негативных эмоциональных состояний, работа над позитивным восприятием болезни и восстановление нарушенных межличностных связей способствуют не только стабилизации психического состояния, но и значительному улучшению качества жизни людей с рассеянным.

В связи с этим особую актуальность разработки научно обоснованных методов предоставления психологической и психотерапевтической помощи

данной категории пациентов. Ключевое значение имеет формирование структурированной системы психологической поддержки, которая охватывает все этапы лечения и реабилитации. Эти направления научных исследований и практических разработок открывают перспективы для дальнейшего совершенствования помощи людям с рассеянным склерозом и повышения эффективности их реабилитации.

Объект исследования: эмоциональные состояния лиц с рассеянным склерозом.

Предмет исследования: психологическая программа сопровождения эмоциональных состояний лиц с рассеянным склерозом.

Гипотезой исследования послужило предположение о том, что особенностями эмоциональных состояний лиц с рассеянным склерозом являются: повышенный уровень астенического состояния, депрессии и тревожности. Разработанная программа психологического сопровождения эмоциональных состояний лиц с рассеянным склерозом позволит снизить в эмоциональном фоне уровень тревожности и депрессии; развить конструктивные формы эмоциональной регуляции поведения, а также повысить эмоциональное благополучие и качество жизни у изучаемого контингента лиц.

Цель исследования: изучить особенности эмоциональных состояний лиц с рассеянным склерозом; теоретически обосновать, разработать и экспериментально проверить эффективность программы психологического сопровождения эмоциональных состояний у изучаемого контингента лиц.

Исходя из цели, объекта, предмета и выдвинутых гипотез, в рамках исследования определяются следующие **задачи исследования:**

1. Провести теоретический анализ научной литературы, посвящённой проблеме эмоциональных состояний пациентов с рассеянным склерозом, а также методам их коррекции.

2. Определить специфические характеристики эмоционального состояния лиц с рассеянным склерозом.

3. Создат программу психологического сопровождения эмоциональных состояний лиц с рассеянным склерозом.

Теоретическую и методологическую основу исследования составили:

– Биопсихосоциальная модель здоровья и болезни (G. Engel, 1980, Н.Г. Незнанов, 1984), рассматривающая эмоциональные состояния как неотъемлемую часть общего здоровья;

– Культурно-деятельностный подход (Л.С. Выготский, А.Н.Леонтьев), позволяющий рассматривать эмоциональные состояния пациентов с рассеянным склерозом через призму их адаптационных стратегий;

– Теория психологического благополучия (К. Рифф, 1995), подчеркивающая значимость самопринятия, позитивных отношений и целеполагания в процессе адаптации;

– Исследования эмоционального стресса и его роли в психологической адаптации (Г. Селье, 1979, А.Б. Холмогорова , 2006);

– Системный подход к анализу эмоциональных состояний, интегрирующий биологические, психологические и социальные аспекты;

– Экспериментальный метод, позволяющий оценить эффективность программы психологического сопровождения;

– Теория когнитивного оценивания стресса (Р. Лазарус, С. Фолкман,1984), объясняющая роль субъективной оценки событий в возникновении и переработке стресса, что актуально для понимания эмоциональных состояний у пациентов с хроническими заболеваниями;

– Теория саморегуляции (К.А. Ушаков, 2001, В.Ж. Zimmerman, 2000), рассматривающая механизмы осознанного управления эмоциональными и поведенческими реакциями, что критично для поддержания адаптивных стратегий при рассеянном склерозе;

- Экзистенциальная психология (В. Франкл 1946, И. Ялом, 1980), акцентирующая внимание на поиске смысла жизни, что помогает пациентам справляться с эмоциональными трудностями и переосмысливать свою болезнь;
- Теория ресурса-консервации (С. Хобфолл, 1989), фокусирующаяся на сохранении и восстановлении внутренних и внешних ресурсов, что важно для пациентов с ограниченными физическими возможностями;
- Теория мотивации достижения (Д. Макклелланд, 1961), выделяющая цели и достижения как стимулы, способствующие адаптации и повышению психологической устойчивости;
- Культурно-деятельностный подход (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев), позволяющий рассматривать эмоциональные состояния пациентов с рассеянным склерозом через призму их адаптационных стратегий;
- Теория психологического благополучия (К. Рифф, 1995), подчеркивающая значимость самопринятия, позитивных отношений и целеполагания в процессе адаптации;
- Исследования эмоционального стресса и его роли в психологической адаптации (Селье Г., 1979; Холмогорова А.Б., 2006);
- Системный подход к анализу эмоциональных состояний, интегрирующий биологические, психологические и социальные аспекты;
- Экспериментальный метод, позволяющий оценить эффективность программы психологического сопровождения лиц с рассеянным склерозом.

Методы исследования были определены в соответствии с выдвинутой гипотезой, поставленной целью и задачами исследования:

- Теоретические методы: анализ научной литературы по вопросам психологического сопровождения, изучение концепций эмоциональных состояний и особенностей лиц с рассеянным склерозом;

– Экспериментальные методы: проведение констатирующего, формирующего и контрольного экспериментов для оценки эффективности предложенной программы психологического сопровождения;

– Эмпирические методы: наблюдение за поведением и эмоциональными реакциями испытуемых, проведение бесед для выяснения субъективных переживаний, использование тестирования с применением психологических методик, направленных на диагностику уровня эмоционального состояния;

– Методы обработки данных: количественный анализ (статистическая обработка результатов с использованием критериев Стьюдента и Манна-Уитни), качественный анализ (выявление и интерпретация индивидуальных изменений в эмоциональной сфере испытуемых);

– Интерпретационные методы: сравнительный анализ результатов исследования, обоснование выводов о влиянии программы на эмоциональное состояние лиц с рассеянным склерозом.

В исследовании применялись следующие **психодиагностические методики**: «Шкала астенического состояния (ШАС)» Л.Д. Малковой, Т.Г.Чертовой (1999); «Шкала депрессии» А. Бека, в адаптации Н.В.Тарабриной (1992); «Опросник копинг-механизмов» Э. Хейма, в адаптации Л.И. Вассермана (2000); «Шкала тревожности» Спилберга-Ханина (1970).

Организация исследования: Исследование было проведено с помощью тестирования в Goog Forms. Участниками исследования стали 30 человек с официально подтверждённым диагнозом «рассеянный склероз», возраст которых варьировался от 15 до 45 лет. Всем респондентам была предоставлена подробная информация о целях исследования, а также гарантирована полная конфиденциальность предоставленных данных.

Участие в исследовании осуществлялось добровольно, с предварительным согласованием условий.

Этапы проведения исследования. Исследование проводилось в период с 2022 г. по 2024 г. и осуществлялось в несколько этапов:

1. *Подготовительный этап* (сентябрь 2022 – октябрь 2023): на данном этапе был проведён всесторонний анализ научной литературы, посвящённой проблеме исследования, с целью выявления современного состояния изученности эмоциональных состояний у лиц с рассеянным склерозом. Организованы и проведены анкетирование и беседы с потенциальными участниками исследования для установления ключевых параметров, включая наличие подтверждённого диагноза «рассеянный склероз» и готовность к участию в исследовании. Разработан и зафиксирован понятийный аппарат, необходимый для дальнейшего проведения исследования. Также были определены объект, предмет, цель и гипотеза исследования, на основе которых сформулированы задачи исследования.

2. *Констатирующий этап* (ноябрь 2023 – сентябрь 2024): на этапе констатирующего эксперимента была проведена диагностика исходного состояния эмоциональной сферы у участников исследования. Для этого использовались стандартизированные методики тестирования («Шкала астенического состояния (ШАС)» Л.Д. Малковой, Т.Г.Чертовой (1999); «Шкала депрессии» А. Бека, в адаптации Н.В.Тарабриной (1992); «Опросник копинг-механизмов» Э. Хейма, в адаптации Л.И. Вассермана (2000); «Шкала тревожности» Спилберга-Ханина (1970)). Особое внимание уделялось выявлению ключевых характеристик эмоционального состояния, таких как уровень тревожности, депрессии и астенического состояния.

3. *Формирующий этап* (сентябрь 2024 – октябрь 2024): Формирующий эксперимент включал внедрение разработанной программы психологического сопровождения, направленной на улучшение эмоционального состояния участников. Программа состояла из комплекса мероприятий, таких как

индивидуальные и групповые психологические консультации, арт-терапевтические сессии, практики эмоциональной регуляции и стресс-менеджмента. Участники регулярно проходили занятия в соответствии с установленным графиком.

4. *Контрольный этап* (октябрь 2024 – ноябрь 2024): на этапе контрольного эксперимента проводилась повторная диагностика эмоционального состояния участников для оценки эффективности внедрённой программы. Использовались те же методики, что и на констатирующем этапе, что обеспечило сопоставимость данных. Полученные результаты анализировались с использованием методов статистической обработки для выявления достоверных изменений. Также был проведен качественный анализ изменений в эмоциональной сфере, что позволило дополнительно обосновать выводы об эффективности программы психологического сопровождения эмоциональных состояний лиц с рассеянным склерозом.

Теоретическая значимость исследования. Полученные в итоге теоретические выводы и результаты проведенного исследования, внесут большой вклад в развитие процесса психологического сопровождения лиц с рассеянным склерозом. Кроме того, дополненные в результате исследования знания, приведут к углублению понятий о характерных особенностях эмоциональных состояний у людей с рассеянным склерозом, акцентируя внимание на их взаимосвязи с личностными характеристиками и адаптационными стратегиями.

Результаты исследования, поспособствуют дальнейшему развитию теоретических основ психологической коррекции эмоциональных нарушений у лиц с хроническими нейродегенеративными заболеваниями. Полученные знания внесут вклад в изучение механизмов психоэмоциональной адаптации, что расширяет возможности для формирования комплексных подходов к сопровождению пациентов в медицинской и социальной практике.

Практическая значимость исследования. Разработанная программа психологического сопровождения лиц с рассеянным склерозом обладает

высоким прикладным потенциалом. На основе комплексной оценки клинико-психологических и психосоциальных характеристик пациентов с рассеянным склерозом были выделены ключевые психотерапевтические направления воздействия. Разработанная программа может найти применение в практике медицинских учреждений, реабилитационных центров и в клинической психологии, способствуя улучшению качества жизни больных.

Структура и объем выпускной квалифицированной работы.

Магистерская диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы и 4 приложений. Работа изложена на 113 страницах, включает 9 таблиц и 9 рисунков. В списке литературы представлено 112 источников, включая 50 иностранных публикаций.

ГЛАВА 1. АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ЛИЦ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

1.1. Эмоциональное состояние и его роль в психологическом здоровье и благополучии человека

Эмоции и эмоциональные состояния являются фундаментальными компонентами психической жизни человека. Они обеспечивают связь между внутренними процессами и внешними событиями, формируя основу адаптации к окружающей среде. Эмоциональные состояния определяют качество жизни, влияют на мотивацию и принятие решений, а их дисфункция может привести к значительным психологическим и соматическим последствиям. Рассеянный склероз характеризуют как непредсказуемое неврологическое заболевание, поражающее 2,8 миллиона человек во всем мире. Люди с рассеянным склерозом испытывают множество физических и психологических симптомов, таких как депрессия, беспокойство, усталость и боль, которые влияют на их общее функционирование и качество жизни (Ekman, 1999, San Francisco: W. H. Freeman).

Аффективные расстройства у лиц с рассеянным склерозом могут проявляться задолго до обращения к врачу-психиатру. На этапе постановки диагноза не обнаруживается связь выявленных депрессивных нарушений с ранее диагностированной депрессией, что исключает их затяжной характер (С.С. Корсаков, А.И. Смирнов, 2018). Органические психические расстройства у больных рассеянным склерозом // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.

Чаще всего аффективные состояния носят смешанный характер, при этом доминируют тревожные проявления. У людей с рассеянным склерозом наблюдается высокая личностная тревожность, которая связана с перенесенными стрессовыми событиями. Считается, что усталость не коррелирует с выраженностью неврологического дефицита, но приводит к

значительному снижению работоспособности у лиц с рассеянным склерозом и нередко становится фактором, провоцирующим *депрессию*.

Разделить влияние депрессии и хронической утомляемости практически невозможно, так как, несмотря на разные причины, эти состояния имеют схожие клинические проявления. Люди с рассеянным склерозом и аффективными нарушениями уже на ранних стадиях заболевания чаще прибегают как к адаптивным, так и к неадаптивным стратегиям поведения, фиксируясь на негативных эмоциях и переживаниях. Они нередко выбирают ограничительные формы поведения, обусловленные неспособностью справляться со стрессом (А. Бек, 2003).

Аффективные расстройства значительно ухудшают общее состояние больных, снижая их стрессоустойчивость и социальную адаптивность, а также усугубляют симптомы и могут способствовать прогрессированию заболевания. Учитывая трудности в выявлении аффективных нарушений, которые маскируются под неврологическую симптоматику, становится очевидной необходимость проведения нейропсихологической диагностики эмоциональной сферы, регулярных консультаций, динамического наблюдения и индивидуализированной терапии под руководством врача-психиатра уже на этапе постановки диагноза демиелинизирующего заболевания.

К особенностям клиники рассеянного склероза относятся:

- начало заболевания в молодом возрасте;
- волнообразный характер течения;
- разнообразие неврологических симптомов;
- широкий диапазон нейропсихологических и психопатологических

проявлений (О.С. Левин, Д.Р. Штульман, 2016). Когнитивные и эмоциональные нарушения при рассеянном склерозе.

Клиническая картина рассеянного склероза часто включает поражение системы, ответственной за произвольные движения, что проявляется в виде параличей и парезов. Также нередко отмечаются нарушения, связанные с

функционированием мозжечка и ствола мозга, включая координаторные, зрительные и чувствительные расстройства. Помимо этого, характерны проблемы с работой тазовых органов, когнитивные дисфункции и психические расстройства (Е.Ю. Морозова, Н.Н. Яхно, 2015). Рассеянный склероз: Психоневрологические аспекты. Неврологический вестник, (У.Ю. Морозова, Н.Н. Яхно, 2015).

Существует ряд теорий, объясняющих механизмы формирования психопатологических симптомов у пациентов с рассеянным склерозом (Ю.А.Бондаренко, Ю.В. Долгова, 2019). Эмоциональные расстройства при рассеянном склерозе: патогенез и терапия. *Журнал неврологии и нейрохирургии*, Ю.А. Бондаренко, Ю.В. Долгова (2019). Эмоциональные расстройства при рассеянном склерозе: патогенез и терапия. *Журнал неврологии и нейрохирургии*, A. Feinstein, S. Magalhaes, J. Richard, B. Audet, C. Moore (2014).

- психические расстройства рассматриваются как реакция на хроническое заболевание, приводящее к инвалидизации;
- психопатологические симптомы и синдромы объясняются декомпенсацией ранее существовавших личностных особенностей;
- психопатологические проявления трактуются как непосредственные клинические признаки рассеянного склероза.

Психопатологические синдромы, наблюдаемые при рассеянном склерозе, хорошо изучены и подробно описаны. Одним из наиболее распространённых психических расстройств у таких пациентов является депрессия. Согласно данным А. Feinstein и соавторов (2018), распространённость большого депрессивного расстройства среди пациентов с рассеянным склерозом на протяжении жизни составляет 25–50%, что примерно в пять раз превышает показатели в общей популяции.

Согласно систематическому обзору, проведённому R. Marrie и S. Reingold, распространённость тревожных расстройств у пациентов с

рассеянным склерозом колеблется от 13% до 31,7%, а симптомы тревожности выявляются у 26%–63,4% больных, что примерно в три раза превышает показатели в общей популяции. Хотя эйфория и маниакальные состояния также могут развиваться при рассеянном склерозе, этим аспектам уделено недостаточно внимания в зарубежной литературе, несмотря на частые упоминания в описаниях клинической картины. (R.A. Marrie, S.C. Reingold, J. Cohen, 2015).

Важно учитывать, что такие состояния, как тревожность, эйфоричность и эмоциональная нестабильность, могут быть осложнением терапии рассеянного склероза, в частности, применения кортикостероидов. Самым распространённым симптомом заболевания остаётся астения (утомляемость), которая встречается у 75%–85% пациентов. Причём 50%–60% больных считают астению фактором, значительно осложняющим течение болезни, так как она негативно влияет на повседневную активность, настроение, когнитивные функции и социальное взаимодействие (Ю.А. Бондаренко, 2017). Влияние кортикостероидов на эмоциональное состояние пациентов с рассеянным склерозом. Неврологический вестник, (Ю.А. Бондаренко, 2017).

В последние годы психопатологические аспекты рассеянного склероза стали предметом активного изучения. Было установлено, что когнитивные нарушения встречаются у 54–65% лиц с этим заболеванием, причем их клинические проявления и степень выраженности могут значительно варьироваться.

Многоцентровые исследования, проведенные в Латинской Америке в период с 2011 по 2016 годы, показали, что когнитивные нарушения диагностируются у 43% людей с различными клиническими формами рассеянного склероза. Депрессия выявляется у 29% пациентов, а другие коморбидные психические расстройства — у 20,9%..

Таким образом, частота когнитивных нарушений увеличивается при прогрессирующем течении заболевания, что связано с ростом объема поражения мозговой ткани.

Исследования (Р. Лазаруса 1968, 1984), направленные на рассмотрение *стресса и эмоций*, играют значительную роль для формирования понятия о регуляции эмоций. В его теории совладение, или *копинг*, обозначены как «попытки преодоления состояния ущерба, угрозы или вызова, когда обычные или автоматические реакции затруднены, и требуется нахождение новых поведенческих решений или адаптация старых решений к ситуации». (Р. Лазарус и С. Фолкман 1984) выделяют два типа копинга и, соответственно, две основные функции:

- 1) фокусированный на проблеме копинг, направленный на разрыв связи между человеком и стрессовой ситуацией;
- 2) эмоционально-ориентированный копинг, направленный на изменение эмоционального состояния, вызванного стрессом.

При использовании второго варианта копинга человек скорее стремится контролировать свои эмоции, чем фокусируется на самой ситуации.

Воздействие рассеянного склероза на нервную систему часто приводит к развитию *депрессии* и других психологических проблем. Кроме того, пациенты с этим заболеванием сталкиваются с множеством жизненных трудностей.

Терапия рассеянного склероза с использованием препаратов, влияющих на течение болезни, является крайне важной. Однако непредсказуемость симптомов требует дополнительного внимания к физическим проявлениям заболевания, таким как боль, спастичность, дисфункция мочевого пузыря, которые нередко становятся объектами отдельных медицинских вмешательств.

По мнению экспертов, корни проблемы кроются в следующих факторах:

Психологические и эмоциональные проблемы, с которыми сталкиваются люди с рассеянным склерозом, могут возникать по целому ряду причин:

- неврологические проявления заболевания;

- реакция на поставленный диагноз и связанные с ним прогнозы;
- социальные трудности, вызванные ограничениями, связанными с рассеянным склерозом;
- беспокойство о будущем и необходимость принимать сложные решения;
- физические симптомы, которые нередко сопровождаются негативными эмоциональными переживаниями;
- необходимость адаптироваться к изменениям в привычном образе жизни, смене работы, места проживания, увлечений или круга общения
- привыкание к терапии, включая регулярные инъекции и лекарства;
- финансовые трудности, связанные с лечением и изменением образа жизни;
- сложность поддержания прежнего ритма жизни или перехода на новый;
- заикленность на болезни, чувство неполноценности и жалость к себе.

И это лишь видимая часть проблемы, люди с рассеянным склерозом сталкиваются с множеством трудностей, которые одновременно обрушиваются на них (И.В. Петрова, 2019). Психологические аспекты жизни пациентов с рассеянным склерозом. *Медицинская психология в России*.

Негативные эмоции и деструктивные мысли поглощают значительное количество времени и энергии, оставляя все меньше сил для радости и выполнения повседневных задач. Человек оказывается в состоянии безысходности. В такой ситуации крайне важно найти способы преодоления сложностей, переосмыслить свою жизнь, восстановить эмоциональное равновесие и вновь обрести чувство гармонии.

Социальная поддержка играет важнейшую роль в преодолении испытаний, связанных с рассеянным склерозом. Близкие люди могут оказать значительную помощь, однако их вовлеченность в проблемы и переживания,

связанные с болезнью, иногда приводит к усилению напряженности (Н.А. Медведева, С.А. Иванов, 2021. *Эффективность социальной поддержки пациентов с рассеянным склерозом*. Журнал неврологии и психологии, 12(3), 45–53).

Психотерапия, напротив, предоставляет объективный и свежий взгляд на ситуацию. Специалист помогает трезво оценить текущее положение дел, выявить скрытые проблемы и предложить решения, которые ранее могли оставаться незамеченными. Психотерапевт определяет наличие психоэмоциональных нарушений, конкретизирует трудности и разрабатывает курс лечения, а при необходимости может назначить медикаментозную терапию.

Учитывая, что рассеянный склероз — заболевание длительное и непредсказуемое, единичная психологическая консультация вряд ли окажется достаточной. Оптимальным подходом является интеграция психотерапии в общий процесс лечения и реабилитации. Это требует от участника лечения навыков применения полученных на терапии знаний в реальной жизни, особенно если постоянная психологическая помощь недоступна на каждом этапе развития болезни (Л.В. Кузьмина, М.Г. Андреев, 2017. *Психотерапевтический подход к лечению эмоциональных расстройств у пациентов с рассеянным склерозом*. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 48(4), 112–118)

На разных стадиях заболевания приоритетными становятся определенные задачи:

– Дебют заболевания: ключевым является выявление рисков развития психологических нарушений и своевременное принятие мер по их профилактике. Также важно помочь лицу с рассеянным склерозом принять диагноз, снизить уровень эмоционального напряжения и подготовиться к жизни с болезнью (R.A., Marrie, S.C. Reingold, J. Cohen , 2015).

– Рецидив: акцент делается на поддержке пациента в адаптации к

симптомам, преодолении стресса и укреплении мотивации для продолжения терапии с использованием препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза (ПИТРС). Особое внимание уделяется стимулированию желания жить полной жизнью и поддерживать социальные связи.

– Ремиссия: важно укрепить приверженность пациента к терапии ПИТРС, развить навыки эффективного преодоления трудностей и способствовать сохранению когнитивных функций, улучшая качество жизни в долгосрочной перспективе.

Еще в 1970-х годах было отмечено, что психологические факторы способны оказывать влияние на течение рассеянного склероза. В ряде исследований депрессию и социальные кризисы связывали с учащением рецидивов заболевания. Хотя роль стресса в развитии болезни остается неоднозначной, большинство ученых сходятся во мнении, что хронический стресс может повышать частоту и интенсивность обострений.

Психотерапия широко используется для минимизации негативных последствий стресса, а также для лечения депрессии, тревожных расстройств и нарушений сна. Такие состояния, как *депрессия* и *тревога*, не только создают дискомфорт сами по себе, но и способны усугублять другие симптомы рассеянного склероза. Например, они могут оказывать отрицательное влияние на память, мышление и способность концентрироваться (A. Feinstein, S. Magalhaes, J. Richard, B. Audet, C. Moore, 2014).

Проблемы в общении, сложности в восприятии окружающих и своего места в обществе, а также трудности в интимной жизни нередко выходят на первый план. Решению этих вопросов эффективно способствуют психологические методы лечения.

Еще одной важной областью работы психотерапии являются когнитивные нарушения, которые могут проявляться в виде проблем с речью, памятью или мышлением. Психотерапия помогает разработать стратегии

защиты и повышения когнитивного резерва.

Психологические методы также оказываются полезными для облегчения восприятия физических симптомов. Например, когнитивно-поведенческая терапия предоставляет инструменты управления болевыми ощущениями, характерными для рассеянного склероза и активно применяется в лечении хронической усталости (A. Feinstein, S. Magalhaes, J. Richard, B. Audet, C. Moore., 2014).

Близкие люди должны владеть основными навыками ухода за людьми с диагнозом рассеянный склероз, особенно если заболевание сопровождается физическими ограничениями. На определённых стадиях рассеянного склероза пациент может нуждаться в помощи при выполнении повседневных задач, таких как передвижение, приём пищи или поддержание гигиены. Освоение правильных методов перемещения и ухода позволяет минимизировать риск травм как для самого пациента, так и для ухаживающего. Также важно, чтобы родственники имели полное представление о процессе приёма лекарств, особенностях терапевтического режима и возможных побочных эффектах. (D. C. Mohr, S. L. Hart, L. Julian, D. Cox, D. Pelletier, 2004).

Сотрудничество с лечащим врачом и медицинскими специалистами играет ключевую роль в эффективном управлении симптомами рассеянного склероза и своевременной корректировке лечения. Помимо физического ухода, родственники должны обеспечивать значительную эмоциональную поддержку пациенту. Люди с рассеянным склерозом часто сталкиваются с такими эмоциональными трудностями, как депрессия, тревога и страх перед будущим. Важно, чтобы члены семьи были готовы к возможным изменениям в эмоциональном состоянии больного и помогали справляться с возникающими стрессовыми ситуациями. Нередко психологическая помощь оказывается даже более значимой, чем физический уход.

Психологическая поддержка включает создание благоприятной атмосферы, участие в активностях, которые важны для лиц с диагностированным заболеванием рассеянный склероз, и помощь в

достижении эмоциональной устойчивости. Кроме того, родственники должны поощрять активность больного, будь то физические упражнения, интеллектуальные занятия или участие в социальной жизни.

Участие в общественной жизни играет важную роль в улучшении эмоционального состояния и повышении общего качества жизни пациента. Содействие социальной активности. Социальная изоляция является одной из наиболее распространённых проблем, с которой сталкиваются люди с рассеянным склерозом. Задача близких заключается в том, чтобы поддерживать социальную активность и вовлечённость пациента в общественные процессы. Это может включать содействие в организации встреч с друзьями, участие в группах поддержки или программах социальной реабилитации (D. Mohr, S. Hart, L. Julian, 2004).

Общение с людьми, которые сталкиваются с похожими трудностями, позволяет людям с рассеянным склерозом чувствовать себя менее одинокими и лучше понятыми. Поэтому близким рекомендуется способствовать участию человека с рассеянным склерозом в группах поддержки, как офлайн, так и онлайн. Обучение и повышение осведомлённости. Родственникам важно постоянно развивать свои знания о заболевании. Это включает понимание медицинских аспектов (состояние, возможные осложнения, принципы ухода) и психологических нюансов. Близкие должны быть готовы к изменениям в состоянии лица с рассеянным склерозом и при необходимости своевременно обращаться за консультацией к медицинским специалистам в случае ухудшения симптомов. (Д.С. Кузнецов, А.М. Смирнова, 2022). Психобразование как инструмент повышения качества жизни при хронических заболеваниях.

Психобразование, предоставляющее информацию о рассеянном склерозе, его особенностях, вариантах терапии и способах управления симптомами, позволяет лучше понять сложности, с которыми сталкиваются при данном диагнозе и найти пути для повышения качества жизни. Для этого родственникам рекомендуется участвовать в образовательных программах,

посещать встречи с медицинскими специалистами и присоединяться к группам поддержки для близких с рассеянным склерозом. Однако одной из распространённых проблем среди родственников, является стресс и эмоциональное выгорание, что также требует особого внимания и поддержки.

Поддержка человека с рассеянным склерозом представляет собой сложный и ресурсоёмкий процесс, который требует значительных эмоциональных и физических усилий. Родственники часто сталкиваются с выгоранием, особенно когда основная ответственность за уход ложится именно на них.

Чтобы сохранить способность эффективно помогать пациенту, важно уделять внимание собственному здоровью и эмоциональному состоянию. Для предотвращения выгорания рекомендуется распределять обязанности между другими членами семьи или обращаться за помощью к профессионалам. Полезным также может стать участие в группах поддержки для родственников пациентов с хроническими заболеваниями. Такие группы предоставляют возможность получить эмоциональную поддержку и практические советы от людей, сталкивающихся с похожими трудностями (Н.С. Петрова, О.А. Васильева, 2019). Группы поддержки как способ предотвращения выгорания у родственников пациентов с хроническими заболеваниями. *Социальная психология здоровья*, 6(2), 67–74.).

На первый взгляд может показаться, что психотерапия заключается исключительно в том, что клиент делится своими переживаниями, а специалист выслушивает, поддерживает и предлагает советы. Этот подход, известный как суппортивное выслушивание, действительно может быть полезным для лиц с рассеянным склерозом. Однако это лишь одно из множества направлений, применяемых для решения психологических трудностей у людей с этим заболеванием (А.Н. Голенков, Н.А. Селиверстова, 2017). Психотерапия в лечении и реабилитации больных рассеянным склерозом. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 117(12), 132–140).

Поведенческий подход включает несколько ключевых методов психологической помощи [102]:

– Стресс-менеджмент: направлен на преодоление ежедневных трудностей. Основной задачей является снижение уровня напряжения и помощь человеку с рассеянным склерозом в адаптации к стрессовым ситуациям. Прогрессивная мышечная релаксация: используется для улучшения качества сна и снижения проявлений хронической усталости.

– Метод биологической обратной связи: основан на формировании условного рефлекса. Например, пациент учится одновременно концентрироваться на звуке и позитивных мыслях. Это помогает развивать способность погружаться в состояние расслабленности и позитивного настроения, где звуковой сигнал служит стимулом для закрепления эффекта.

Когнитивный подход охватывает следующие методы психотерапии [110]:

– Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ): один из самых распространённых методов, применяемых для работы с депрессией, усталостью и хроническими болями. КПТ рассматривает взаимодействие мыслей, эмоций, ощущений и поведения как единую систему. Каждый элемент этой системы подвергается анализу и коррекции, что помогает формировать новые, более продуктивные реакции. Клиент учится избегать самоповреждающего поведения, что улучшает его общее состояние и возвращает радость жизни (Е.В. Резникова, Н.А. Селиверстова, 2019). О коррекции психического состояния немедикаментозным способом при рассеянном склерозе. *Клиническая и специальная психология*, 8(1), 177–188.).

– Терапия, основанная на осознанности (mindfulness): этот метод, происходящий из КПТ, предлагает наблюдать за потоком мыслей, не вмешиваясь в него. Такая практика позволяет клиенту встречаться с тем, что он ранее избегал или отрицал, распознавать и устранять негативные мыслительные и эмоциональные конструкции, ухудшающие состояние.

– Терапия принятия и ответственности: имеет много общего с предыдущими методами. Клиент начинает с роли стороннего наблюдателя, оценивая полезность своих мыслей и чувств. Затем он фокусируется на том, что действительно важно, берёт на себя ответственность за свою жизнь и пересматривает отношение к происходящему [79].

– Рационально-эмотивная терапия (РЭТ): направлена на работу со скрытой агрессией. Метод позволяет выявить причины гнева и найти способы направить его в конструктивное русло, способствуя позитивной трансформации.

– Позитивная психотерапия: помогает клиенту находить светлые стороны в ситуации и видеть жизнь в более радостном ключе. Психотерапевт предлагает альтернативные подходы к решению проблем, создаёт непринуждённую атмосферу, а также использует притчи и анекдоты, смысл которых помогает пациенту легче воспринимать происходящее.

Гуманистический подход включает следующие элементы [72]:

– Суппортивное выслушивание: основное внимание уделяется клиенту, который делится своими переживаниями, в то время как специалист выступает в роли внимательного слушателя.

– Творческие методы: помогают людям с рассеянным склерозом глубже осознать внутренние процессы, происходящие в их душе и теле. Через самовыражение клиенты могут переключить своё внимание с болезни на созидательные и вдохновляющие занятия. В рамках этого направления используются такие методы, как музыкотерапия, арт-терапия и другие формы творческой активности (возможности арт-терапии и цветотерапии в реабилитации при рассеянном склерозе. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2021;121(7-2):49-55)

– Комбинированный подход: предполагает интеграцию различных видов психотерапии, обеспечивая более комплексное воздействие.

Кроме того, в психологическом лечении могут применяться

альтернативные методы, такие как йога, тай-чи и другие практики, способствующие улучшению физического и эмоционального состояния [86].

Существует множество форм психотерапии, и получить психологическую помощь можно разными способами [52]: через личные встречи с психологом или участие в группах поддержки, а также дистанционно — в онлайн-формате или по телефону.

Для людей с рассеянным склерозом создаются специальные интернет-платформы и компьютерные программы, направленные на психологическую самопомощь. Исследования подтверждают эффективность дистанционной психотерапии для таких клиентов. Особенно хорошие результаты показала когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) в лечении депрессии, хронической усталости и бессонницы, а также в улучшении общего качества жизни [66].

Существуют доказательства эффективности как индивидуальной, так и групповой психотерапии для лиц с рассеянным склерозом [78]. Выбор формы терапии осуществляется совместно с психотерапевтом на основе индивидуальных потребностей клиента (Д.В. Андреев, К.В. Смирнова, 2018). Стресс-менеджмент и прогрессивная мышечная релаксация при хронических заболеваниях.

Групповая терапия особенно подходит тем, кто ищет поддержку и открыт к восприятию различных точек зрения. Участники группы помогают друг другу справляться с негативными установками, делясь своими мнениями и опытом. Групповая динамика стимулирует выполнение домашних заданий и более глубокую проработку психотерапевтических техник. Кроме того, участники делятся полезными советами и получают постоянное подтверждение того, что они не одиноки в своих трудностях.

Индивидуальная терапия больше подходит для тех, кто не готов принимать во внимание мнения или опыт других участников группы. В некоторых случаях такой формат консультаций позволяет достичь результата быстрее, так как внимание специалиста полностью сосредоточено на одном человеке.

Независимо от выбранного вида терапии или способа её проведения, важно сохранять постоянную связь с медицинским работником. Даже люди, которые уверены в своей способности справляться самостоятельно, могут нуждаться в профессиональной поддержке в периоды обострений рассеянного склероза.

1.2. Рассеянный склероз: понятие, этиология, патогенез, современные аспекты проблемы

Рассеянный склероз представляет собой заболевание центральной нервной системы (ЦНС) с дизиммунно-нейродегенеративным характером, сопровождающееся многоочаговыми неврологическими симптомами. Это состояние в основном поражает людей молодого возраста и на определённой стадии может привести к инвалидизации и существенному ухудшению качества жизни.

Высокая медицинская и социальная значимость рассеянного склероза определяет ключевые направления научных исследований, связанных с его изучением.

Основные механизмы развития рассеянного склероза, классифицирующие его как типичное аутоиммунное заболевание, были выявлены ещё в середине прошлого века. Именно в этот период начались первые попытки лечения, включавшие использование глюкокортикостероидов для снятия обострений. Однако терапия эксацербаций не смогла полностью устранить проблему рассеянного склероза, что стимулировало появление новых теорий и подходов к изучению его патогенеза.

В последние годы это направление получило особенно активное развитие благодаря значительному расширению ассортимента эффективных лекарственных препаратов. Эти средства, воздействуя различными механизмами, способны влиять на течение патологического процесса при рассеянном склерозе, замедляя его прогрессирование и улучшая клинические

результаты (Клиника «А-Плюс», 2021). Демиелинизация: понятие, как развивается, обзор демиелинизирующих заболеваний).

Миелин — это белково-липидная структура, формирующая многослойную оболочку, которая обвивает аксон нейрона.

В центральной нервной системе миелин вырабатывается клетками нейроглии — олигодендроцитами, тогда как в периферической нервной системе его синтезируют шванновские клетки. Ключевая задача миелиновой оболочки — обеспечение передачи нервного импульса. Однако при демиелинизации, то есть повреждении этой оболочки, происходит нарушение данной функции, что влечёт за собой развитие неврологических симптомов [93].

Очаги демиелинизации, или бляшки, в центральной нервной системе являются характерным признаком рассеянного склероза. У одного пациента могут наблюдаться различные типы очагов:

- Острые — активные очаги демиелинизации, сопровождающиеся воспалительным процессом.
- Хронические — неактивные области, зачастую ассоциированные с дегенерацией аксонов и уменьшением количества клеток, участвующих в образовании миелина.
- Хронические с периферической активацией — очаги, где на периферии бляшек проявляются признаки повторного запуска патологического процесса.

Локализация очагов определяется компонентами миелина, против которых направлен аутоиммунный процесс, например, основным белком миелина (ОБМ), миелинолигодендрокитарным гликопротеином (МОГ), миелинассоциированным гликопротеином (МАГ) и другими молекулами.

Основными мишенями для демиелинизирующей атаки аутоантител к основному белку миелина являются области с наиболее плотной миелиновой оболочкой, такие как спинной мозг и ствол головного мозга. В то же время

аутоантитела, направленные против пептидных фрагментов миелинолигодендроцитарного гликопротеина (МОГ), преимущественно действуют в перивентрикулярных зонах и белом веществе мозжечка, где располагаются проводники с тонкой миелиновой оболочкой (Е.И. Гусев, И.А. Завалишин, А.Н. Бойко, 2004). *Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания*. М.: Миклош).

Очаги рассеянного склероза преимущественно локализуются в белом веществе головного и спинного мозга. Наиболее часто они обнаруживаются в перивентрикулярных областях больших полушарий, стволе мозга, спинном мозге, мозжечке, а также в области зрительного перекрёста (хиазмы) и зрительных нервов. Эти зоны считаются типичными для патологического процесса при рассеянном склерозе.

Выявление клинических проявлений и МРТ-очагов в указанных областях составляет основу современных клинико-инструментальных критериев диагностики рассеянного склероза, которые позволяют подтвердить диссеминацию патологического процесса во времени и пространстве.

Эпидемиологические данные о рассеянном склерозе свидетельствуют, что риск развития болезни увеличивается до 2–4% у людей, имеющих родственников первой степени родства, и до 30–50% у монозиготных близнецов. Частота заболевания выше в регионах с умеренным климатом, что может быть связано с влиянием сезонного солнечного света на синтез витамина D. Среди других факторов риска, обусловленных воздействием окружающей среды и повышающих вероятность развития рассеянного склероза, выделяют курение, избыточный вес и инфекционный моноклеоз, вызванный вирусом Эпштейна–Барр (ВЭБ) [108].

Итак, рассеянный склероз представляет собой мультифакторное заболевание, при котором под воздействием патогенных факторов нарушается процесс распознавания аутоантигена на миелинизированных нервных волокнах.

Долгое время роль В-лимфоцитов в иммунопатогенезе рассеянного склероза оставалась неясной, существовали противоречивые представления о их положительном или отрицательном влиянии на течение заболевания. Однако современные исследования однозначно подтвердили, что В-лимфоциты играют ключевую роль, выступая в качестве одного из главных факторов, определяющих прогрессирование патологического процесса при рассеянном склерозе [111]. Помимо Т1-лимфоцитов, которые синтезируют провоспалительные цитокины (интерлейкины 1 и 2, фактор некроза опухоли-альфа, γ -интерферон) и инициируют разрушение миелина, выделяют также Т2-лимфоциты. Эти клетки продуцируют противовоспалительные цитокины (включая интерлейкины 4, 5, 10 и интерферон-бета), которые выполняют множество защитных функций. Противовоспалительные цитокины стимулируют регенерацию, подавляют активацию Т-клеток, способствуют восстановлению функции супрессорных клеток, а также снижают выработку провоспалительных цитокинов, выступая в качестве ростовых и трофических факторов [104]. Т2-лимфоциты и противовоспалительные цитокины играют центральную роль в обеспечении ремиссии при рассеянном склерозе. Их взаимодействие и баланс являются основными факторами, влияющими на чередование периодов ремиссий и обострений данного заболевания.

Одним из ключевых механизмов, влияющих на активность перекисного окисления липидов и, косвенно, на функциональную роль эндогенных фосфолипаз, является состояние антиоксидантной системы защиты организма. Недостаточность или нарушение работы отдельных компонентов этой системы приводит к возникновению условий, способствующих развитию цепных реакций, которые нарушают стабильность клеточных мембран [107].

Исследования показали, что функционирование системы антиоксидантной защиты влияет не только на степень тяжести заболевания, но и на его клиническую форму (Медицинский центр «Красота и медицина». (2021). Демиелинизирующие заболевания — причины, симптомы, диагностика и лечение.)

Изучение процессов перекисного окисления липидов и функционирования антиоксидантной системы, хотя и не является новым направлением, остаётся весьма перспективным в исследовании патогенеза рассеянного склероза. Биохимические показатели этих процессов могут выступать предикторами, позволяющими оценить вероятность обострения заболевания, а также прогнозировать его дальнейшее течение и возможные исходы.

Изучение динамики этих показателей в процессе применения препаратов, направленных на изменение течения рассеянного склероза, подтвердило их значимость в развитии и прогрессировании заболевания, а также в оценке реакции на проводимую патогенетическую терапию. Одним из новых и перспективных направлений исследований является анализ роли витамина D в патогенезе рассеянного склероза. Научные работы выявили механизм, посредством которого витамин D оказывает своё воздействие на иммунную систему [110].

Большинство иммунокомпетентных клеток обладает рецепторами для витамина D и участвует в регуляции его метаболизма, экспрессируя 1 α -гидроксилазу — ключевой фермент, ограничивающий синтез витамина D. Более того, эти клетки способны синтезировать витамин D на паракринном уровне [88]. Активная форма витамина D, 1,25(OH)₂D, стимулирует пролиферацию моноцитов, усиливает выработку интерлейкина-1 (ИЛ-1) и бактерицидных пептидов [24].

Витамин D оказывает влияние на Т-лимфоциты, подавляя выработку провоспалительных цитокинов Th-1 (таких как ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ИФН-гамма, ФНО- α и ФНО- β) и стимулируя синтез регуляторных противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-10) [106]. Это приводит к тому, что механизмы иммунной толерантности начинают преобладать над аутоиммунными процессами. Однако процесс ремиелинизации, который должен следовать за обострением рассеянного склероза, может оставаться незавершённым из-за неспособности клеток-предшественников

олигодендроцитов к полноценной дифференцировке. На этих клетках обнаружена зависимость транскрипции рецепторов витамина D (VDR) и мРНК фактора роста нервов (NGF) от уровня витамина D [102]. Это нарушение связано с воздействием воспалительного микроокружения, которое препятствует их созреванию.

Все перечисленные эффекты обусловили интерес ученых к изучению роли витамина D в развитии и течении рассеянного склероза. Одной из первых выявленных закономерностей, обнаруженной ещё в середине прошлого века и подтверждённой современными исследованиями, стала связь между частотой заболевания и географической широтой: распространённость рассеянного склероза увеличивается по мере продвижения к северным регионам [103].

Исследования показали, что риск развития рассеянного склероза напрямую связан с уровнем солнечной инсоляции: он снижается у людей, мигрировавших из северных широт в регионы ближе к экватору [102]. Эта зависимость была изучена также у детей, рождённых осенью и весной. У детей, появившихся на свет весной, частота заболевания оказалась выше, что связывают с недостаточной инсоляцией матерей во время беременности [100]. Связь распространённости рассеянного склероза с дополнительным приёмом витамина D была подтверждена крупным проспективным исследованием, включавшим 187 тысяч женщин. Участницы, ежедневно принимавшие около 700 ЕД витамина D, имели на 33% меньший риск заболевания по сравнению с теми, кто принимал более низкие дозы. Более того, у женщин, употреблявших не менее 400 ЕД витамина D в сутки, вероятность развития заболевания была снижена на 41% по сравнению с теми, кто вообще не принимал витамин [95].

Современные исследования указывают на значительную роль эстрогена в связи между женским полом и частотой рассеянного склероза. Эксперименты *in vitro*, изучающие пролиферацию Т-клеток, специфичных к основному белку миелина (ОБМ), выявили гендерные различия в метаболизме витамина D, что было подтверждено при воздействии эстрогена на ОБМ-специфичные Т-клетки у мужчин [38]. Взаимодействие витамина D и

эстрогена проявляется через усиление синтеза эстрогена, опосредованное VDR (рецепторами витамина D), а также через эстроген-зависимую регуляцию экспрессии этих рецепторов [95]. Исследования подтвердили, что витамин D играет важную роль не только в развитии рассеянного склероза, но и в особенностях его течения.

Ретроспективное исследование, включавшее 110 пациентов с детским дебютом рассеянного склероза, показало, что увеличение уровня витамина D в сыворотке крови на каждые 10 нг/мл связано с уменьшением риска рецидива на 34% [31]. Подобные результаты были зафиксированы и в проспективных исследованиях [63]. Крупные исследования выявили связь между низким уровнем витамина D и образованием новых очагов на МРТ. При добавлении витамина D к стандартной терапии риск появления новых очагов снижался, хотя эти изменения наблюдались только на уровне нейровизуализации, без значимых клинических эффектов [68]. Недавно исследователи обратили внимание на влияние витамина D на когнитивные функции у пациентов, получающих лечение интерфероном- β . В одном из исследований участники, принимавшие витамин D, показали лучшие результаты в тестах на зрительно-пространственную память [71].

Рассеянный склероз тесно связан с состоянием психологического здоровья.

Термин «психологическое» впервые был предложен И.В. Дубровиной в 1997 году в контексте обсуждения психологического здоровья. По мнению автора, психологическое здоровье охватывает всю личность и позволяет акцентировать внимание на психологическом аспекте проблемы, отличая его от социальных, медицинских и философских подходов. Разница между психическим и психологическим здоровьем заключается в том, что человек, обладающий психическим здоровьем, может демонстрировать высокий интеллект и быть успешным, но при этом оставаться личностно неустойчивым или иметь внутренние проблемы [14]. В свою очередь, психологическое здоровье подразумевает гармонию не только с внешней средой, но и внутри

самой личности, обеспечивая согласованность её различных аспектов [29].

Стоит отметить, что психическое здоровье в основном относится к медицинской области, в частности к психиатрии. Для коррекции нарушений психического здоровья чаще всего применяются медикаментозные методы лечения. Такие расстройства зачастую связаны с органическими нарушениями в работе мозга или гормональными заболеваниями.

В свою очередь, психологическое здоровье находится в сфере ответственности психологии. Хотя нарушения психологического здоровья иногда связаны с органическими изменениями мозга, чаще их причиной становится неэффективная система убеждений человека. Эти убеждения могут быть как осознанными, так и скрытыми от его внимания. Неверные убеждения, независимо от их осознания, оказывают значительное влияние на жизнь человека, способствуя развитию эмоционально-личностных нарушений.

В рамках комплексного психологического подхода специалисты выделяют структуру психологического статуса у пациентов с ремиттирующим течением рассеянного склероза (включая как детей, так и взрослых). Эта структура включает активационный, когнитивный, эмоциональный и личностный компоненты, которые тесно связаны между собой и проявляются как на осознанном, так и на неосознанном уровне. Такой подход позволяет глубже понять механизмы нарушений психологических функций у пациентов с данным заболеванием (О.И. Лебедев, А.С. Кузнецова, 2021). Биоповеденческая терапия при рассеянном склерозе. *Психология здоровья*, 6(4), 87–93).

Психологический статус людей с рассеянным склерозом представляет собой совокупность взаимосвязанных элементов, включая изменения в психологических функциях, степень тяжести заболевания и особенности функционального состояния мозга. Такой подход способствует углублению теоретических знаний о заболевании и предоставляет основу для точной квалификации психологических расстройств, а также для разработки

эффективных методов коррекции выявленных нарушений.

Выяснено, что у лиц с рассеянным склерозом сочетание различных эмоциональных нарушений, таких как тревожность, агрессивность и депрессия, приводит к снижению адаптационных возможностей личности. Однако при наличии только одного вида эмоционального дефицита такие личностные изменения, как правило, не наблюдаются.

Также выявлено, что психологический статус этих людей характеризуется повышенной склонностью к открытому проявлению агрессии и усиленным чувством вины. Агрессивное поведение преимущественно связано с функциональным состоянием мозга, тогда как чувство вины обусловлено степенью тяжести и продолжительностью заболевания. Эти данные играют ключевую роль в понимании патогенетических механизмов болезни и имеют значительную ценность для разработки лечебных, диагностических и реабилитационных стратегий.

Этиопатогенез рассеянного склероза рассматривается как результат сложного взаимодействия генетических, эпигенетических, внешних и внутренних факторов, приводящего к демиелинизации и нейродегенерации. Воспалительные процессы могут развиваться двумя путями: либо начинаясь «с периферии» и распространяясь в центральную нервную систему через Т-клеточные механизмы, либо иницируясь непосредственно в ЦНС в результате первичных повреждений мозговой ткани. На более поздних стадиях заболевания возможно формирование эктопических В-клеточных фолликулов и кортикальная демиелинизация.

1.3. Эмоциональный стресс и адаптация в генезе клинического полиморфизма рассеянного склероза

Рассеянный склероз представляет собой аутоиммунное поражение центральной нервной системы (ЦНС), характеризующееся демиелинизацией [19]. Симптомы рассеянного склероза могут варьироваться от легкой до

тяжелой степени и могут отличаться у разных людей. Когнитивные расстройства и изменения психических функций являются одними из характерных проявлений рассеянного склероза [19]. У пациентов с этим заболеванием часто наблюдаются тревожные и депрессивные состояния как сопутствующие расстройства (С.В. Белов, Н.А. Селиверстова, 2017). Когнитивные и психоэмоциональные нарушения у пациентов с рассеянным склерозом. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 118(8), 115–121). Около 30% людей, страдающих рассеянным склерозом, сталкиваются с признаками *тревожности* и *депрессии* [19]. Напротив, распространенность тревоги и депрессии в общей популяции оценивалась в 4% и 8,3% соответственно [13]. У людей с рассеянным склерозом также наблюдается тенденция к развитию личностных изменений, таких как *повышенная раздражительность* и *апатия*. Исследования показали, что от 20% до 40% людей с рассеянным склерозом демонстрируют личностные изменения [45]. Возникновение нервно-психических расстройств, таких как депрессия и тревога, может быть спровоцировано необычными личностными чертами у людей с рассеянным склерозом [44]. Например, некоторые данные свидетельствуют о том, что расстройства личности могут быть связаны с длительной продолжительностью заболевания или атрофией головного мозга (Д.А. Смирнов, Л.В. Петренко, 2018). Психические расстройства при рассеянном склерозе. *Клиническая неврология*, 14(3), 56–63).

Существуют также культурные различия в распространенности и возникновении различных расстройств личности и настроения/тревожности, которые необходимо учитывать (А.И. Иванов, К.А. Федотова, 2020). Личностные изменения и их связь с психическими нарушениями у пациентов с рассеянным склерозом. *Психология здоровья*, 6(2), 87–94.). Следовательно, текущая литература извлекла бы пользу из исследований пациентов в других культурах и с различной продолжительностью заболевания.

Личностные черты описывают, как человек реагирует на ситуации посредством мыслей, чувств и поведения [19]. Она состоит из паттернов

познания, убеждений и поведения, которые относительно стабильны. Модель «Большой пятерки» может объяснить многие вариации в этих паттернах, что послужило эффективной теоретической основой [86]. Эти черты сформированы в рамках пятифакторной модели (FFM), охватывающей пять ключевых измерений: открытость, добросовестность, экстраверсию, сговорчивость и невротизм [76].

Несколько исследований показали, что люди с рассеянным склерозом часто проявляют дисфункциональные личностные черты, связанные с невротизмом и добросовестностью (Е.В. Резникова, Н.А. Селиверстова, 2019). О коррекции психического состояния немедикаментозным способом при рассеянном склерозе. *Клиническая и специальная психология*, 8(1), 177–188). Эта черта личности может отрицательно влиять на когнитивные способности, настроение и психологическое благополучие [77]. Точный механизм, связывающий расстройства личности с когнитивными состояниями и настроением при ШИМ, остается не до конца понятным, несмотря на подтверждение с помощью эпидемиологических исследований. Кроме того, исследования показали, что личностные черты могут служить модераторами влияния атрофии головного мозга на когнитивные и нейропсихиатрические аспекты рассеянного склероза [86].

Следовательно, оценка личности должна быть включена в качестве неотъемлемой части лечения проявлений рассеянного склероза.

Клиническая картина рассеянного склероза отличается разнообразием и полиморфностью, что связано с многоочаговыми повреждениями, преимущественно затрагивающими белое вещество центральной нервной системы. Острые психотические расстройства, включая состояния психоза, считаются редким явлением и наблюдаются лишь в 5–7% случаев во время обострений болезни. Остается открытым вопрос, являются ли эти расстройства результатом сочетания рассеянного склероза с шизофренией или же они обусловлены органическими повреждениями головного мозга [62].

Психотические расстройства характеризуются серьезными

нарушениями психики, проявляющимися в искажении восприятия реальности, затруднении ее осознания, а также неадекватном поведении и отношении к окружающим. Согласно З. Фрейду, такие расстройства возникают в результате глубокого конфликта между личностью и окружающим миром. У пациентов могут проявляться так называемые «продуктивные» симптомы, включающие бредовые идеи, галлюцинации, необычную речь, двигательные расстройства и изменения в поведении [20].

Современные исследования выделяют несколько вариантов взаимосвязи между рассеянным склерозом и психотическими расстройствами. Они могут выступать в роли первых проявлений заболевания или сопровождать очередное обострение. Кроме того, экзацербация рассеянного склероза способна обнажить ранее скрытые нарушения психики либо сочетаться с уже существующим эндогенным психическим заболеванием. Ряд авторов предложили классифицировать случаи рассеянного склероза с выраженными психическими отклонениями как отдельную «энцефалитическую» форму, что связано с масштабной демиелинизацией и наличием множественных очагов, сопровождающихся нарушением целостности гематоэнцефалического барьера.

Один из важнейших этапов в лечении или поддержании состояния пациента с рассеянным склерозом, является реабилитация. Рассмотрим развитость этого направления и в других странах.

Основными направлениями реабилитации в Китае являются лечение патологий центральной нервной системы, травм позвоночника, разрывов спинного мозга, синдрома дефицита внимания, задержек в психомоторном развитии, речевых нарушений, гемиплегии, состояний после инсультов и инфарктов, спастического тетрапареза, последствий черепно-мозговых травм, а также реабилитация при аутизме и зависимостях, включая никотиновую, алкогольную, наркотическую и компьютерную.

Крупнейший оператор реабилитационных клиник в Германии, MEDIAN Kliniken Group (Берлин), предоставляет широкий спектр медицинских и

реабилитационных услуг. Основные направления включают ортопедию, психосоматику, психиатрию, неврологию, кардиологию, наркологию и социотерапию, а также специализированную реабилитацию для детей и пожилых пациентов.

В Соединенных Штатах функционируют сотни реабилитационных центров, предоставляющих восстановительные программы по различным направлениям. Среди наиболее востребованных:

- реабилитация пациентов с дефектами конечностей и после ампутаций, включающая трудотерапию, физиотерапевтические методы, психологическую поддержку, применение успокаивающих средств, современные технологии протезирования и помощь в социальной адаптации;
- реабилитация больных с артритами и патологиями суставов, которая охватывает использование современных лекарственных препаратов, артроскопические процедуры, физиотерапию, лечебную физкультуру и специализированные гимнастические программы.

Проблема актуальна еще и в связи с трудностями выбора патогенетической терапии. В случаях, когда аффективные нарушения связаны с обострением рассеянного склероза, рекомендуется применение пульс-терапии метилпреднизолоном. Однако в инструкции указано, что психические заболевания являются противопоказанием для назначения глюкокортикостероидов (ГКС). Кроме того, в литературе описаны случаи развития острых психотических состояний при использовании ГКС [78].

С учетом сравнительно редкой встречаемости психотических расстройств при рассеянном склерозе, анализ и исследование отдельных клинических случаев становятся важным шагом в решении данной проблемы.

Ключевые выводы относительно протекания рассеянного склероза:

1. Лица с рассеянным склерозом ремиттирующего типа отличаются специфической структурой психологического статуса, включающей когнитивные нарушения, которые преимущественно проявляются в

умеренном снижении кратковременной памяти и внимания. Эти изменения сопровождаются сниженной психологической активностью и эмоционально-личностными расстройствами (С.В. Белов, Н.А. Селиверстова, 2017). Когнитивные и психоэмоциональные нарушения у пациентов с рассеянным склерозом. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 118(8), 115–121).

2. У людей с рассеянным склерозом ремиттирующего типа эмоциональные нарушения занимают центральное место в структуре их психологического статуса. Эти нарушения выражаются в повышении уровня как осознанной, так и скрытой тревожности, усилении агрессивных реакций и негативной оценке будущего. Анализ по данным СМИЛ показывает, что снижение адаптационных возможностей личности наиболее заметно у тех больных, у которых одновременно наблюдаются различные эмоциональные нарушения (тревога, депрессия, агрессия), по сравнению с пациентами, испытывающими лишь один тип эмоционального расстройства.

3. В психологическом статусе пациентов с рассеянным склерозом отмечается увеличение различных форм внутренней агрессии, таких как усиленное чувство вины и предрасположенность к открытому выражению агрессивного поведения. Возникновение чувства вины чаще ассоциируется с продолжительностью и тяжестью заболевания, тогда как склонность к явным проявлениям агрессии коррелирует с уровнем глюкозного метаболизма.

4. У людей с рассеянным склерозом наблюдается взаимосвязь всех параметров психологического состояния как между собой, так и с показателями тяжести и продолжительности болезни (на основе шкалы EDSS), а также с результатами функционального состояния, определяемыми с помощью ПЭТ и МРТ.

5. У лиц с рассеянным склерозом отмечаются значительные психологические улучшения, выражающиеся в укреплении памяти и внимания, уменьшении различных форм тревожности и бессознательной агрессии, а также в повышении адаптационных способностей личности. Эти

изменения указывают на положительные структурные трансформации в психологическом состоянии под влиянием метода активации и формирования Активной систем (С.В. Белов, Н.А. Селиверстова, 2017). Рассеянный склероз и коморбидные психические расстройства. *Медицинский вестник*, 14(2), 34–40). У одних пациентов заболевание проявляется в виде периодов обострений и ремиссий на протяжении всей жизни, тогда как у других наблюдается постепенное ухудшение состояния. Примерно половина больных через 11–19 лет переходит от рецидивно-ремитирующего течения к вторично-прогрессирующему. При этом физические, когнитивные и поведенческие изменения оказывают значительное влияние на качество жизни, психологическое состояние и повседневную активность. Непредсказуемый характер болезни и отсутствие окончательного метода лечения становятся причиной тревожности и депрессивных переживаний, связанных с неопределенностью будущего.

Депрессия является распространенным состоянием у пациентов с рассеянным склерозом, проявляясь в 30–40% случаев на протяжении жизни. Ее развитие может быть обусловлено как биологическими, так и психологическими факторами. Среди биологических причин выделяют повреждение определенных зон мозга и более тяжелое течение болезни при поражении центральной нервной системы. Психологические аспекты, такие как неопределенность и непредсказуемость заболевания, также вносят свой вклад. Дополнительными факторами риска выступают молодой возраст, низкий уровень образования и ограниченная социальная поддержка.

Также *депрессия* при рассеянном склерозе не только ухудшает общие симптомы заболевания, но и снижает эффективность лечения, повышает риск суицидальных мыслей и попыток, а также значительно снижает качество жизни. Кроме того, у 36% людей с рассеянным склерозом диагностируются тревожные расстройства, причем среди тех, кто получил диагноз в раннем возрасте, этот показатель может достигать 34–70%.

Тревожные состояния обусловлены как биологическими, так и

психосоциальными причинами. К биологическим факторам относятся нарушения нейронных сетей, включающих миндалевидное тело, базальные ганглии и кору головного мозга, а также изменения в работе нейромедиаторных систем.

Последствия тревожных состояний во многом схожи с воздействием депрессии, включая снижение качества жизни, недостаточное соблюдение рекомендаций по лечению и рост числа суицидальных мыслей. Хотя тревога и депрессия по отдельности представляют значительный риск для здоровья, их совокупное влияние требует особого внимания. Коморбидное состояние тревоги и депрессии нередко наблюдается у пациентов с хроническими заболеваниями, такими как ишемическая болезнь сердца (ИБС). В общей популяции установлено, что 57% людей с диагнозом депрессии также испытывают симптомы тревоги, тогда как 28% пациентов с тревожными расстройствами имеют сопутствующую депрессию. Ключевые факторы риска развития ИБС включают пожилой возраст, безработицу, низкий уровень образования и принадлежность к женскому полу. Исследования, посвященные изучению ИБС у пациентов с рассеянным склерозом, ограничены, однако имеющиеся данные свидетельствуют о том, что сочетание этих состояний оказывает более серьезное влияние на пациентов, чем депрессия или тревога по отдельности. Это проявляется в ухудшении общего качества жизни, усилении симптомов, росте склонности к самоповреждающему поведению и снижении социальной адаптации. Депрессия при рассеянном склерозе изучена значительно глубже, несмотря на частую коморбидность с тревожными расстройствами. Это может быть связано с предположением о биологической природе депрессии при данном заболевании, что подтверждается ранними описаниями пациентов Шарко.

Исходя из выявленного «противоречия», данное исследование сосредоточено на изучении влияния депрессии, тревожных состояний и их коморбидного сочетания на широкую выборку пациентов.

Предполагается, что как депрессия, так и тревога окажут заметное

воздействие, однако тревога может иметь более разрушительный эффект. Кроме того, на основании ограниченных данных ожидается, что совокупное влияние тревоги и депрессии будет значительно усилено при их одновременном присутствии.

Наиболее важным фактором, предсказывающим развитие обоих расстройств, является уровень социальной поддержки, который объясняет 13% вариативности для тревоги и 20% для депрессии.

Выявленные проблемы подчеркивают необходимость ранней диагностики и своевременного обнаружения тревожных состояний на начальных стадиях заболевания, когда они имеют тенденцию к усилению. Кроме того, они акцентируют значимость социальной поддержки как ключевого терапевтического инструмента в профилактике и лечении симптомов тревоги и депрессии.

Требуется больше исследований, чтобы глубже изучить влияние социальной поддержки на снижение рисков развития тревоги и депрессии, что может значительно помочь в создании эффективных методов управления симптомами рассеянного склероза и улучшении качества жизни пациентов. Этот вывод подтверждает ранее установленные данные о том, что социальная поддержка положительно влияет как на психическое, так и на физическое здоровье людей с этим заболеванием. Связь между молодым возрастом и тревожностью соответствует общественным тенденциям: пожилые люди чаще испытывают более высокий уровень удовлетворенности жизнью, чем молодежь, и подобная закономерность наблюдается среди пациентов с рассеянным склерозом. Это может быть обусловлено неопределенностью, связанной с карьерой, отношениями и социальным статусом, которые больше волнуют молодых людей.

При наличии хронического заболевания, такого как рассеянный склероз, неопределенность в отношении хода болезни может усиливаться, особенно из-за изменчивости симптомов и возможных обострений, что зачастую способствует повышению уровня тревожности. Помимо возраста, значимым

фактором риска развития психологических нарушений могут быть неэффективные стратегии преодоления трудностей. Например, использование психоактивных веществ нередко воспринимается как способ избежать проблем, однако это часто связано с тревогой и депрессией. Такая стратегия может служить временным отвлечением от симптомов во время обострения или средством борьбы с непредсказуемостью заболевания.

Исследования показывают, что тревожность оказывает более выраженное влияние на симптомы заболевания, чем депрессия. Примечательно, что у пациентов, страдающих депрессией, не наблюдалось значительных отличий в сравнении с теми, кто не испытывал ни депрессии, ни тревожности. Однако при наличии тревоги или их сочетания с депрессией пациенты чаще сталкивались с сильной усталостью, болями и нарушениями сна.

Эти данные частично совпадают с выводами Weiske и соавторов (2008), которые установили, что вероятность возникновения усталости увеличивается в три раза у пациентов с депрессией и в пять раз у тех, кто страдает тревожностью.

Исследования также показали, что у людей с тревожностью вероятность жалоб на болевые ощущения, не связанные с депрессией, возрастает в четыре раза. У тех, кто одновременно страдает как тревогой, так и депрессией, фиксируются наиболее неблагоприятные показатели по всем аспектам: от выраженности симптомов и эффективности лечения до уровня психологического благополучия и качества жизни. Эта закономерность характерна не только для пациентов с рассеянным склерозом, но и для общего населения. В связи с высокой распространенностью обоих состояний возникает вопрос, стоит ли рассматривать их как единое явление или различать. Однако результаты исследований демонстрируют, что тревога и депрессия по-разному влияют на здоровье, эмоциональное состояние и качество жизни, что подчеркивает необходимость их отдельной оценки.

Внутренние генетические факторы риска. Для развития рассеянного

склероза необходима определённая генетическая предрасположенность. К числу таких факторов относятся специфические сочетания генов, известные как генетические ассоциации, а также такие характеристики, как этническая принадлежность и пол

Генетические ассоциации. Человеческое тело состоит из миллиардов клеток различных типов, таких как клетки крови, кожи, мышц и других тканей. Несмотря на это разнообразие, каждая клетка имеет обязательные структурные элементы, одним из которых является ядро. В ядре содержится генетическая информация в виде молекулы ДНК. Эта молекула представляет собой длинную двойную спираль, отдельные участки которой называют генами. Независимо от типа клетки, генетический набор остается одинаковым и включает 46 молекул ДНК. При делении клеток эти молекулы компактно упаковываются в структуры, известные как хромосомы, число которых также составляет 46.

Гены часто образуют группы, которые наследуются вместе и называются гаплотипами. Исследователи обнаружили, что определенные комбинации генов (гаплотипы) могут увеличивать вероятность развития рассеянного склероза. Наиболее известный из таких гаплотипов у жителей северных регионов Европы — это HLA-DR2 (HLA-DRB1*1501, расположенный на 6-й хромосоме).

Таким образом, риск развития заболевания обусловлен исключительно специфическими сочетаниями обычных генов. Здесь четко раскрывается ответ на обычный вопрос больного: передается ли это заболевание по наследству? Результаты статистических исследований показывают, что рассеянный склероз не относится к наследственным заболеваниям. У ребенка половина генов передается от больного родителя, а вторая половина — от здорового. Даже если оба родителя страдают этим заболеванием, комбинация переданных генов не обязательно вызывает предрасположенность к рассеянному склерозу, не говоря уже о его развитии. Исследования подтверждают, что в общей популяции заболеваемость составляет 150–290

случаев на 100 тысяч человек (0,15–0,3%). В семьях, где мать больна рассеянным склерозом, риск для ребенка составляет 2,35%, в случае больного отца — 1,31%, а если оба родителя больны, вероятность увеличивается до 3,11%. Это означает, что матери с рассеянным склерозом нужно иметь 43 ребенка, чтобы у одного из них развилось заболевание, а отцу — 76 детей, чтобы такая вероятность проявилась.

Разница между генетической предрасположенностью и генетическим заболеванием является принципиальной. Генетическое заболевание развивается у человека, если в его организме присутствует дефектный или патологически изменённый ген (или группа генов), содержащий необратимые нарушения в структуре ДНК. Такой повреждённый ген присутствует во всех клетках организма.

Этническая предрасположенность. Рассеянный склероз преимущественно поражает представителей европеоидной (белой) расы. Люди других рас подвержены этому заболеванию значительно реже — примерно в два раза. Что касается представителей монголоидной расы, то они практически не сталкиваются с рассеянным склерозом, однако среди них чаще диагностируется другое демиелинизирующее заболевание — нейрооптикомиелит.

Общеизвестно, что рассеянный склероз чаще встречается у женщин, чем у мужчин. Женщины страдают этим заболеванием в 2,5 раза чаще. С точки зрения генетики, мужчины и женщины различаются лишь одной хромосомой: у женщин две хромосомы «X», а у мужчин — одна «X» и одна «Y». Однако специфических генетических связей с «X»-хромосомой обнаружено не было. На сегодняшний день считается, что повышенная распространенность рассеянного склероза у женщин обусловлена преимущественно особенностями физиологии женского организма, включая различия в гормональном фоне. Также предполагается, что женщины могут быть более восприимчивы к воздействию внешних и экологических факторов, что требует дальнейшего изучения.

Вирус Эпштейна-Барра (ВЭБ) выявляется у 94% населения, но среди пациентов с рассеянным склерозом зараженность почти достигает 100%. Это свидетельствует о крайне низкой вероятности развития рассеянного склероза у людей, не инфицированных этим вирусом. Интересно, что увеличение уровня антител к ВЭБ часто наблюдается за несколько лет до первых проявлений заболевания. Однако, несмотря на столь убедительные доказательства, методы предотвращения заражения ВЭБ еще не разработаны. Вакцины против этого вируса не существует и в ближайшем будущем не предвидится.

Люди болеют рассеянным склерозом в 1,5 раза чаще, если речь идет о курении, а что касается нюхательного табака, то данная привычка не увеличивает шанс заболеть.

Географическое положение проживания оказывает заметное влияние на частоту возникновения рассеянного склероза. Многолетние исследования показали, что жители северных широт умеренного климатического пояса более подвержены этому заболеванию по сравнению с теми, кто живет ближе к южным широтам. Установлено, что вероятность развития рассеянного склероза возрастает у людей, проживающих в регионах умеренного климата, расположенных между субтропическим и полярным поясами, включая территории за Полярным кругом.

В Санкт-Петербурге и его окрестностях рассеянный склероз встречается в два раза чаще, чем в Краснодарском крае. Однако современные исследования, учитывающие миграционные процессы, показали интересную закономерность: если ребенок переезжает в новый регион до достижения подросткового возраста (примерно в 10 лет), вероятность заболевания рассеянным склерозом будет соответствовать рискам в новом месте проживания. В случае миграции в более зрелом возрасте риск остается на уровне региона, откуда человек переехал. Установлено, что поддержание оптимального уровня витамина D (25-ОН) может уменьшить вероятность развития рассеянного склероза на 40%. Для повышения уровня витамина D,

помимо приема препаратов, таких как колекальциферол (например, вигантол в России), рекомендуется регулярное употребление рыбы.

Выводы по первой главе:

1. Рассеянный склероз представляет собой хроническое заболевание, характеризующееся демиелинизацией, которая обусловлена аутоиммунными и нейродегенеративными процессами, вызывающими множественные очаговые и диффузные поражения центральной нервной системы.

2. Эмоциональные состояния определяют качество жизни, влияют на мотивацию и принятие решений, а их дисфункция может привести к значительным психологическим и соматическим последствиям. Рассеянный склероз характеризуют как непредсказуемое неврологическое заболевание. Люди с рассеянным склерозом сталкиваются с широким спектром физических и эмоциональных проявлений, включая депрессию, чувство тревоги, постоянную усталость и беспокойство.

3. Одними из характерных признаков рассеянного склероза выступают когнитивные нарушения и изменения психических функций. У пациентов с этим заболеванием часто наблюдаются тревожные и депрессивные состояния как сопутствующие симптомы. Согласно статистике, около 30% больных рассеянным склерозом сталкиваются с проявлениями тревоги и депрессии.

4. Эмоции и эмоциональные состояния являются фундаментальными компонентами психической жизни человека. Они обеспечивают связь между внутренними процессами и внешними событиями, формируя основу адаптации к окружающей среде.

5. Рассеянный склероз тесно связан с состоянием психологического здоровья. В 1997 году Дубровина впервые ввела термин «психологическое», применив его в контексте описания психологического здоровья. По мнению

автора, этот термин охватывает всю личность человека и выделяет психологическую составляющую проблемы психического здоровья, отличая ее от социальных, медицинских и философских аспектов.

6. Основу психических расстройств составляют органические нарушения функционирования мозга и гормональные заболевания. Задача поддержания психологического здоровья населения возложена на психологию. Хотя нарушения психологического здоровья могут быть связаны с органическими изменениями в мозге, чаще они обусловлены искаженной системой убеждений человека.

7. Исследования показали, что у людей с рассеянным склерозом, одновременно испытывающих различные эмоциональные нарушения (такие как тревожность, агрессивность и депрессия), наблюдается снижение адаптационного потенциала личности. В то же время, при наличии лишь одного из этих эмоциональных нарушений значительных личностных отклонений не выявляется. Кроме того, у данной группы пациентов отмечается выраженная склонность к открытому проявлению агрессии и усиленное чувство вины.

8. Депрессия оказывает более значительное влияние на контроль над заболеванием и восприятие собственной эффективности, особенно в аспекте автономности и психологического состояния, по сравнению с тревогой. Совместное присутствие депрессии и тревоги существенно усугубляет выраженность симптомов, снижает эффективность лечения, ухудшает психологическое благополучие и качество жизни.

9. Повышенная распространенность рассеянного склероза среди женщин, вероятно, обусловлена особенностями физиологических процессов в женском организме, включая различия в гормональном фоне. Также у женщин отмечается повышенная чувствительность к внешним экологическим воздействиям и ярко выраженная эмоциональность, что может усиливать предрасположенность к заболеванию.

ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ЛИЦ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

2.1. Модель, методы и организация исследования

Цель исследования: изучение специфики эмоциональных состояний у людей с рассеянным склерозом. Работа была организована поэтапно, что включало тщательное планирование, создание экспериментальных протоколов и сценариев, а также строгий контроль на всех этапах проведения исследования.

Каждый этап был детально проработан, начиная с разработки протоколов и сценариев эксперимента и заканчивая обеспечением точного соблюдения всех процедур в ходе исследования.

Этап 1. Подготовительный. На этом этапе был проведен анализ научной литературы и исследований, связанных с выбранной темой. Были изучены ключевые работы, что позволило провести детальную аналитическую оценку существующих теорий и методологических подходов. Такой анализ способствовал более глубокому пониманию современных научных подходов и позиций, связанных с рассматриваемой проблемой.

Этап 2. Построение комплексной модели исследования. Была разработана структурированная модель, включающая четкое определение основных компонентов и их детализированный анализ. Были выбраны и формализованы параметры и индикаторы оценки, что позволило упорядочить процесс исследования. Эта модель обеспечила системный подход к изучению ключевых аспектов темы и позволила эффективно измерять их. Также был создан подробный план эксперимента, который включал выбор критериев оценки, методы сбора данных, временные рамки и показатели успешности. Такой подход обеспечил основу для качественного и целенаправленного проведения исследования.

Этап 3. Подбор психодиагностических методик. Были выбраны психодиагностические инструменты, соответствующие разработанной модели исследования, что позволило обеспечить комплексную оценку изучаемых компонентов. На этом этапе также проводился тщательный отбор участников, учитывающий их соответствие цели исследования. Такой подход гарантировал достоверность и точность полученных данных, создавая надежную основу для последующего анализа и формулирования выводов в рамках исследуемой темы.

Этап 4. Проведение экспериментальной части исследования. Экспериментальная работа осуществлялась с точным соблюдением научных методических требований. В ходе эксперимента применялись современные технологии и инструменты сбора данных, что обеспечило высокую надежность и объективность полученных результатов.

Этап 5. Анализ данных. Собранные данные прошли всесторонний статистический анализ, включающий как количественную, так и качественную обработку. Это позволило получить надежную и детализированную информацию для дальнейшего изучения. Результаты эксперимента были представлены в виде таблиц и графиков, что способствовало их визуализации и облегчило процесс интерпретации.

Таким образом, экспериментальная часть исследования предусматривала не только выполнение намеченного плана, но и ориентацию на достижение максимально точных и значимых результатов

Задачей исследования являлось: выявление актуальных стратегий управления эмоциональными состояниями у людей с рассеянным склерозом, а также их детальный анализ.

Этапы проведения исследования. Работа проводилась в четыре этапа: с сентября по октябрь 2022 года; с ноября 2023 по сентябрь 2024 года; с сентября по октябрь 2024 года; и с октября по ноябрь 2024 года.

В исследовании приняли участие 30 человек с диагнозом рассеянный склероз, получающие препараты, направленные на модификацию течения

заболевания (ПИТРС). Возраст участников варьировался от 15 до 45 лет, со средним значением 24 ± 9 лет. Средний балл по расширенной шкале инвалидизации Дж. Куртцке (Expanded Disability Status Scale, EDSS) составил $1,7 \pm 1,3$, а средняя длительность заболевания — 7 ± 5 лет. Перед началом исследования каждому участнику была предоставлена полная информация о его целях и задачах.

Лица с диагнозом рассеянный склероз отбирались на основе критериев, включающих подтвержденный диагноз рассеянного склероза в соответствии с критериями В.И. Макдональда (2010, 2017), а также готовность к участию в исследовании и способность выполнять его задания. Исключались лица, отказавшиеся от дальнейшего применения назначенных ПИТРС или принимавшие антидепрессанты в течение шести месяцев, предшествующих опросу.

Для реализации поставленной цели и решения задач исследования была разработана специализированная модель, предназначенная для анализа особенностей эмоциональных состояний у людей с рассеянным склерозом.



Рисунок 1. Модель эмоциональных состояний лиц с рассеянным склерозом

Разработанная модель эмоциональных состояний лиц с рассеянным склерозом включает в себя три основных компонента: эмоциональный, регуляторный и когнитивный. Вышеперечисленные компоненты также включают в себя параметры, анализ которых в совокупности позволит изучить психоэмоциональное состояние лиц с рассеянным склерозом.

Эмоциональный компонент заключается в выявлении различных психоэмоциональных трудностей, причиной которых являются изменения в жизнедеятельности вследствие постановки диагноза, что может проявляться в пониженном мотивационном уровне.

Регуляторный компонент направлен на умение анализировать собственные переживания, а также на способность контролировать и управлять собственными эмоциональными состояниями. Компонент включает в себя также способность к рефлексии и сниженный эмоциональный самоконтроль.

Когнитивный компонент основан на оценке у лиц с рассеянным склерозом понимания и принятия диагноза, а также адаптации к его постановке.

Рассеянный склероз представляет собой хроническое заболевание, характеризующееся демиелинизацией, которая развивается в результате аутоиммунных и нейродегенеративных процессов. Эти процессы вызывают множественные очаговые и диффузные повреждения центральной нервной системы [18]. Первые симптомы заболевания, как правило, носят непостоянный и неспецифичный характер. Пациенты часто сообщают о нарушении зрения, двоении в глазах, проблемах с координацией движений, повышенной утомляемости и снижении чувствительности в конечностях.

С момента возникновения первых симптомов до развития стойких неврологических нарушений может пройти несколько лет. На начальном этапе

пациенты чаще обращаются к врачам общей практики, прежде чем получить консультацию у невролога..

Диагноз рассеянного склероза подтверждается с использованием критериев В.И. Макдональда (2010, 2017) и требует детальной дифференциальной диагностики для исключения других системных и демиелинизирующих патологий [56].

Во время ожидания подтверждения диагноза пациенты чаще всего сосредотачиваются на выраженных неврологических симптомах, которые приобретают для них наибольшую значимость. В то же время такие проявления, как повышенная тревожность, эмоциональная нестабильность, общая слабость, утомляемость, снижение продуктивности, раздражительность, потеря веса, головные боли и нарушения сна, остаются на заднем плане [23].

Глубокий психологический анализ выявляет, что на начальных этапах заболевания тревожные расстройства наблюдаются у 60–80% пациентов с рассеянным склерозом, депрессивные состояния — у 63%, а проявления агрессивного поведения фиксируются в 35% случаев [12].

Сумма различных эмоциональных нарушений вызывает выраженную дезадаптацию личности и заметно ухудшает качество жизни лиц страдающих рассеянным склерозом [22]. Однако при наличии лишь одного типа эмоционального расстройства такие изменения личности, как правило, отсутствуют [24]. Предполагается, что депрессивные проявления у людей с рассеянным склерозом могут быть обусловлены либо реакцией на ограничивающее заболевание, либо результатом очагового поражения мозга [60].

Существуют сведения, предполагающие, что психологическая травма или стресс могут способствовать развитию либо обострению рассеянного склероза [23].

До начала исследования участники либо подписывали письменное информированное согласие, либо устно подтверждали свое участие после

ознакомления с условиями. Выбор проводился на основании четко определенных критериев включения, включая наличие диагностированного рассеянного склероза по критериям В.И. Макдональда (2010, 2017), готовность к взаимодействию и способность выполнять исследовательские задания. Критериями исключения служили отказ от продолжения приема назначенных ПИТРС или использование антидепрессантов в течение шести месяцев, предшествующих началу опроса.

Многие исследователи отмечают, что неврологические нарушения у пациентов с рассеянным склерозом часто сопровождаются развитием психических расстройств, среди которых наиболее распространены когнитивные дисфункции и тревожно-депрессивные состояния.

Результаты исследований подтверждают, что психологическая коррекция играет важную роль в стабилизации психоэмоционального состояния и улучшении качества жизни пациентов с этим диагнозом. В связи с этим становится актуальной задача разработки медико-психологических программ сопровождения пациентов в процессе лечения и реабилитации, направленных на повышение их адаптивных возможностей и улучшение общего качества жизни.

Исследование эмоциональной сферы рекомендуется осуществлять с использованием методов экспериментально-психологической диагностики.

В ходе исследования использовались следующие методические инструменты: шкала EDSS (для оценки степени неврологических поражений при рассеянном склерозе по методике Дж. Куртцке), симптоматический опросник SCL-90 [8], а также социокультурная анкета [12]. Для анализа данных использовались методы математической статистики, включая *t*-критерий Стьюдента и *z*-критерий, для оценки достоверности различий.

Для выявления депрессивных состояний применялись шкала депрессии, разработанная А. Беком, и методика самооценки депрессии, созданная специалистами НИИ им. В.М. Бехтерева [7].

Обследование предусматривает применение опросников для

определения уровня реактивной и личностной тревожности по методике Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина, а также шкалы астенического состояния (ШАС), созданной Л.Д. Малковой и адаптированной Т.Г. Чертовой на базе Миннесотского многоаспектного личностного опросника (Minnesota Multiphasic Personality Inventory).

Совладающее поведение оценивается посредством методики Э. Хейма, направленной на изучение копинг-механизмов, и опросника «Стратегии совладания со стрессом» (Coping Orientation to Problems Experienced Inventory, COPE). Данный инструмент разработан на основе опросника «Методы совладающего поведения» (Ways of Coping Questionnaire) и основан на концепции саморегуляции поведения [12]

Для анализа количественных данных использовался U-критерий Манна-Уитни. Направление и степень корреляции между количественными переменными с ненормальным распределением оценивались с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r_s). Статистическая значимость различий в средних абсолютных и относительных показателях, а также коэффициентах ассоциации определялась при уровне значимости $p < 0,05$.

В исследовании применялись следующие методики:

**1. Методика «Шкала депрессии» А. Бека, в адаптации
Н.В.Тарабриной (1992)**

Данное исследование было выбрано с целью диагностики уровня депрессивного состояния испытуемых. Для описания диагностируемого состояния характерны такие показатели, как подавленное настроение, чувство вины, низкая самооценка, утрата интересов и физических сил. Диагностируемое состояние часто сопровождает хронические заболевания, включая рассеянный склероз.

Данное исследование представляет собой опросник, состоящий из 21 утверждения, каждое из которых отражает различные аспекты депрессивного

состояния: эмоциональные переживания, когнитивные и поведенческие нарушения, а также физические симптомы. Этот опросник предлагается пройти испытуемому для выявления уровня депрессии.

Участнику предлагается прочитать каждое из 21 утверждения и выбрать один из четырех вариантов, наиболее точно описывающий его состояние за последние две недели. Варианты оцениваются по шкале от 0 до 3 баллов, отражая возрастание интенсивности проявлений, где самое слабое проявление «0» баллов — отсутствие признака, а напротив, самое сильно выраженное проявление, «3» балла.

Суммарный балл рассчитывается по всем утверждениям, где более высокие значения указывают на более высокий уровень депрессии.

Важным руководством к проведению данного исследования является ограничение по времени: участник должен завершить опрос в течение 10–15 минут. Данная методика широко используется для диагностики депрессивных состояний, их степени выраженности и динамики изменений в процессе психотерапевтического или медикаментозного лечения.

2. Методика «Шкала астенического состояния (ШАС)»

Л.Д. Малковой, Т.Г. Чертовой (1999)

Данное исследование было выбрано с целью диагностики уровня депрессивного состояния. Для описания диагностируемого состояния характерны такие показатели, как подавленное настроение, чувство вины, низкая самооценка, утрата интересов и физических сил. Диагностируемое состояние часто сопровождает хронические заболевания, включая рассеянный склероз.

Данное исследование представляет собой опросник, состоящий из 21 утверждения, каждое из которых отражает различные аспекты депрессивного состояния: эмоциональные переживания, когнитивные и поведенческие

нарушения, а также физические симптомы. Этот опросник предлагается пройти испытуемому для выявления уровня депрессии.

Участнику предлагается прочитать каждое из 21 утверждения и выбрать один из четырёх вариантов, наиболее точно описывающий его состояние за последние две недели. Варианты оцениваются по шкале от 0 до 3 баллов, отражая возрастание интенсивности проявлений, где 0 баллов, это отсутствие признака, а 3 балла-сильно выраженное проявление соответственно.

Суммарный балл рассчитывается по всем утверждениям, где более высокие значения указывают на более высокий уровень депрессии.

Важным руководством к проведению данного исследования является ограничение по времени: участник должен завершить опрос в течение 10–15 минут. Данная методика широко используется для диагностики депрессивных состояний, их степени выраженности и динамики изменений в процессе психотерапевтического или медикаментозного лечения.

3. Методика «копинг-механизмов» Э. Хейма в адаптации Л.И. Вассермана (2000)

Данное исследование было выбрано с целью диагностики индивидуальных стратегий совладания со стрессовыми ситуациями. Для описания диагностируемого состояния характерны такие показатели, как использование адаптивных и неадаптивных способов преодоления трудностей, уровень эмоциональной регуляции и способность сохранять эффективность в условиях стресса. Диагностируемое состояние актуально для людей, столкнувшихся с хроническими заболеваниями, такими как рассеянный склероз.

Данное исследование представляет собой опросник, включающий 45 утверждений, каждое из которых отражает различные аспекты копинг-поведения: активное решение проблем, избегание, эмоциональная реакция,

поиск социальной поддержки и другие стратегии. Этот опросник предлагается пройти испытуемому для выявления доминирующих копинг-механизмов.

Участнику предлагается прочитать и оценить каждое из 45 утверждений в соответствии с тем, как часто он использует указанный способ поведения в стрессовых ситуациях. Ответы оцениваются по шкале от 0 до 3 балла, где «0» баллов — никогда не использую, а «3» балла, самое частое поведение—«всегда использую».

Выраженность каждого копинг-механизма оценивается суммой баллов по соответствующей шкале, что позволяет определить преобладающие стратегии совладания со стрессом.

Важным руководством к проведению данного исследования является ограничение по времени: участник должен пройти опрос в течение 15–20 минут. Данная методика используется для анализа индивидуальных особенностей совладания со стрессом, выявления эффективных и неэффективных стратегий, а также разработки рекомендаций по коррекции неадаптивного поведения.

4. Методика «Шкала тревожности» Спилберга-Ханина» (1970)

Представленное исследование предлагалось испытуемым, с целью диагностики уровня тревожности, включая ситуативную тревожность (связанную с конкретными обстоятельствами) и личностную тревожность (устойчивую склонность к тревожным реакциям). Для описания диагностируемого состояния характерны такие показатели, как эмоциональное напряжение, чувство беспокойства, снижение уверенности в себе и чрезмерная сосредоточенность на стрессовых факторах. Это состояние часто сопутствует хроническим заболеваниям, таким как рассеянный склероз.

Данное исследование представляет собой опросник, состоящий из двух частей. Каждая из частей состоит из 20-ти вопросов, и отвечает за сбор

информации по отдельным видам тревожности - ситуативной и личностной. Шкала ситуативной тревожности (STAI-S) оценивает уровень тревожности в конкретный момент времени, а Шкала личностной тревожности (STAI-T) общую предрасположенность к тревожным состояниям.

Участнику предлагается прочитать каждое из 40 утверждений и оценить его по четырёхбалльной шкале, где «0» — совсем не соответствует, а 4 балла — полностью соответствует.

Выраженность ситуативной и личностной тревожности оценивается по сумме баллов, где более высокие значения указывают на более выраженную тревожность.

Важным руководством к проведению данного исследования является ограничение по времени: участнику необходимо пройти опрос в течение 10–15 минут. Данная методика широко применяется для выявления тревожных состояний, дифференциации их видов и мониторинга динамики изменений в процессе лечения или психотерапии.

2.2. Особенности эмоциональных состояний лиц с рассеянным склерозом

Депрессия широко распространена среди лиц с рассеянным склерозом, охватывая от 30% до 40% случаев на протяжении жизни. Ее возникновение связано с сочетанием биологических и психологических факторов. Биологические причины включают повреждение определенных областей мозга и более тяжелое течение заболевания в таких случаях. Психологические аспекты, такие как неопределенность и непредсказуемость развития болезни, также играют значимую роль в формировании депрессии. К дополнительным факторам риска относятся молодой возраст, низкий уровень образования и ограниченная социальная поддержка. Депрессия может усиливать симптомы, снижать эффективность терапии, увеличивать вероятность суицидальных мыслей и попыток, а также существенно ухудшать качество жизни. Кроме того, тревожные расстройства диагностируются у 36% участников с

рассеянным склерозом, а на ранних стадиях заболевания их частота колеблется от 34% до 70%.

Тревожные расстройства возникают под влиянием как биологических, так и психосоциальных факторов. К биологическим причинам относятся нарушения в функционировании нейронных сетей, затрагивающие миндалевидное тело, базальные ганглии и кору головного мозга, а также сбои в работе различных нейромедиаторных систем.

С психосоциальной точки зрения тревога у людей с диагностированным рассеянным склерозом чаще наблюдается у женщин, при более короткой длительности болезни, низком уровне инвалидизации, раннем возрасте начала заболевания и наличии депрессии в анамнезе. Среди дополнительных факторов риска выделяются склонность к злоупотреблению психоактивными веществами, высокая социальная нагрузка и недостаточная поддержка со стороны окружающих. Последствия тревожных состояний во многом аналогичны депрессивным: ухудшение качества жизни, несоблюдение рекомендованного лечения и рост суицидальных мыслей. Следует отметить, что тревога и депрессия часто проявляются совместно, что делает их коморбидность типичным явлением для пациентов с хроническими заболеваниями.

Данные свидетельствуют о том, что в общей популяции 57% людей, страдающих депрессией, одновременно сталкиваются с тревожными расстройствами, а у 28% участников с тревогой выявляется сопутствующая депрессия. Ключевыми факторами риска развития коморбидных состояний выступают пожилой возраст, безработица, низкий образовательный уровень и женский пол. Несмотря на ограниченность исследований коморбидности депрессии и тревоги (ИБС) при рассеянном склерозе, их результаты показывают, что такое сочетание значительно тяжелее влияет на пациентов с этим и другими хроническими заболеваниями по сравнению с изолированными проявлениями депрессии или тревоги. Это выражается в существенном ухудшении качества жизни, усилении проявлений болезни,

учащении мыслей о причинении вреда себе и снижении способности к социальной адаптации.

Исследование, посвященное особенностям соматического и психического состояния пациентов с рассеянным склерозом, выявило, что наиболее частыми жалобами являются нарушение устойчивости при ходьбе (80,77%), среди респондентов 76,92% указали на быструю утомляемость при физических нагрузках. Более 69% участников отмечали слабость в руках и ногах, 64,42% сообщали о периодическом головокружении и болях в голове, а 57,69% сталкивались с проблемами сохранения равновесия.

Пациенты также сообщали о таких симптомах, как онемение, ощущение «стягивания», «гусиная кожа» и дрожь в конечностях (48,08%), нарушения работы тазовых органов (48,08%), проблемы со зрением (35,58%) и речевые расстройства (23,08%). Психическое состояние пациентов характеризовалось сильной астенизацией (76,92%), подавленным настроением (37,50%), снижением концентрации внимания и ухудшением памяти (34,62%), проблемами со сном (18,27%) и повышенной сонливостью (5,77%), нервозностью (18,27%), склонностью к слезливости (11,54%), беспокойством (6,73%) и страхами (2,88%). У ряда пациентов наблюдались признаки паралогических защитных механизмов: 44,23% были уверены в существовании порчи, а 37,5% не исключали такой возможности.

Только 18,27% пациентов не придерживаются подобных убеждений. В сложных и неразрешимых ситуациях 38,46% предпочитают обращаться за поддержкой к родственникам, 36,54% стремятся справляться с трудностями самостоятельно, и лишь 17,31% готовы искать помощь у профильных специалистов.

Многие пациенты недооценивают тяжесть своего состояния. Значительная часть не придает особого значения своему заболеванию (39,42%), воспринимает себя как относительно здоровых (3,85%), либо считает свои проблемы со здоровьем редкими (6,73%) или временными

(19,23%). Только 17,31% пациентов осознают свою болезнь как серьезное состояние.

Большинство пациентов (89,42%) считают необходимым получение квалифицированной медицинской помощи. Однако небольшая часть надеется на собственные ресурсы организма (2,88%), обращается к народной медицине (2,88%), религии (2,88%) или магии (1,92%). Среди пациентов нередко встречаются нереалистичные представления о результатах лечения. Так, 47,12% полагают, что терапия приведет к постепенному выздоровлению, а 2,88% ожидают быстрого восстановления. При этом 28,85% рассчитывают на временное облегчение симптомов, 16,35% надеются на незначительное улучшение, а 4,81% уверены в полной бесполезности проводимого лечения.

Стандартизированное исследование, проведенное для количественной оценки тяжести состояния пациентов с использованием шкалы EDSS, показало, что течение заболевания у пациентов с вторично-прогрессирующим типом рассеянного склероза значительно тяжелее, чем у больных с ремиттирующим типом ($p < 0,001$). Наиболее распространенными состояниями среди пациентов были астенический синдром (31,73%) и астеноневротический синдром (34,62%), а также когнитивные нарушения (25%). У меньшей части пациентов выявлялись депрессивный синдром (9,62%) и тревожное расстройство (4,81%).

Участники исследования имели диагноз ремиттирующего рассеянного склероза. При анализе эмоционального состояния испытуемые были разделены на две группы: с депрессивными симптомами и без них.

Группа участников без признаков депрессии составила 40,0% ($n = 12$), среди которых мужчины составляли 41,7% ($n = 5$), а женщины — 58,3% ($n = 7$). Средний возраст постановки диагноза составлял 32 ± 10 лет, в то время как первые клинические проявления фиксировались примерно в 26 ± 10 лет. Уровень инвалидизации по шкале EDSS в данной группе в среднем составил $1,4 \pm 0,9$ балла.

Группа участников с рассеянным склерозом, у которых были выявлены депрессивные расстройства, составила 60,0% (n = 18). Мужчины и женщины в этой группе оказались равномерно представлены — по 9 человек. Средний возраст постановки диагноза составлял 35 ± 10 лет, в то время как первые симптомы неврологических нарушений в среднем проявлялись в 32 ± 10 лет. Средний показатель инвалидизации по шкале EDSS на момент диагностики составил $1,9 \pm 1,6$ балла.

Таблица 1. Результаты изучения наличия депрессии лиц с рассеянным склерозом по методике «Шкала депрессии» А. Бека, в адаптации Н.В. Тарабриной (1992)

Без депрессии	Кол-во, чел.	%	С депрессией	Кол- во, чел	%
менее 9 баллов	12	40,00	10-18 баллов	6	20,00
			19-29 баллов	12	40,00
			30-63 балла	0	0,00
Без депрессии	Кол-во, чел.	%	С депрессией	Кол- во, чел	%
всего	12	40,00		18,00	60,00

У испытуемых с рассеянным склерозом были зафиксированы состояния, варьирующие от расстройств адаптации (МКБ-10: F43.2) в 16,7% случаев (n = 3) до аффективных нарушений, включая депрессивные эпизоды (77,8%; n = 14) и рекуррентную депрессию (5,6%; n = 1), отнесенные к категории F3 «Расстройства настроения (аффективные расстройства)» согласно классификации МКБ-10.

Тяжесть депрессивных состояний варьировалась от легкой степени (33,3%; n = 6) до умеренной (66,7%; n = 12). Начальные признаки депрессии проявлялись в виде эмоциональных нарушений: сниженного или колеблющегося настроения, раздражительности, а также вегетативной

нестабильности, выражающейся общей слабостью, быстрой утомляемостью, головными болями, нарушением сна, тревожными состояниями и снижением массы тела. Несмотря на заметные эмоциональные нарушения, испытуемые зачастую не придавали этим проявлениям должного значения.

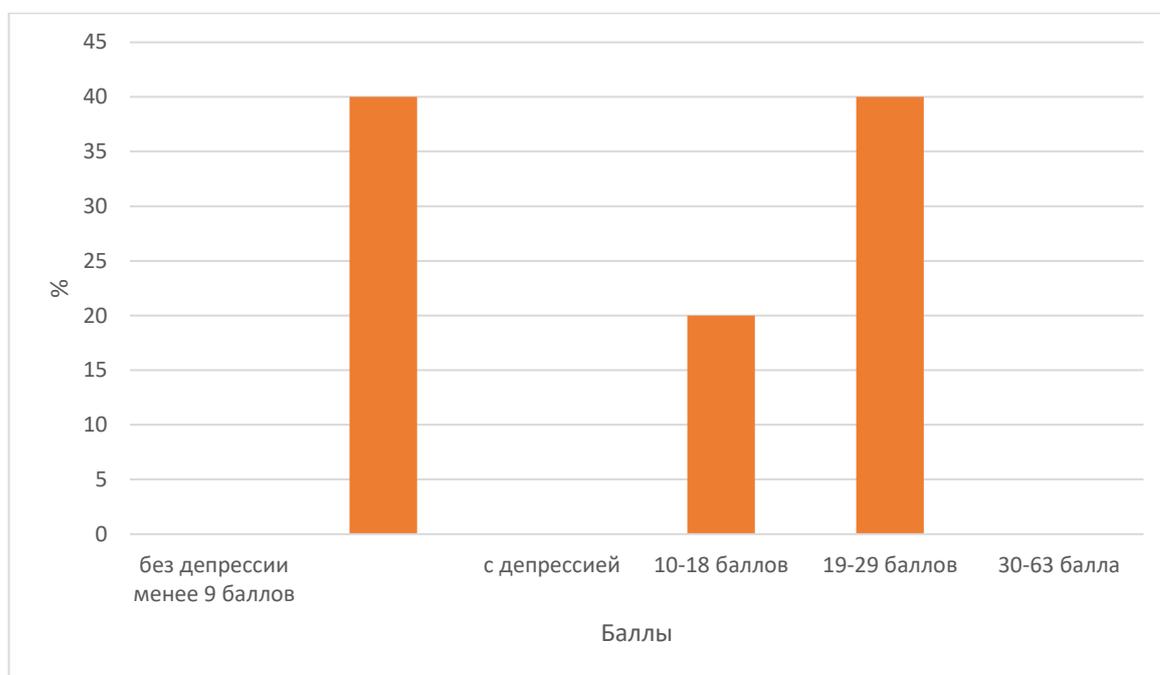


Рисунок 2. Гистограмма 1. Результаты изучения наличия депрессии лиц с рассеянным склерозом по методике «Шкала депрессии» А. Бека, в адаптации Н.В. Тарабриной (1992), %

Тестирование испытуемых с рассеянным склерозом с использованием шкалы самооценки депрессии показало, что на ранних стадиях заболевания они не ассоциируют свое эмоциональное состояние с депрессивным расстройством (средний балл составил 39 ± 10 , что соответствует отсутствию депрессии). Однако участники исследования связывали появление первых неврологических симптомов с перенесенным стрессом в течение предшествующих шести месяцев ($r_s = 0,53$).

Сравнительный анализ групп показал, что испытуемые с депрессией в среднем были старше тех, у кого депрессия отсутствовала: их возраст составлял 35,33 года против 31,92 года соответственно. Первые проявления

болезни в этой группе наблюдались около 30 лет (средний возраст 31,83 года по сравнению с 25,8 года у пациентов без депрессии), что совпадает с кризисным возрастным этапом. В этот период люди чаще ориентируются на собственные силы и начинают подводить итоги своей жизни, оценивая достижения, неудачи и сравнивая себя с ровесниками [14].

Данное исследование было выбрано с целью диагностики уровня астенического состояния. Для описания диагностируемого состояния, характерны такие показатели как: усталость, физическая слабость, психоэмоциональное истощение. Диагностируемое состояние зачастую сопровождается хроническими заболеваниями, в их число входит и рассеянный склероз.

Данное исследование представляет собой опросник, состоящий из 30 утверждений, отражающих различные аспекты астении: эмоциональное истощение, когнитивные нарушения, соматические жалобы и снижение активности, этот опросник предлагается пройти испытуемому.

Участнику предлагается прочитать и оценить в соответствии со своим состоянием каждое из 30-ти утверждений, по шкале от 0 - 3 баллов. Выраженность каждого проявления, оценивается количеством баллов, по возрастанию интенсивности ощущений. Где 0 – утверждение не соответствует реальному состоянию, «3» — полностью соответствует состоянию испытуемого. Важным руководством к проведению данного исследования, является то, что оно ограничено по времени, опрос необходимо пройти в течении 10 минут.

Данное состояние характеризуется проявлением, Астенического синдрома, который чаще встречался у мужчин (16,00%), тогда как среди женщин преобладали астенические нарушения (17,72%). Во второй группе испытуемых частота астенических симптомов была значительно выше ($p < 0,05$).

Согласно полученным данным, психологическое состояние испытуемых с рассеянным склерозом характеризуется высоким уровнем психического дистресса.

Таблица 2. *Результаты изучения астенического состояния лиц с рассеянным склерозом по методике «Шкала астенического состояния (ШАС)» Л. Д. Малковой, Т. Г. Чертовой (1999)*

Параметры	Без депрессии		С депрессией	
	Абсолютные значения, чел.	%	Абсолютные значения, чел.	%
Астения	7	23,33	23	76,67

Психическое состояние испытуемых включает как адаптивные, так и дезадаптивные аспекты. К дезорганизирующим факторам можно отнести завышенные ожидания от лечения, наличие различных психических расстройств и магические представления о причинах заболевания. В то же время к ресурсным факторам относятся положительное восприятие собственного здоровья, доступность медицинской помощи и поддержка со стороны близких и окружения.

Диагностика астенических нарушений с использованием шкалы ШАС показала наличие симптомов повышенной утомляемости у пациентов. Больные с рассеянным склерозом чаще жаловались на усталость и быструю утомляемость по сравнению с другими группами.

Статистический анализ выявил значимые различия ($p < 0,05$) между испытуемыми с рассеянным склерозом без депрессии и второй группой с депрессией в степени выраженности астенических симптомов уже на этапе постановки диагноза.

У испытуемых с рассеянным склерозом и сопутствующей депрессией уровень астении был представлен клинически подтвержденными легкими астеническими симптомами.

«Шкала астенического состояния (ШАС)» Л.Д. Малковой, Т.Г.Чертовой (1999)

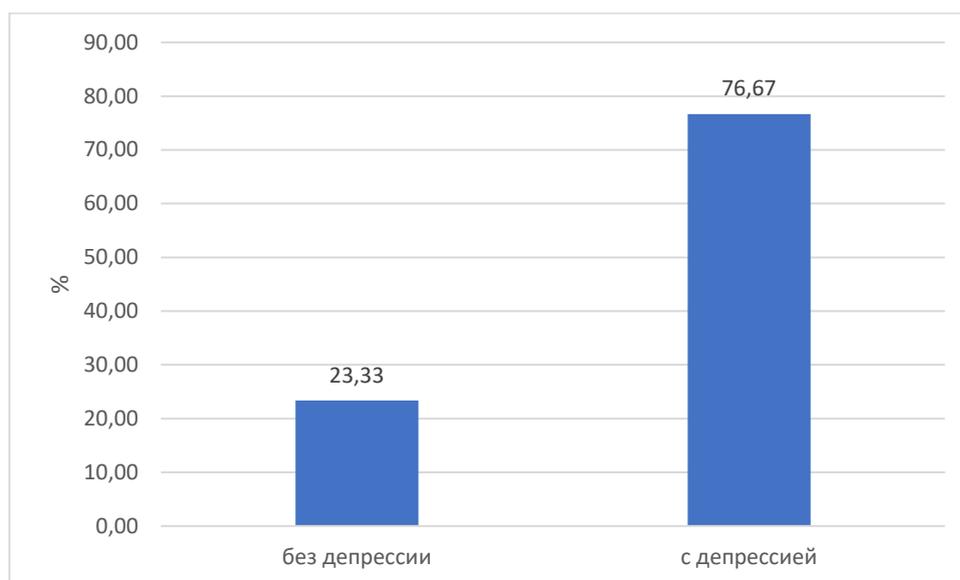


Рисунок 3. Гистограмма 2. *Результаты изучения астенического состояния лиц с рассеянным склерозом по методике «Шкала астенического состояния (ШАС)» Л. Д. Малковой, Т. Г. Чертовой (1999), %*

При этом, по показателям по пациентам с депрессией выявлены *статистически значимые отличия от группы без депрессии: $p < 0,05$.*

Оценка уровня тревожности с использованием теста Спилбергера – Ханина показала статистически значимые различия ($p < 0,05$) в реакции на заболевание между двумя группами испытуемых. В группе с рассеянным склерозом и депрессией выявлены высокая личностная тревожность (47,44 балла) и повышенная ситуативная тревожность (47,83 балла, $p < 0,05$), что отражает специфическую реакцию на болезнь и склонность к развитию тревожно-депрессивных состояний (см. *рис. 1*).

Кроме того, обнаружена умеренная положительная корреляция между уровнем личностной тревожности и прогрессирующим характером течения заболевания.

Такие испытуемые находятся в состоянии эмоционального напряжения, испытывают необъяснимое чувство опасности, ощущают неуверенность в собственных силах и направляют свои страхи на возможные события в будущем.

Вопросы, связанные с реакцией испытуемых с рассеянным склерозом на стрессовые ситуации и формированием копинг-стратегий, остаются недостаточно изученными. Тест Э. Хейма позволяет оценить способы реагирования в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах психической деятельности, а также определить механизмы совладания со стрессом.

Применение методики Э. Хейма у пациентов с рассеянным склерозом и депрессией выявило статистически значимое снижение эмоционального уровня ($p < 0,05$).

Таблица 3. *Результаты изучения совладающего поведения лиц с рассеянным склерозом по методике «копинг-механизмов» Э. Хейма, в адаптации Л.И. Вассермана (2000)*

Наличие депрессии	Когнитивный уровень стратегии, %	Эмоциональный уровень стратегии, %	Поведенческий уровень стратегии, %	Интегральный показатель, %
Без депрессии	2,00	2,75	2,17	6,62
С депрессией	1,78	2,17	1,83	5,78

Подобные испытуемые склонны использовать как относительно адаптивные, так и неадаптивные стратегии поведения, которые выражаются в стремлении к «эмоциональной разрядке» или перекладывании

ответственности за принятие решений в сложных ситуациях на других. Это указывает на ослабление их адаптационных механизмов и неспособность эффективно справляться со стрессом.

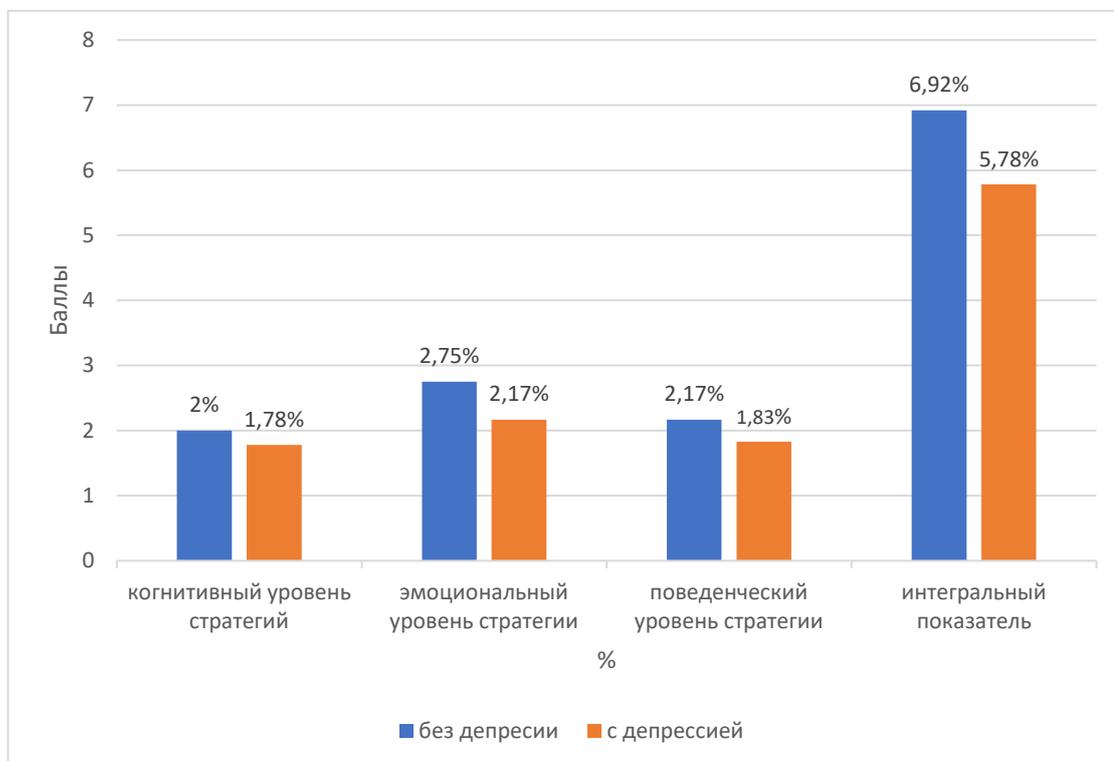


Рисунок 4. Гистограмма 3. Результаты изучения совладающего поведения лиц с рассеянным склерозом по методике «копинг-механизмов» Э. Хейма, в адаптации Л.И. Вассермана (2000), %

У испытуемых с депрессией были выявлены статистически значимые отличия по сравнению с группой без депрессии ($p < 0,05$). В группе испытуемых с рассеянным склерозом и депрессией отмечены значимые изменения ($p < 0,05$) в когнитивно-аффективной сфере. Испытуемые сосредотачиваются на негативных эмоциях и переживаниях, а их воспоминания часто сопровождаются чувством вины, направленным либо на самих себя, либо на окружающих.

Кроме того, пациенты с депрессией существенно чаще ($p < 0,05$) выбирали стратегию поведенческого избегания проблемы, выражающуюся в

отказе от планирования и активных действий, что позволяло им избежать стрессовых ситуаций.

Следование этой стратегии приводило к снижению уровня удовлетворенности жизнью и формированию ограничительного поведения.

Изучение уровня тревожности лиц с рассеянным склерозом по методике «Шкала тревожности» Спилберга-Ханина для оценки уровня тревожности»

Шкала тревожности Спилбергера-Ханина (STAI) — это психометрический инструмент для количественной оценки уровня тревожности человека. Разработана в 70-х годах XX века американскими психологами Чарльзом Спилбергером и Леонидом Ханиным.

Таблица 4. *Результаты изучения уровня тревожности лиц с рассеянным склерозом по методике «Шкала тревожности» Спилберга-Ханина (1970), %*

Уровень тревожности	Ситуативная тревожность, %	Личностная тревожность, %
Высокая тревожность 45 и более баллов	43	25
Умеренная тревожность 35-44 балла	33	31
Низкая тревожность менее 35 баллов	24	44

В результате исследования было установлено, что в ситуативной тревожности преобладают пациенты с высоким уровнем тревоги — 43%, на умеренный уровень приходится 33%, а низкий уровень отмечен у 24% участников.

В личностной тревожности наиболее значительная доля приходится на низкий уровень тревоги — 44%, высокий уровень наблюдается у 25% участников, тогда как 31% демонстрируют умеренную тревожность

Люди с высокой степенью ситуативной тревожности воспринимают угрозы для себя в более обширном диапазоне ситуаций. Они выражено реагируют на это. Если же техника показала высокую личностную тревожность, то человеку свойственна напряженность в различных ситуациях.

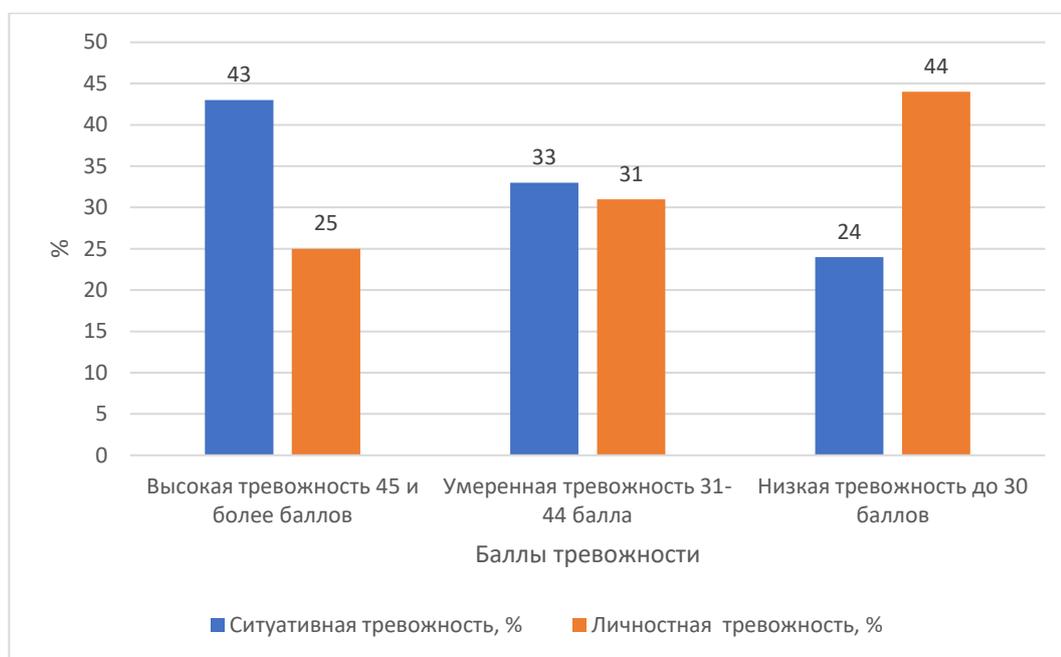


Рисунок 5. Гистограмма 4. Результаты изучения уровня тревожности лиц с рассеянным склерозом по методике «Шкала тревожности» Спилберга-Ханина для оценки уровня тревожности» (1970), %

Аффективные нарушения у испытуемых с рассеянным склерозом возникают задолго до обращения к врачу-психиатру. На этапе постановки диагноза не выявляется связь обнаруженных депрессивных симптомов с наличием депрессии в анамнезе, что исключает их затяжной характер. Чаще всего аффективные состояния носят смешанный характер с преобладанием тревожных проявлений. У участников фиксируется высокая личностная тревожность, а также установлена взаимосвязь заболевания с перенесенным стрессом.

Существует точка зрения, что усталость не связана с выраженностью неврологического дефицита, однако она значительно снижает

работоспособность испытуемых с рассеянным склерозом и нередко становится причиной депрессии [10, 26]. При этом разделить влияние депрессии и хронической усталости крайне сложно, так как их клинические проявления во многом схожи, несмотря на различие в причинах [27, 28].

Испытуемые с рассеянным склерозом и аффективными проявлениями уже на ранних стадиях заболевания чаще применяют как относительно адаптивные, так и неадаптивные стратегии поведения [5]. Они склонны сосредотачиваться на негативных эмоциях и переживаниях, а также прибегают к ограничительным формам поведения, не справляясь с воздействием стресса.

Анализ влияния депрессии и тревоги показал, что тревога оказывает более значительное воздействие на симптомы заболевания, чем депрессия. Интересно, что у участников с депрессией не было выявлено существенных отличий по сравнению с теми, кто не испытывал ни депрессии, ни тревоги. Однако наличие тревожного расстройства или их сочетание с депрессией сопровождалось выраженной усталостью, болевыми ощущениями и нарушениями сна.

Эти результаты демонстрируют, что степень выраженности астении у людей с депрессией была в три раза выше, а у тех, кто страдал тревожным расстройством, — в пять раз выше. Кроме того, люди с тревогой сообщали о болевых ощущениях в четыре раза чаще, даже если депрессия отсутствовала. В контексте лечения рассеянного склероза депрессия, вероятно, оказывает более значительное влияние на способность испытуемого управлять своим состоянием и ощущать эффективность в борьбе с заболеванием. Это также отражается на уровне автономии, определяемом показателями психологического благополучия. Данные свидетельствуют, что депрессия играет ключевую роль в восприятии человеком своей способности влиять на течение болезни и в уверенности в своих силах, независимо от мнения окружающих или социального давления. Общее чувство беспомощности, связанное с феноменом выученной беспомощности и неуверенностью в

принятии решений, чаще отражает симптомы депрессии, чем тревоги. Это может объяснить, почему депрессия оказывает более сильное влияние на этот аспект.

Неудивительно, что у участников с сочетанием тревоги и депрессии (ИБС) наблюдаются самые неблагоприятные показатели по всем аспектам: симптоматика, лечение, психологическое состояние и качество жизни. Такая тенденция характерна не только для общей популяции, но и для людей с рассеянным склерозом. Это поднимает вопрос о необходимости рассматривать тревогу и депрессию как отдельные или взаимосвязанные состояния.

Однако полученные данные позволяют четко разграничить их влияние на здоровье, психологическое благополучие и качество жизни. Таким образом, подчеркивается важность клинической диагностики и учета каждого из этих состояний при планировании лечения. Индивидуальный подход, ориентированный на потребности людей с рассеянным склерозом, и медицинское вмешательство играют ключевую роль. Трансдиагностическая терапия, вероятно, станет наиболее эффективным подходом, так как у участников с сочетанными расстройствами наблюдаются наиболее неблагоприятные показатели, что соответствует выводам предыдущих исследований.

Исследование демонстрирует, что депрессия оказывает более значительное влияние на управление заболеванием и восприятие собственной эффективности, особенно в аспектах автономии и психологического благополучия, по сравнению с тревогой. Одновременное наличие тревожных и депрессивных симптомов существенно ухудшает показатели симптоматики, эффективности лечения, психологического состояния и качества жизни. Разделение ролей тревоги и депрессии имеет важное значение при проведении клинической диагностики и разработке стратегий лечения. Для пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) перспективным направлением представляется трансдиагностический подход. Однако следует учитывать

ограничения исследования, включая особенности состава выборки и применяемые методики оценки тревожных и депрессивных состояний.

Выводы по второй главе:

1. Рассеянный склероз является одной из ключевых причин ограничения физической активности у людей трудоспособного возраста. Заболевание имеет хронический характер, развивается постепенно и длительно прогрессирует, приводя к ранней инвалидизации. Это сопровождается значительными материальными и социальными потерями как для испытуемого, так и для общества в целом.

2. Клинические проявления неврологических нарушений у людей с рассеянным склерозом нередко сочетаются с влиянием психосоциальных факторов, которые могут носить как адаптивный, так и дезадаптивный характер.

3. Результаты проведенного исследования позволяют специалистам разработать эффективные медико-психологические программы сопровождения людей с рассеянным склерозом. Эти мероприятия направлены на улучшение адаптационных возможностей и повышение качества жизни больных в процессе лечения и реабилитации.

4. Данные, полученные с использованием методики «Шкала астенического состояния (ШАС)», свидетельствуют о наличии симптомов повышенной утомляемости у испытуемых из исследуемых групп. Были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$) между группой людей с рассеянным склерозом без депрессии и группой с депрессией по степени выраженности астенических симптомов уже на этапе постановки диагноза. Уровень астении у участников с рассеянным склерозом и депрессией характеризовался клинически подтвержденными лёгкими проявлениями астении.

5. Результаты исследования, проведённого по методике «Шкала депрессии А. Бека», выявили статистически значимые различия ($p < 0,05$) между участниками с депрессией и без неё. У испытуемых с рассеянным склерозом и депрессией были зафиксированы существенные изменения ($p < 0,05$) в когнитивно-аффективной сфере: они склонны сосредотачиваться на негативных эмоциях и проявлениях, а их воспоминания часто сопровождалось чувством вины, направленным на себя или окружающих. Кроме того, участники с рассеянным склерозом и депрессией демонстрировали статистически значимые отличия ($p < 0,05$) в выборе поведенческой стратегии избегания проблем. Это проявлялось в отказе от планирования и активных действий с целью минимизации стрессового воздействия.

6. Исследование, проведённое с использованием методики Спилбергера-Ханина, выявило статистически значимые различия ($p < 0,05$) в реакциях на заболевание у испытуемых двух групп. В группе с рассеянным склерозом и депрессией была зафиксирована высокая личностная тревожность (47,44 балла), а также повышенная ситуативная тревожность (47,83 балла, $p < 0,05$). Эти показатели отражают реакцию личности на болезнь и предрасположенность к развитию тревожно-депрессивных состояний. Также была установлена умеренная положительная корреляция между уровнем личностной тревожности и прогрессирующим течением заболевания.

7. Выявленные аффективные нарушения существенно ухудшают общее состояние людей с рассеянным склерозом, снижают их стрессоустойчивость и адаптационные способности в социальной среде. Эти нарушения способствуют усложнению клинической картины и могут провоцировать прогрессирование заболевания.

8. Таким образом, аффективные нарушения, которые часто скрываются за неврологической симптоматикой, подчеркивают важность проведения нейропсихологической диагностики эмоциональной сферы, регулярных консультаций и динамического наблюдения. Уже на этапе постановки диагноза демиелинизирующего заболевания требуется

индивидуализированный подход к терапии, который должен осуществляться врачом-психиатром.

ГЛАВА 3. ПРОГРАММА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ЛИЦ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

3.1. Научно-методологические подходы к психологическому сопровождению эмоциональных состояний лиц с рассеянным склерозом

Рассеянный склероз способен вызывать физическую инвалидность и когнитивные расстройства, затрудняя мыслительные процессы, запоминание и обработку информации. У взрослых пациентов с этим диагнозом подобные нарушения наблюдаются у 45–65% случаев, оказывая наибольшее влияние на внимание, оперативность обработки информации, память, пространственное восприятие, а также на навыки планирования и выполнения сложных задач.

Есть существенная специфика в восприятии РС-клиентом-пациентом своего заболевания, осложнений и сопутствующих проблем. Часто затрагивающих не только внешнее проявление в виде нарушения координации движения (пошатывания, неустойчивости, тремора, пареза конечностей) [6], но также и эмоциональные состояния такие как астения, повышенная тревожность и депрессия.

Среди симптомов рассеянного склероза отмечаются нарушения работы органов таза, ухудшение зрения, мышечная спастичность, изменение чувствительности, а также проблемы с речью. Согласно Протоколу лечения пациентов с диагнозом «Рассеянный склероз» (утвержденному Минздравсоцразвития РФ 18.04.2005), нейропсихологические синдромы и психические расстройства выявляются у 90% пациентов. К ним относятся депрессия, тревожные состояния, синдром хронической усталости, эйфорическое состояние, сексуальные дисфункции, когнитивные проблемы (такие как нарушения памяти и внимания), а также расстройства сна [4]. Психологическая помощь, применяемая при рассеянном склерозе, позволяет снизить усиление астенического состояния, снизить тревожность, проявление депрессии, уменьшить страхи, принять заболевание; выработать

стратегию жизни с реальными ограничениями или возможными физическими ухудшениями; ориентироваться на будущее; совместно с психиатрами сопровождать больных с эндогенной депрессией. Взаимодействие с родственниками заболевшего улучшает микроклимат в семье, создает поддерживающую среду для больного с рассеянным склерозом.

При выборе стратегии лечения пациентов с рассеянным склерозом необходимо учитывать такие факторы, как степень клинической активности, вероятность прогрессирования заболевания, а также индивидуальные особенности пациента, включая его соматический анамнез. У больных рассеянным склерозом часто диагностируются сопутствующие состояния, такие как выраженная астеничность, тревожные расстройства, депрессивные эпизоды, артериальная гипертензия, гиперлипидемия, сердечно-сосудистые патологии и сахарный диабет.

Исследования демонстрируют наличие прямой взаимосвязи между сопутствующими заболеваниями, частотой обострений, количеством очагов, выявленных при МРТ, и прогрессирующей инвалидизацией пациентов с рассеянным склерозом. На этапе постановки диагноза наиболее распространенными сопутствующими состояниями являются тревожные и депрессивные расстройства.

Терапия депрессии должна быть индивидуальной и включать комбинацию фармакологических и немедикаментозных методов лечения [23–25]. Согласно Кокрейновскому обзору, опубликованному в 2011 году, в анализ были включены всего два двойных слепых рандомизированных контролируемых исследования (РКИ), изучавших эффективность дезипрамина и пароксетина. В ходе исследования дезипрамин, относящийся к трициклическим антидепрессантам, назначался в дозе до 200 мг/сут, а пароксетин, селективный ингибитор обратного захвата серотонина, применялся в дозировке до 40 мг/сут. Эти препараты сравнивались с плацебо у 32 и 42 пациентов с депрессией, связанной с рассеянным склерозом, в течение 5- и 12-недельных периодов соответственно.

Результаты обоих исследований продемонстрировали тенденцию к большей эффективности этих препаратов по сравнению с другими антидепрессантами, однако достигнуть статистически значимого уровня различий не удалось [26]. При отсутствии новых рандомизированных контролируемых или обсервационных исследований, посвященных рассеянному склерозу, терапия депрессии должна основываться на общих рекомендациях для широкой популяции. В качестве препаратов первой линии рекомендуется использовать ингибиторы обратного захвата серотонина. За ними следуют препараты, комбинирующие ингибирование обратного захвата серотонина и норадреналина, такие как венлафаксин и дулоксетин, а также трициклические антидепрессанты и мirtазапин.

Психотерапия в сочетании с медикаментозным лечением является действенным способом борьбы с депрессией у пациентов с рассеянным склерозом, причем подходы, направленные на развитие навыков преодоления трудностей, оказываются более результативными по сравнению с терапией, ориентированной на осознание.

В этом контексте когнитивно-поведенческая терапия может способствовать эффективному формированию у пациентов навыков справляться с трудностями. Недавние исследования также подтвердили эффективность методик, основанных на практике осознанности и акценте на проживании текущего момента. Тем не менее такие подходы оказываются неприменимы для пациентов с рассеянным склерозом, у которых выявлены когнитивные нарушения [27, 28]. Среди немедикаментозных методов транскраниальная магнитная стимуляция признана эффективным способом лечения когнитивных и эмоциональных симптомов депрессии. Хотя доказательства ее эффективности при депрессии, связанной с рассеянным склерозом, пока отсутствуют, недавнее исследование с использованием картирования поврежденных сетей показало, что очаги поражения при рассеянном склерозе, ассоциированные с депрессией, имеют схожие патогенетические механизмы с повреждениями, возникающими после

инсульта. Это позволяет предположить, что транскраниальная магнитная стимуляция и глубинная стимуляция мозга могут уменьшать выраженность депрессивных симптомов [26, 29]. Кроме того, изучалась взаимосвязь между применением препаратов, модифицирующих течение заболевания (ПИТРС), и развитием нарушений настроения [30, 31].

Ранние исследования указывали на возможную связь между применением IFN- α , IFN- β и развитием депрессии. Однако результаты рандомизированного контролируемого исследования, сравнивающего IFN- β и глатирамера ацетат, не выявили статистически значимых различий между этими препаратами по показателям шкалы BDI. В то же время исследование Evaluate Patient Outcome (EPOC) продемонстрировало, что переход с инъекционных препаратов (таких как IFN- β и глатирамера ацетат) на финголимод привел к значительному снижению показателей BDI-II в течение 6 месяцев [10].

Кроме того, некоторые наблюдательные исследования отметили положительное воздействие натализумаба и финголимоды на депрессивные состояния, однако потенциальное влияние других ПИТРС, таких как диметилфумарат, терифлуномид, алетузумаб и окрелизумаб, на депрессию пока остается неизученным [32, 33]. Современные подходы к терапии значительно продлевают жизнь пациентов, что приводит к увеличению числа хронических больных с различной степенью ограничения физических возможностей. Эти обстоятельства подчеркивают важность работы над улучшением качества жизни (КЖ) таких пациентов.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, качество жизни рассматривается как субъективное восприятие человеком своего положения в контексте культурных и ценностных особенностей общества, а также с учетом его целей, потребностей и интересов [8]

Хронические заболевания неизбежно оказывают негативное влияние на качество жизни, особенно у молодых пациентов трудоспособного возраста, включая людей с рассеянным склерозом. Для улучшения качества жизни таких

пациентов требуется мультидисциплинарный подход. Невролог играет ключевую роль в своевременной диагностике рассеянного склероза, выборе тактики лечения и реализации мер, направленных на повышение качества жизни. В связи с этим наблюдается растущий интерес к исследованию факторов, влияющих на качество жизни пациентов с этим заболеванием.

Для изучения качества жизни пациентов с рассеянным склерозом используют как универсальные шкалы, так и опросники, специально разработанные для данного заболевания. Инструменты, ориентированные на специфическую патологию, дают возможность более точно оценивать характерные для рассеянного склероза аспекты и демонстрируют высокую чувствительность к незначительным изменениям, возникающим в результате лечения, по сравнению с общими шкалами оценки качества жизни [9].

Оценка качества жизни пациентов с рассеянным склерозом представляет собой непростую задачу, так как общие методики не позволяют детально выявить ключевые проблемы, значимые для данной группы больных [10]. Для этого были разработаны специальные критерии, учитывающие особенности рассеянного склероза. Среди наиболее распространенных инструментов оценки на сегодняшний день, наряду с EDSS (Expanded Disability Status Scale, расширенная шкала оценки инвалидизации), применяются MsQoL-54 (Multiple Sclerosis Quality of Life-54, опросник качества жизни при рассеянном склерозе) [12] и MusiQoL (Multiple Sclerosis International Quality of Life questionnaire, международный опросник качества жизни при рассеянном склерозе) [13].

Несмотря на развитие специализированных методик, универсальные анкеты сохраняют свою значимость для оценки общих показателей состояния при различных патологических процессах. Одним из самых популярных опросников неспецифического типа является «SF-36 Health Status Survey» (или SF-36), предложенный J.E. Ware и соавторами в 1992 году [14]. Этот инструмент состоит из 36 разделов, объединенных в восемь шкал: физическое функционирование, ролевое выполнение, интенсивность боли, общее

состояние здоровья, уровень жизненной энергии, социальная активность, эмоциональное благополучие и психическое здоровье. Результаты каждой шкалы оцениваются в диапазоне от 0 до 100 баллов, где 100 указывает на идеальное здоровье. Итоговый анализ формирует два ключевых индикатора — психическое и физическое благополучие.

Русскоязычная версия SF-36 была адаптирована и валидирована Межнациональным центром исследования качества жизни [15]. Исследования, направленные на оценку качества жизни пациентов с рассеянным склерозом, выявили, что результаты зависят от множества факторов, включая культурные и бытовые особенности, а также региональные различия в системе здравоохранения.

Особое внимание к этим различиям было уделено в глобальном систематическом обзоре, опубликованном F. Pashazadeh Kan и соавторами в 2020 году. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, существуют значительные региональные различия в качестве жизни пациентов. Например, психическое состояние больных рассеянным склерозом оказалось лучше в Западно-Тихоокеанском регионе, что, вероятно, связано не только с высоким уровнем медицинской помощи, но и с экономической стабильностью. В то же время в Восточном Средиземноморье этот показатель оказался ниже, что может быть связано с культурными особенностями и ограниченной доступностью медицинских услуг.

При изучении физического аспекта качества жизни выявлены значительные региональные различия. В Европе данный показатель оказался низким, однако он все же превышал уровень, отмеченный в странах Юго-Восточной Азии. Это может быть связано с ограниченной доступностью медицинских услуг и особенностями социально-экономической ситуации [16]. Физическое функционирование (physical functioning) играет ключевую роль в качестве жизни человека, отражая его способность выполнять как повседневные задачи, так и более сложные физические нагрузки. У пациентов с рассеянным склерозом, характеризующимся хроническим

прогрессирующим течением, эти функции в различной степени нарушены. Данные анкетирования подтверждают, что физическое функционирование у больных рассеянным склерозом значительно ниже, чем у контрольной группы.

При этом различий в физических показателях между мужчинами и женщинами с рассеянным склерозом не выявлено, что свидетельствует о равномерном снижении физических возможностей независимо от пола. Роловое функционирование, связанное с физическим состоянием (role physical functioning, RP), отражает влияние физических ограничений на выполнение повседневных ролевых обязанностей. Исследования показывают, что физическое состояние пациентов с рассеянным склерозом значительно влияет на их способность справляться с обычными задачами, и этот показатель тесно связан с уровнем EDSS.

Интенсивность боли (bodily pain) оказывает серьезное воздействие на возможность заниматься повседневными делами, включая выполнение домашних обязанностей и работу. Однако результаты исследований по данному параметру сильно различаются. На интенсивность боли существенно влияет выбор контрольной группы, что подчеркивает многогранность этого показателя и сложность его интерпретации.

Ряд исследований указывает на снижение показателей у пациентов с рассеянным склерозом по сравнению с контрольной группой или другими подгруппами больных [18, 19]. Однако даже при уровне EDSS 2,5 интенсивность боли у пациентов с рассеянным склерозом не отличалась от показателей контрольной группы [17]. Неожиданным открытием стало отсутствие влияния депрессии на восприятие боли: статистически значимых различий между пациентами с рассеянным склерозом, страдающими депрессией, и без нее выявлено не было [21].

Общее состояние здоровья (general health, GH) оценивает восприятие пациентом своего здоровья в момент опроса и перспективы лечения. Данные исследований показывают тенденцию к снижению показателя GH у пациентов с рассеянным склерозом по сравнению с контрольными группами.

Этот феномен логично связывают как с физическими ограничениями, так и с психоэмоциональными трудностями, которые неизбежно испытывают пациенты.

Индекс EDSS, отображающий уровень инвалидизации, чаще всего показывает прямую связь с ухудшением показателя общего состояния здоровья GH

Даже при низких значениях EDSS, отражающих минимальную степень инвалидизации, некоторые пациенты могут сталкиваться с серьезными трудностями в восприятии своего состояния здоровья. Наличие депрессивных состояний у больных рассеянным склерозом может дополнительно усугублять показатели GH.

Показатель жизненной активности (vitality, VT) характеризует уровень энергии и сил человека, определяя его способность к выполнению повседневных дел. Исследования показывают, что у пациентов с EDSS менее 3,5 показатель VT сопоставим с уровнем, наблюдаемым у здоровых людей [17–19].

В другом исследовании, проведенном среди пациентов с рассеянным склерозом без депрессии и уровнем EDSS 2,5, было отмечено снижение показателя VT, аналогичное тому, что наблюдалось у больных с высокоактивной формой заболевания и EDSS 3,5 [21]

Социальное функционирование (social functioning) характеризует способность человека участвовать в общественной жизни, поддерживать отношения и исполнять социальные роли. Этот аспект качества жизни особенно важен для пациентов с хроническими заболеваниями, включая рассеянный склероз. Все исследования, включенные в анализ, демонстрируют снижение уровня социального функционирования у данной группы пациентов.

Этот феномен, вероятно, связан не только с физическими ограничениями, вызванными прогрессирующим заболеванием, но и с психоэмоциональными факторами, такими как депрессия. Пациенты с более

высокой степени инвалидизации ожидаемо сталкиваются с большими сложностями в социальной адаптации. Однако даже при относительно низком уровне EDSS у больных могут возникать проблемы с социальным функционированием. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (role emotional functioning, RE), отражает степень влияния эмоциональных нарушений на выполнение повседневных задач.

Результаты исследований по показателю RE различаются: в половине работ статистически значимые отличия между пациентами с рассеянным склерозом и контрольной группой отсутствовали, тогда как другие исследования выявили снижение RE, особенно у пациентов с депрессией. Кроме того, обнаружены гендерные различия: у женщин с рассеянным склерозом показатель RE оказался ниже, чем у мужчин [22]

Показатель психического здоровья (mental health) отражает уровень психологического благополучия, включая наличие депрессивных и тревожных состояний.

Хотя депрессия при рассеянном склерозе активно исследуется, до сих пор остается открытым вопрос, являются ли ее симптомы следствием самого заболевания (результатом очаговых повреждений мозга), психогенными факторами или проявлением эндогенного депрессивного расстройства, сопровождающего рассеянный склероз [34, 35]. Депрессивные состояния у таких пациентов существенно изменяют их психологический профиль, восприятие окружающего мира и ограничивают внутренние ресурсы, что усложняет их социальную и психологическую адаптацию, а также снижает качество жизни [36, 37, 38].

Своевременная диагностика аффективных нарушений, включая те, которые связаны с тяжелыми соматическими проявлениями заболевания, и их коррекция способствуют выбору более эффективных механизмов психологической защиты, улучшению реакции на заболевание и снижению риска суицидального поведения [39, 40].

Все больше данных указывает на то, что иммунологические процессы, влияющие на прогрессирование рассеянного склероза, также участвуют в развитии депрессивных симптомов. Глубокое понимание иммунных механизмов, связанных с рассеянным склерозом, и их взаимодействия с механизмами действия антидепрессантов может значительно повысить эффективность терапии пациентов с этим заболеванием.

Психическое здоровье является ключевым элементом общего благополучия человека и определяется множеством факторов. Все рассмотренные исследования подчеркивают негативное влияние рассеянного склероза на психологическое состояние, что указывает на необходимость комплексного подхода к лечению таких пациентов. Важной частью этого подхода должны стать психотерапевтическая поддержка и другие вмешательства, направленные на укрепление психического здоровья.

На сегодняшний день приоритетом остается разработка и совершенствование методов повышения качества жизни пациентов с рассеянным склерозом, предусматривающих воздействие как на физические аспекты болезни, так и на психологические составляющие здоровья.

3.2. Основные направления, этапы и методы психологического сопровождения эмоциональных состояний лиц с рассеянным склерозом

Психологическое сопровождение людей с ограниченными возможностями здоровья представляет собой многоуровневый процесс [5]. Психологическое сопровождение людей больных рассеянным склерозом, имеет свою особенность и заключается в специфике заболевания, а именно: изменение эмоциональной сферы, скорость возникновения и торможения нервного импульса, физические ограничения, к которым еще не возникло адаптации, внезапная потеря трудоспособности, резкое изменение социальных ролей, начавшийся процесс горевания (переживания потери здоровья), потеря

ранее эффективно применявшихся копинг-стратегий, получение инвалидности.

Для организации психологического сопровождения лиц с рассеянным склерозом, ранее проведено психологическое исследование, направленное на наличие депрессии.

С испытуемыми важно проводить работу по программам психологической реабилитации лиц с рассеянным склерозом.

Индивидуальная программа реабилитации должна формироваться по трем аспектам: медико-биологическому, социальному, психологическому.

В медико-биологическом аспекте реабилитации особое значение имеет активная патогенетическая иммуномодулирующая терапия, основной целью которой является уменьшение частоты обострений и удлинение ремиссий, с учетом ее побочных эффектов и риска осложнений.

Социальный аспект реабилитации включает юридическую, социально-бытовую, социально-средовую, семейную, финансовую, профессиональную составляющие и деятельность в иных социальных группах.

При оценке профессиональных возможностей больного с рассеянным склерозом необходимо учитывать использование прошлых навыков, знаний и умений реабилитанта, анализ рынка труда, рекомендовать труд с учетом противопоказанных факторов, времени передвижения к рабочему месту. Профориентация у лиц без профессий, профпереориентация у работающих больных целесообразна с изменением условий труда, объема работы; организацией работы инвалидов второй группы в специально созданных условиях, в том числе на дому.

В коррекционной работе акцент делается на развитии исполнительных навыков, таких как умение планировать, организовывать, расставлять приоритеты, а также на тренировке рабочей памяти и ускорении обработки информации. Для достижения этих целей могут использоваться различные игровые методы, специализированное программное обеспечение и упражнения, направленные на формирование критического мышления.

Немаловажным элементом является и социально-психологическая поддержка, способствующая укреплению мотивации и повышению самооценки, что играет решающую роль в обучении.

Людям, у которых недавно диагностирован рассеянный склероз, целесообразно предложить прохождение 6-месячной комплексной профилактической программы, за которой последует 6-месячная самостоятельная терапия. Оценка результатов должна проводиться в начале, через 6 месяцев и через 1 год наблюдения.

Шестимесячное индивидуальное лечение, включающее один 2-часовой вводный семинар, шесть 2-часовых сеансов групповой психотерапии и 10 1-часовых индивидуальных сеансов физиотерапии. За этим последуют 6 месяцев самостоятельной терапии. Участников пригласят в общей сложности на 18 сеансов, и им будет рекомендовано применять изученные стратегии в повседневной жизни. Терапевты гибко будут определять даты терапии, чтобы максимально увеличить посещаемость, и поддерживать контакт с участниками, своевременно напоминая, чтобы участники завершили все предлагаемые сеансы терапии.

Сеансы будут проводить психотерапевт и физиотерапевты (опыт работы с ШИМ не менее 2 лет), специально обученные каждому вмешательству. Лечение будет умеренной интенсивности и индивидуальным.

На вводном двухчасовом семинаре участники будут ознакомлены со всей программой с помощью презентации PowerPoint. Терапевты, ответственные за каждое вмешательство, представят научные данные и объяснят потенциальную терапевтическую пользу.

Целями исследования заявлены улучшение восприятия участниками рассеянного склероза и адаптация к нему, применение активного подхода, помогающего стабилизировать течение заболевания, и получение понимания необходимости своевременного обращения за лечением, чтобы компенсировать развитие и влияние будущих симптомов. Участники получат брошюру, подробно объясняющую программу, чтобы облегчить понимание и

дать участникам возможность лучше практиковать изученные техники между сеансами и помочь им встроиться в повседневную жизнь.

Ежемесячно будут проводиться сеансы групповой психотерапии с использованием когнитивно-поведенческих техник. Каждый сеанс начинается с релаксации, за которой последует психотерапия, которая сфокусируется на:

а) опыте постановки диагноза рассеянного склероза (что чувствовали участники при постановке диагноза и что они чувствуют в настоящее время), изменении идентичности и переопределении после постановки диагноза (в сфере семьи, работы и свободного времени);

б) жизненных целях, чтобы дать участникам ощущение согласованности (до и после постановки диагноза) и определении новых, реалистичных и значимых целей в жизни;

в) стратегиях достижения цели, оценка поведения и повышение самооценки при преодолении симптомов (особенно усталости);

г) управление негативными эмоциями и позитивными, негативными или иллюзорными стилями мышления, связанными с болезнью;

д) эффективное общение (в личных отношениях и с медицинскими работниками) и способность просить о помощи).

В конце сеанса будет проведено дополнительное расслабление и даны рекомендации о том, как проводить обучение между сеансами.

Сеансы физиотерапии включали:

1. Четыре метода лечения, направленные на проблемы с опорно-двигательным аппаратом. Сначала проводится полное неврологическое обследование с использованием медицинской экспертной информационной системы Computer Kinesiology (MEIS СК), и на основе этого обследования система предлагает индивидуально подобранную терапию. Оно включало обработку мягких тканей, индивидуальные упражнения и контроль дыхания. Участников попросили выполнять упражнения два раза в неделю.

2. Три занятия аэробикой на велоэргометре для улучшения состояния сердечно-сосудистой системы. Интенсивность и продолжительность нагрузки

подбирались индивидуально на основе Спиро эргометрической оценки на велоэргометре и неврологического обследования. Рассчитанная тренировочная нагрузка соответствовала примерно 60% индивидуального максимального потребления кислорода. Продолжительность нагрузки постепенно увеличивалась с каждым занятием, в зависимости от реакции на нагрузку, до продолжительности 20-30 минут. Людям будет рекомендовано выполнять аналогичные упражнения два раза в неделю.

3. Три сеанса активирующей двигательную программу терапии (MPAT), в которой используются принципы нейропроприоцептивного облегчения и торможения для активации совместного сокращения всего тела во время повседневной деятельности. Участникам будет проводится коррекция осанки при лежании, сидении, стоянии и ходьбе, а также соматосенсорные (мануальные и вербальные) стимулы для облегчения перестройки ориентации и нормальных движений и уменьшения стратегий компенсации.

В течение следующих 6 месяцев участникам будет предложено продолжать использовать приобретенные навыки и практиковать самостоятельную терапию. Они не должны будут посещать какие-либо новые занятия физическими упражнениями или терапией, или корректировать прием лекарств, если только это не было указано с медицинской точки зрения. В течение этого времени между организаторами исследования или терапевтами и участниками не будет контакта, который мотивировал бы их придерживаться самостоятельной терапии с целью воспроизведения опыта реальной жизни.

Таблица 5. Программа психологического сопровождения эмоциональных состояний лиц с рассеянным склерозом

№ занятия	Структура занятия	Цель
Занятие 1. Осознание эмоций	Теоретические основы эмоций	Изучить природу эмоций, их роль в выражении потребностей и выполнении функций.
	Упражнение «Позитивное осмысление»	Пересмотреть привычное восприятие негативных эмоций, освоить когнитивные техники перестройки.
	Упражнение «Анализ старых переживаний»	Осознать подавленные эмоции, улучшить навыки их выражения.
	Упражнение «Скрытые чувства»	Распознать скрытые негативные состояния.
	Упражнение «Пустой стул»	Освоить техники выражения собственных эмоций и разрешения внутренних конфликтов.
	Рефлексия	Подведение итогов.
Занятие 2. Выражение и регуляция эмоций	Релаксация	Освоить приемы восприятия сигналов тела для снижения напряжения.
	Упражнение «Методы управления стрессом»	Найти оптимальные стратегии преодоления стресса.
	Техника «Поиск общности»	Снизить напряжение в общении через подчеркивание общих целей и интересов.
	Упражнение «Вербализация эмоций»	Научиться выражать как положительные, так и отрицательные чувства.

№ занятия	Структура занятия	Цель
Занятие 2. Выражение и регуляция эмоций	Упражнение «Акцентирование»	Освоить методы анализа подавленных желаний для улучшения эмоционального состояния.
	Рефлексия	Подведение итогов.
Занятие 3. Изменение эмоций	Теория А. Эллиса	Ознакомить с подходом рационально-эмотивной терапии.
	Упражнение «Опровержение иррациональных идей»	Осознать и преодолеть нерациональные установки.
	Упражнение «Формирование рациональных идей»	Создать конструктивные установки.
	Упражнение «Совладающие образы»	Переключить негативные эмоции на позитивные.
	Упражнение «От "должен" к "хочу"»	Преодолеть эмоциональные последствия нерациональных убеждений.
	Рефлексия	Подведение итогов.
Занятие 4. Управление гневом и агрессией	Упражнение «Мой гнев»	Научиться конструктивному выражению гнева.
	Упражнение «Анализ злости»	Осознать причины гнева и агрессивных тенденций.
	Методы противодействия агрессии	Освоить приемы конструктивного реагирования на агрессию.

№ занятия	Структура занятия	Цель
Занятие 4. Управление гневом и агрессией	Упражнение «Письмо к себе»	Использовать безопасные методы выражения враждебных чувств.
	Упражнение «Восприятие критики»	Научиться конструктивно воспринимать критику.
Занятие 5. Работа с тревогой и страхом	Упражнение «Я боюсь...»	Осознать тревожные эмоции и страхи.
	Упражнение «Осознание потребностей»	Проанализировать неудовлетворенные потребности, связанные со страхами.
	Упражнение «Работа с фобиями»	Освоить методы преодоления страхов.

Данная программа психологического сопровождения эмоциональных состояний лиц с рассеянным склерозом обеспечивает коррекцию эмоциональных состояний и способствует снижению уровня тревожности и депрессии, улучшению эмоционального фона и качества жизни.

3.3. Анализ эффективности реализации программы психологического сопровождения лиц с рассеянным склерозом

Специалист по оценке, независимый от исследуемого вмешательства, будет проводить первичные и вторичные измерения результатов до вмешательства (предварительная оценка), после вмешательства (постоценка) и через 6 месяцев после вмешательства (последующая оценка).

Первичными результатами будут анкеты для самоотчета:

- 1. Изучение наличия депрессии лиц с рассеянным склерозом по методике «Шкала депрессии» А. Бека, в адаптации Н.В. Тарабриной (1992).**

В результате исследования было выявлено, что на контрольном этапе эксперимента увеличилось количество человек, не находящихся в депрессии (с 12 до 13 человек). Также можно отметить уменьшение количества человек с депрессией в диапазоне 19-29 баллов, что соответствует умеренной депрессии по шкале А. Бека.

Таблица 6. *Результаты исследования наличия депрессии у лиц с рассеянным склерозом на констатирующем и контрольном этапах эксперимента по методике «Шкала депрессии» А. Бека в адаптации Н.В. Тарабриной (1992)*

Констатирующий этап					
Без депрессии	Кол-во, чел.	%	С депрессией	Кол-во, чел.	%
менее 9 баллов	12	40,00	10-18 баллов	6	20,00
			19-29 баллов	12	40,00
			30-63 балла	0	0,00
всего	12	40,00		18	60,00
Контрольный этап					
Без депрессии	Кол-во, чел.	%	С депрессией	Кол-во, чел.	%
менее 9 баллов	13	43,33	10-18 баллов	6	20,00
			19-29 баллов	11	36,67
			30-63 балла	0	0,00
всего	13	43,33		17	56,67

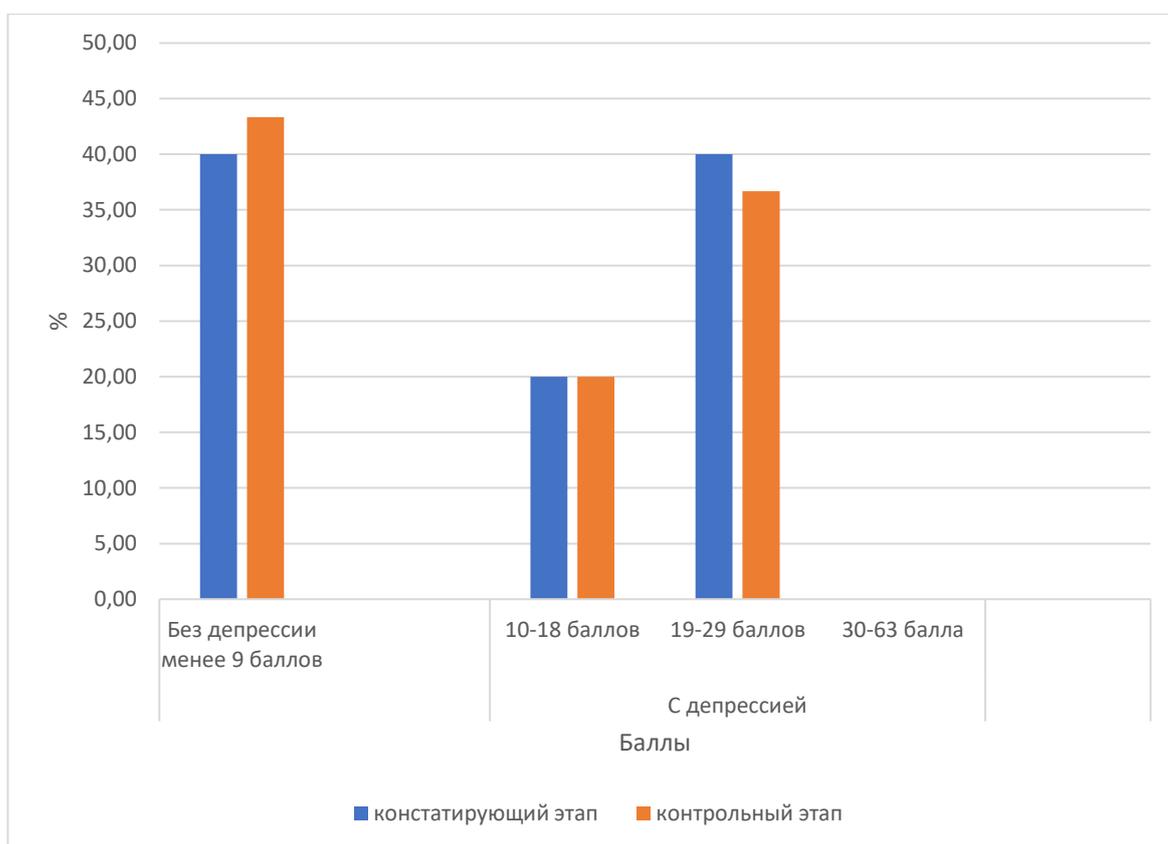


Рисунок 6. Гистограмма 5. Сравнение результатов исследования депрессивного состояния лиц с рассеянным склерозом на констатирующем и контрольном этапах эксперимента, по методике «Шкала депрессии»

А. Бека, в адаптации Н.В. Тарабриной (1992), %

2. Исследование астенического состояния лиц с рассеянным склерозом по методике «Шкала астенического состояния (ШАС)» Л.Д.Малковой, Т.Г. Чертовой (1990).

Результаты исследования демонстрируют, что после применения программы сопровождения лиц с рассеянным склерозом были получены следующие результаты: отмечается снижение показателя астении у лиц без депрессии на 8%, у лиц с депрессией на 7%; отмечается снижение показателей ситуативной тревожности на 4%, у лиц с депрессией на 1%; снижение показателей личностной тревожности отмечается на 13%, у лиц без депрессии, у лиц с депрессией отмечается снижение показателя на 5%.

Таблица 7. Результаты исследования астенического состояния лиц с рассеянным склерозом на констатирующем и контрольном этапах эксперимента, по методики «Шкала астенического состояния (ШАС)»

Л.Д. Малковой, Т.Г. Чертовой (1990)

Параметры	Без депрессии		С депрессией	
	Абсолютные значения, чел.	%	Абсолютные значения, чел.	%
Астения	Констатирующий этап			
	7	23,33	23	76,67
	Контрольный этап			
	7	15,33	23	69,67

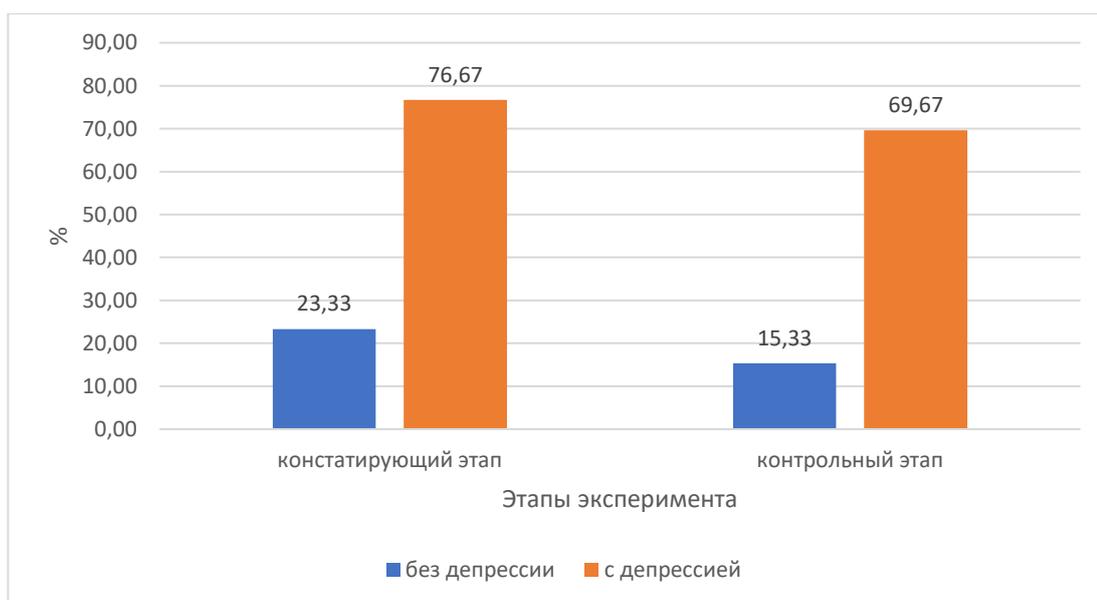


Рисунок 7. Гистограмма 6. Сравнение результатов исследования астенического состояния лиц с рассеянным склерозом на констатирующем и контрольном этапах эксперимента, по методики «Шкала астенического состояния (ШАС)» Л.Д. Малковой, Т.Г. Чертовой (1990), %

3. Исследование совладающего поведения лиц с рассеянным склерозом по методике копинг-механизмов по методике Э. Хейма, в адаптации Л.И. Вассермана (2000).

Результаты исследования демонстрируют, что после применения программы сопровождения лиц с рассеянным склерозом были получены следующие результаты: отмечается повышение показателя когнитивного уровня на 1% у лиц без депрессии. У лиц с депрессией изменений показателя не выявлено. Изменений эмоционального уровня стратегий без депрессий и с депрессией не выявлено. Отмечается повышение показателя поведенческого уровня стратегии у лиц без депрессии на 2%, у лиц с депрессией изменений не выявлено значительных изменений. Интегральный показатель у лиц без депрессии повысился на 2%, у лиц с депрессией отмечается повышение на 1%.

Таблица 8. *Результаты исследования совладающего поведения лиц с рассеянным склерозом на констатирующем и контрольном этапах эксперимента, по методике «копинг-механизмов» Э. Хейма, в адаптации Л.И. Вассермана (2000)*

Наличие депрессии	Когнитивный уровень стратегии, %	Эмоциональный уровень стратегии, %	Поведенческий уровень стратегии, %	Интегральный показатель, %
Констатирующий этап				
Без депрессии	2	3	2	7
С депрессией	2	2	2	6
Контрольный этап				
Без депрессии	3	3	4	10
С депрессией	2	2	2	7

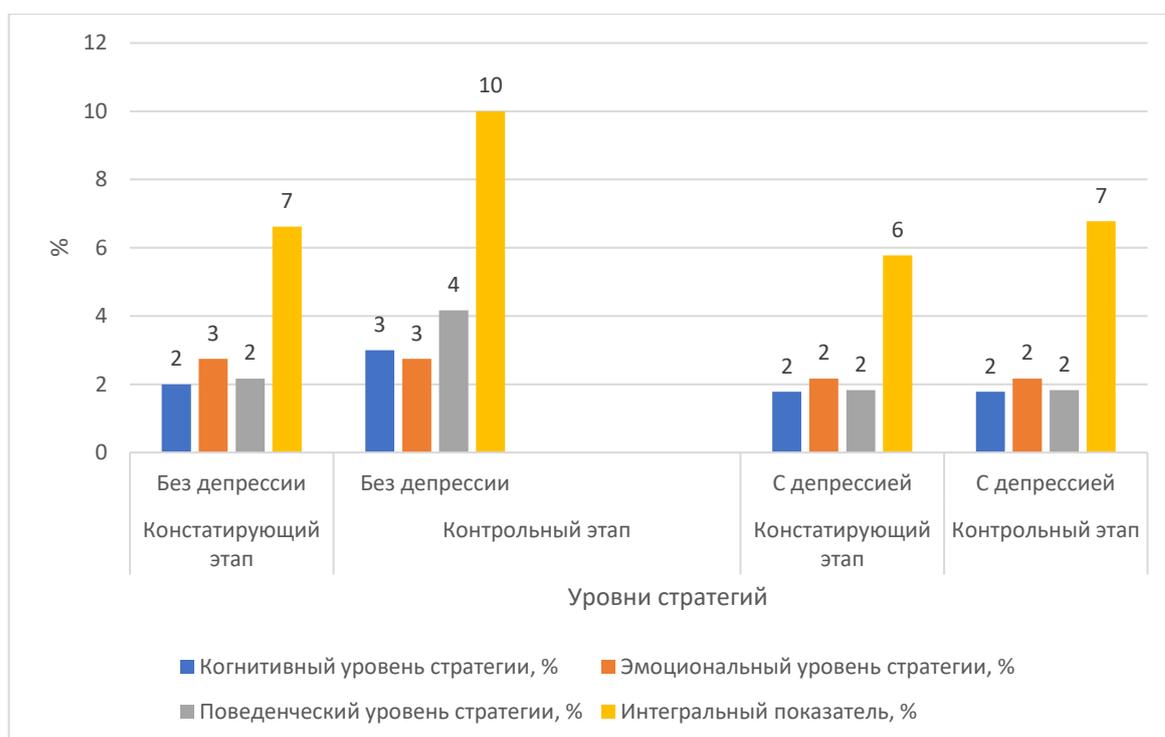


Рисунок 8. Гистограмма 7. Сравнение результатов исследования совладающего поведения лиц с рассеянным склерозом на констатирующем и контрольном этапах эксперимента, по методике «копинг-механизмов» Э. Хейма, в адаптации Л.И. Вассермана (2000), %

4. Исследование уровня тревожности лиц с рассеянным склерозом по методике «Шкала тревожности» Спилберга-Ханина (1970).

Результаты исследования демонстрируют, что после применения программы сопровождения лиц с рассеянным склерозом были получены следующие результаты: отмечается снижение показателей уровня ситуативной тревожности у лиц с рассеянным склерозом снизились на 8%, у лиц с депрессией снизилось на 7%. Снижение показателя личностной тревожности отмечается у лиц с рассеянным склерозом на 7%, у лиц с депрессией на 4%.

Таблица 9. *Результаты исследования уровня тревожности лиц с рассеянным склерозом на констатирующем и контрольном этапах эксперимента, по методике «Шкала тревожности» Спилберга-Ханина (1970).*

Уровни тревожности, баллы	Ситуативная тревожность, %		Личностная тревожность, %	
	Констатирующий этап, %	Контрольный этап, %	Констатирующий этап, %	Контрольный этап, %
Высокая тревожность 45 и более баллов	43	35	25	18
Умеренная тревожность 31-44 балла	33	48	31	42
Низкая тревожность до 30 баллов	24	17	44	40

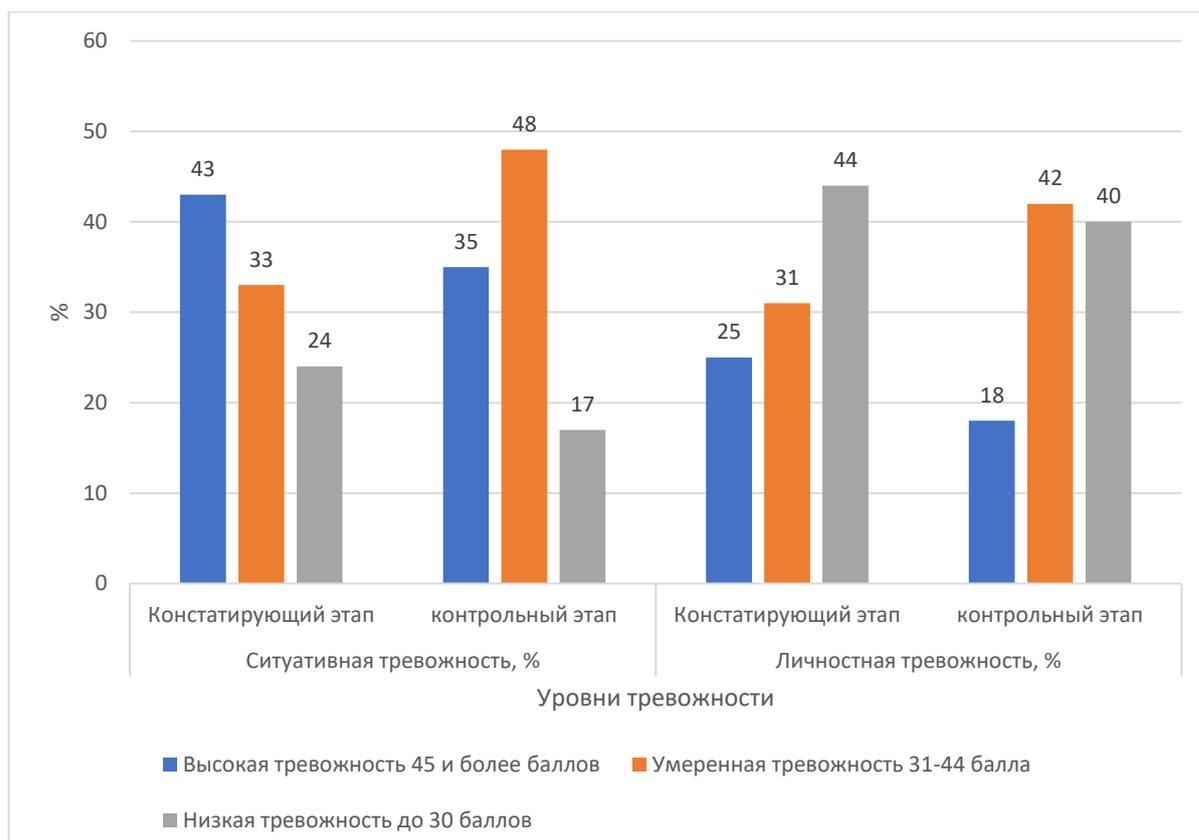


Рисунок 9. Гистограмма 8. Сравнение результатов исследования уровня тревожности лиц с рассеянным склерозом на констатирующем и контрольном этапах эксперимента, по методике «Шкала тревожности» Спилберга-Ханина (1970), %

Таким образом, сопоставление данных исследования, проведенного среди лиц с рассеянным склерозом, по степени выраженности астенического состояния, ситуативной и личностной тревожности, а также уровню депрессии у участников нашего исследования – свидетельствуют о положительном воздействии разработанной нами психологической программы сопровождения эмоциональных состояний лиц с рассеянным склерозом.

Предполагается, что эффективность использования программы сопровождения эмоциональных состояний лиц с рассеянным склерозом через 6, и через 12 месяцев приведет к снижению показателей астении, депрессии и тревожности в среднем на 10%.

Результаты исследования имеют ряд важных последствий для будущей практики людей с впервые диагностированным рассеянным склерозом так же и для лиц с более длительным опытом пребывания с данным диагнозом. Они подчеркивают важность комплексного подхода на ранних стадиях течения заболевания и предлагают стратегии, помогающие людям самостоятельно применяя программу сопровождения эмоциональных состояний лиц с рассеянным склерозом снизить показатели *астении, тревожности и депрессии*.

Выводы по третьей главе:

1. Рассеянный склероз способен вызывать физическую инвалидность и когнитивные расстройства, затрудняя мыслительные процессы, запоминание и обработку информации.

2. Пациенты с рассеянным склерозом нередко испытывают целый спектр эмоциональных нарушений, включая повышенную астеничность, тревожные расстройства, депрессивные состояния, а также такие сопутствующие заболевания, как артериальная гипертензия и гиперлипидемия.

3. На этапе диагностики рассеянного склероза у большинства пациентов доминирующими эмоциональными состояниями оказываются тревога и депрессия.

4. Психологическая помощь, применяемая при рассеянном склерозе, позволяет снизить усиление астенического состояния, снизить тревожность, проявление депрессии, уменьшить страхи, и помогает принять заболевание.

5. Очень важным составляющим психологической помощи лицам с рассеянным склерозом – является взаимодействие с родственниками, это способствует выстроить более благоприятную среду для лиц с рассеянным склерозом.

6. Разработана и представлена «Программа психологического сопровождения эмоциональных состояний лиц с рассеянным склерозом».

7. Проведены результаты по опросникам:

– Шкала тревожности Спилберга-Ханина для оценки уровня тревожности (1970). Авторы: Чарльз Спилбергер (Charles D. Spielberger), Юрий Ханин (адаптация для русскоязычной выборки) (1978);

– Шкала депрессии А. Бека. Адаптация: Н. В. Тарабрина (1992);

– Шкала астенического состояния (ШАС). Авторы: Л. Д. Малкова, Т. Г. Чертова (1999).

8. Предполагается, что эффективность использования программы сопровождения эмоциональных состояний лиц с рассеянным склерозом через 6, и через 12 месяцев приведет к снижению показателей астении, депрессии и тревожности в среднем на 10%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование было направлено на изучение специфики эмоциональных состояний у людей с рассеянным склерозом, теоретическое обоснование, разработку и экспериментальную проверку эффективности программы психологической поддержки для этой категории пациентов.

Был осуществлен теоретический обзор научных и методологических источников по теме исследования, что позволило выявить, что Эмоциональные состояния определяют качество жизни, влияют на мотивацию и принятие решений, а их дисфункция может привести к значительным психологическим и соматическим последствиям. Рассеянный склероз характеризуют как непредсказуемое неврологическое заболевание. Люди с рассеянным склерозом испытывают множество физических и психологических симптомов, таких как *астеническое проявление, тревога, депрессия*, беспокойство. Коррекция негативных эмоциональных состояний, восприятия болезни и нарушенных межличностных отношений у пациентов с рассеянным склерозом способствует не только стабилизации их психического состояния, но и значительному улучшению качества жизни. В связи с этим актуальными задачами научного исследования становятся разработка обоснованных методов психологической и психотерапевтической помощи данной категории пациентов, а также создание системы медико-психологического сопровождения, охватывающей все этапы лечения и реабилитации.

Для достижения цели экспериментального исследования и подтверждения гипотезы нами были отобраны методики такие как:

- Шкала астенического состояния (ШАС). Авторы: Л. Д. Малкова, Т. Г. Чертова (1999);
- Шкала тревожности Спилберга-Ханина для оценки уровня тревожности (1970). Авторы: Чарльз Спилбергер (Charles D. Spielberger), Юрий Ханин (адаптация для русскоязычной выборки) (1978);

– Шкала депрессии А. Бека. Адаптация: Н. В. Тарабрина (1992).

Отбор участников осуществлялся на основе критериев включения, которые предусматривали наличие подтвержденного диагноза рассеянного склероза согласно критериям В.И. Макдональда (2010, 2017), а также готовность пациента к участию в исследовании и выполнение поставленных задач. В качестве критериев исключения выступали отказ от дальнейшего применения назначенных ПИТРС и использование антидепрессантов в течение последних шести месяцев на момент проведения опроса.

Первый этап – подготовительный. На данном этапе исследования нами были проведены эмпирические исследования испытуемых, были проведены беседы и анкетирование;

Второй этап – психодиагностический. Проведение исследования по изучению психологического состояния пациента при рассеянном склерозе;

Третий этап – аналитический. Систематизация и обобщение информации, собранной на предыдущем этапе.

Четвертый этап – контрольный эксперимент, проводится сравнение результатов второго этапа и четвертого.

По итогам проведения четвертого этапа (контрольного эксперимента) – была разработана и представлена программа «Программа психологического сопровождения эмоциональных состояний лиц с рассеянным склерозом», апробирована и проведен сбор результатов, исследование продемонстрировало, что при установлении диагноза хронического заболевания, рассеянного склероза, возрастает ощущение неопределенности, неизбежности и необратимости, что может способствовать усилению обострений и проявлений астении, тревожные расстройства и уровень депрессии.

Проводимое исследование, ставило перед собой следующие задачи:

1. Провести анализ отечественной и зарубежной литературы по проблеме эмоциональных состояний лиц рассеянным склерозом.

2. Выявить особенности эмоционального состояния лиц с рассеянным склерозом.

3. Разработать программу психологического сопровождения эмоциональных состояний лиц с рассеянным склерозом.

Все задачи были успешно реализованы.

Результаты исследования подтверждают выдвинутую нами гипотезу, заключающуюся в том, что разработка программы психологического сопровождения эмоциональных состояний лиц с рассеянным склерозом, позволит развить эффективные формы эмоциональной регуляции и позволит повысить качество жизни лиц с рассеянным склерозом.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Аверьянова, Л. А. Клинико-нейрофизиологические характеристики дрожательного гиперкинеза у больных рассеянным склерозом : дис. ... канд. мед. наук / Аверьянова Людмила Аркадьевна. – Казань, 2021. – 179 с.
2. Александров, А. А. Клинические основы групповой психотерапии при неврозах : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Александров Артур Александрович. – М., 2020. – 46 с.
3. Алексеенко, Е. В. Изменения психологического статуса у больных рассеянным склерозом / Е. В. Алексеенко, О. С. Сысоева, И. В. Смагина, С. А. Федянин // Бюллетень сибирской медицины. – 2018. – № 5. – С. 11-13.
4. Алифирова, В. М. Анализ факторов риска развития рассеянного склероза в Томской области / В. М. Алифирова, М. А. Титова // Неврологический журнал. – 2022. – № 3 – С.20-22.
5. Андреева, Е. А. Клинико-эпидемиологические характеристики рассеянного склероза в Калужской области : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Андреева Елена Александровна. – М., 2021. – 24 с.
6. Бабичева, Н. Н. Клинические характеристики рассеянного склероза с учетом социально-демографических и эпидемиологических особенностей в Республике Татарстан : дис. ... канд. мед. наук : / Бабичева Наталья Николаевна. – Казань, 2020. – 151 с.
7. Батышева, Т. Т. Опыт организации работы кабинетов клинической нейропсихологии в окружных неврологических отделениях амбулаторной неврологической службы Москвы / Т. Т. Батышева, Е. В. Костенко, К. А. Зайцев, А. Н. Бойко // Журнал неврологии и психиатрии. – 2019. – Т. 109. – № 2. – С. 55- 58.
8. Бахтеева, Т. Д. Депрессивные расстройства при рассеянном склерозе (клиника, диагностика, терапия) / Т. Д. Бахтеева, Н. А. Марута, М.

В. Данилова // Український вісник психоневрології. – 2021. – Т. 19. – № 4 (69). – С. 36-41.

9. Беленко, Е. А. Соотношения вегетативного кардиоваскулярного баланса и синдрома хронической усталости у пациентов с ремиттирующим течением рассеянного склероза, сохраняющих функциональную активность : автореф. дис. ... канд. мед. наук : / Беленко Елена Александровна. – М., 2022. – 24 с.

10. Бехтерев, В. М. Коллективная рефлексология / В. М. Бехтерев. – Петроград: Колос, 2019. – 436 с.

11. Бойко, А. Н. Эпидемиология и этиология рассеянного склероза / А. Н. Бойко, Н. Ф. Смирнова, С. Н. Золотова, Е. И. Гусев // Consilium medicum. – 2018. – Т. 10. – №. 7. – С. 5-8.

12. Быкова, О. В. Диагностика и лечение рассеянного склероза у детей и подростков в условиях длительного катамнеза : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Быкова Ольга Владимировна. – М., 2014. – 48 с.

13. Васильева, М. Н. Дисфункциональные черты в структуре личности больных рекуррентной депрессией, резистентных к медикаментозному лечению / М. Н. Васильева // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2018. – №74-2. – С.78-86.

14. Васильева, Н. В. Индивидуально-личностные особенности больных рассеянным склерозом / Н. В. Васильева, Е.Л. Николаев // Неврологический вестник. Журнал им. В. М. Бехтерева. – 2022. – Т. XLVII. – № 1. – С. 67-72.

15. Вассерман, Л. И. Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности и ее практическое применение: методические рекомендации / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, М. А. Беребин. – СПб.: Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2020. – 28 с.

16. Вассерман, Л. И. Медицинская психодиагностика: Теория, практика и обучение / Л. И. Вассерман, О. Ю. Щелкова. – СПб., 2023. – 736 с.

17. Вид, В. Д. Параметры психотерапевтического процесса и результаты психотерапии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2020. – №2. – С. 20-26.

18. Власов, Я. В. Роль пациентских общественных организаций в повышении качества оказания медицинской и социальной помощи населению (на примере Общероссийской общественной организации инвалидов больных рассеянным склерозом) / Я. В. Власов, М. А. Курапов, М. В. Чураков // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – №5. – С.70-77.

19. Власов, Я. В. Система оказания медико-социальной и реабилитационной помощи пациентам с рассеянным склерозом в Самарской области / Я. В. Власов, И. Е. Повереннова, Н. И. Кузнецова и др. // Медицинский альманах. – 2021. – №1. – С.169-172.

20. Волкова, М. Г. Эпидемиология, клиническая картина и качество жизни у больных рассеянным склерозом в Краснодарском крае : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Волкова Мария Геннадьевна. – М., 2021. – 25 с.

21. Воскресенский, Б. А. Клиническая психиатрия и клинический метод / Б. А. Воскресенский // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2019. – Т. 3. – С. 88-91.

22. Вассерман Л.И. Медицинская психодиагностика: теория, практика и обучение / Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. – Москва : Академия, 2014. – 725 с.

23. Alhazzani A.A., Alqahtani M.S., Alahmari M.S., Asiri M.A., Alamri N.M., Sarhan L.A., Alkhashrami S.S., Asiri A.A. Quality of life assessment among multiple sclerosis patients in Saudi Arabia. *Neurosciences (Riyadh)*. 2018;23(2):140–147.

67. 23.Куликова, С. Н. Парез кисти при ремиттирующем рассеянном склерозе (динамическое клинико-нейровизуализационное исследование) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Куликова Софья Николаевна. – М., 2023. – 25 с

24. Гаранян, Н. Г. Структура перфекционизма у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами / Н. Г. Гаранян, Т. Ю. Юдеева // Психологический журнал. – 2019. – № 6. – С. 93-102.

25. Гаранян, Н. Г. Перфекционизм, депрессия и тревога / Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогорова, Т. Ю. Юдеева // Московский психотерапевтический журнал. – 2021. – № 3. – С.18-49.

26. Гартфельдер, Д. В. Клинико-психологические характеристики личности больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в связи с задачами профилактики / Д. В. Гартфельдер, Е. Л. Николаев, Е. Ю. Лазарева // Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. – 2019. – Т.14. – № 4. – С. 60- 62.

27. Гончарова, З. А. Клинико-эпидемиологическая характеристика рассеянного склероза (проспективное 20-летнее исследование) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Гончарова Зоя Александровна. – Иваново, 2023. – 41 с.

28. Гранатов, Е. В. Современная концепция комплексной реабилитации больных рассеянным склерозом : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Гранатов Евгений Валерьевич. – Казань, 2023. – 25 с.

29. Грешнова, И. В. Клинико-эпидемиологическая характеристика и факторы риска рассеянного склероза в Ульяновской области : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Грешнова Ирина Владимировна. – Саратов, 2021. – 25 с.

30. Гридина, А. О. Связь полиморфизма генов иммунной системы с развитием и течением рассеянного склероза : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.11 / Гридина Анна Олеговна. – СПб., 2020. – 23 с.

31. Гусев, Е. И. Рассеянный склероз: достижения десятилетия / Е. И. Гусев, А. Н. Бойко // Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2017. – Т. 107. – №. S4. – С. 4-13.

32. Гусев, Е. И. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания / Е. И. Гусев, И. А. Завалишин, А. Н. Бойко. – М.: Миклош, 2021. – 528 с.
33. Давыдовская, М. В. Нейродегенеративный процесс при рассеянном склерозе: возможности оценки и коррекции : дис. ... д-ра мед. наук / Давыдовская Мария Вафаевна. – М., 2022. – 195 с.
34. Данилова, М. В. Клинические особенности и закономерности формирования аутоагрессии у больных депрессиями при рассеянном склерозе / М. В. Данилова. – М.: Наука и медицина, 2021. – Т. 19. – № 3. – С. 35-38.
35. Данченко, И. Ю. Оценка функции семафорина Sema4D/CD100 и его рецептора CD72 при ремиттирующем рассеянном склерозе : дис. ... канд. мед. наук / Данченко Ирина Юрьевна. – Пермь, 2019. – 175 с. 167
36. Делов, Р. А. Клинико-электрофизиологическая и молекулярногенетическая характеристика течения ремиттирующего рассеянного склероза : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Делов Роман Андреевич. – М., 2022. – 25 с.
37. Джапаралиева, Н. Т. Клинико-морфометрическая характеристика и показатели качества жизни больных рассеянным склерозом на фоне терапии препаратами, изменяющими течение заболевания : дис. ... канд. мед. наук / Джапаралиева Нуржан Тынчтыкбековна. – Саратов, 2020. – 143 с.
38. Дибривная, К. А. Особенности совладающего поведения (копингстратегий) у больных рассеянным склерозом (обзор) / К. А. Дибривная, Е. В. Ениколопова, Ю. В. Зубкова, А. Н. Бойко // Журнал неврологии и психиатрии. – 2021. – Т. 113. – № 2-2. С.48-52.
39. Егорова, Г. П. Динамика распространенности заболеваемости и клиника рассеянного склероза по данным проспективного исследования : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.13 / Егорова Галина Петровна. – Иваново, 2023. – 22 с.

40. Епифанов, В. А. Реабилитация в неврологии / В. А. Епифанов, А. В. Епифанов. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2020. – 416 с.
41. Захаров, А. В. Особенности реабилитации при рассеянном склерозе / А. В. Захаров, Н. И. Кузнецова, Е. В. Хивинцева, Я. В. Власов // Неврологический вестник. – 2020. – Т. 42. – № 1-2. – С.110-114.
42. Зинченко, Ю. П. Методологические основы и задачи психологической реабилитации онкологических больных / Ю. П. Зинченко, Е. И. Первичко, А. Ш. Тхостов // Вестник восстановительной медицины. – 2022. – №. 5. – С. 31-42.
43. Зотов, П. Б. Мотивы суицидальной активности и факторы антисуицидального барьера у больных рассеянным склерозом / П. Б. Зотов, Н. И. Куценко // Суицидология. – 2021. – № 3. – С. 21-25.
44. Зотов, П. Б. Суицидальное поведение больных рассеянным склерозом (частота, клинические формы, характер) / П. Б. Зотов, Н. И. Куценко // Уральский медицинский журнал. – 2018. – № 3. – С. 49-51. 168
45. Исурина, Г. Л. Групповая психотерапия при неврозах (методы, психологические механизмы лечебного действия, динамика индивидуальнопсихологических характеристик) : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Исурина Галина Львовна. – М., 1984. – 25 с.
46. Кабанов, М. М. Реабилитация психически больных / М. М. Кабанов. – Л.: Медицина, 1985. – 216 с. 46. Какуля, А. В. Клинические и молекулярно-генетические особенности дебюта рассеянного склероза : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Какуля Анастасия Владимировна. – Екатеринбург, 2022. – 24 с.
47. Караваева, Т. А. Определение психотерапевтических мишеней на основе особенностей мотивационных тенденций у больных с разными типами невротических расстройств / И.С. Лысенко, Т.А. Караваева // Вестник психотерапии. – 2019. – № 53 (58). – С. 7-19.
48. Караваева, Т. А. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и

генерализованного тревожного расстройств) / Т.А. Караваева, А.В. Васильева, С.В. Полторак // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2021. – №4. – С. 42-51.

49. Караваева, Т. А. Принципы и алгоритмы психофармакологического лечения тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) / Т.А. Караваева, А.В. Васильева, С.В. Полторак, Ю.П. Колесова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2022. – №1. – С. 3-9.

50. Караваева, Т. А. Разработка комплексной персонализированной программы коррекции диссомнических нарушений в структуре невротических расстройств / Т.А. Караваева, В.А. Михайлов, А.В. Васильева, С.В. Полторак, А.Ю. Поляков, М.В. Разина, Н.Ю. Сафонова // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. – 2022. – Т. XLIX. – № 2. – С. 31-36.

51. Карвасарский, Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб: Питер, 2019. – 944 с. 169

52. Карвасарский, Б. Д. Неврозы / Б. Д. Карвасарский. – М., 1990. – 576 с.

53. Карвасарский, Б. Д. Копинг-поведение у больных неврозами и его динамика под влиянием психотерапии: Пособие для врачей / Б. Д. Карвасарский, В. А. Абабков, А. В. Васильева и др. – СПб., 2020 – 22 с.

54. Курушина О.В., Барулин А.Е., Коновалова О.В. Коррекция психоэмоциональных и вегетативных нарушений у пациентов, перенесших ишемический инсульт. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2023;113(9– 2):50–54

55. Карвасарский, Б. Д. Психотерапия / Б. Д. Карвасарский. – М., 2022. – 303 с.

56. Катков, А. Л. Интегративная психотерапия: философское и научное методологическое научное обоснование / А. Л. Катков. – Павлодар: ЭКО, 2023. – 321 с.

57. Киселёва, Е. В. Клинико-диагностические и терапевтические аспекты ремиттирующего рассеянного склероза в условиях патологии щитовидной железы : дис. ... канд. мед. наук / Киселёва Екатерина Витальевна. – М., 2019. – 139 с.

58. Кичерова, О. А. Патогенетическое значение мембранодестабилизирующих процессов и состояния системы антиоксидантной защиты при рассеянном склерозе и возможности их медикаментозной коррекции (проспективное исследование) : дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.11 / Кичерова Оксана Альбертовна. – Пермь, 2020. – 285 с.

59. Климов, Ю. А. Немедикаментозные методы медицинской реабилитации двигательных нарушений у больных рассеянным склерозом : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Климов Юрий Андреевич. – М., 2019. – 25 с.

60. Корелина, А. А. Эффективность и безопасность применения балансотерапии и программируемой электромиостимуляции в комплексном лечении больных рассеянным склерозом : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Корелина Анна Александровна. – Екатеринбург, 2023. – 25 с.

61. Улучшение показателей качества жизни больных рассеянным склерозом за 15-летний период /О.В. Бойко, М.Ю. Татарина, Е.В. Попова [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. – Т. 118, № 8-2. – С. 23–28.

62. Резникова Т.Н. О коррекции психического состояния немедикаментозным способом при рассеянном / Т.Н. Резникова, Н.А. Селиверстова// Клиническая и специальная психология. – 2019. – Том 8, № 1. – С. 177–188. – URL: <https://psyjournals.ru/psyclin/2019/n1/>

63. Morgan KN, Derby CA, Gleason CE. Cognitive changes with reproductive aging, perimenopause, and menopause. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2018;45(4):751–763
64. Birkner, K.; Wasser, B.; Loos, J.; Plotnikov, A.; Seger, R.; Zipp, F.; Witsch, E.; Bittner, S. The Role of ERK Signaling in Experimental Autoimmune Encephalomyelitis. *Int. J. Mol. Sci.* 2017, 18,
65. Cagol, A.; Schaedelin, S.; Barakovic, M.; Benkert, P.; Todea, R.A.; Rahmanzadeh, R.; Galbusera, R.; Lu, P.J.; Weigel, M.; Melie-Garcia, L.; et al. Association of Brain Atrophy with Disease Progression Independent of Relapse Activity in Patients with Relapsing Multiple Sclerosis. *JAMA Neurol.* 2022, 79, 682–692.
66. 64.Kunkl, M.; Amormino, C.; Tedeschi, V.; Fiorillo, M.T.; Tuosto, L. Astrocytes and Inflammatory T Helper Cells: A Dangerous Liaison in Multiple Sclerosis. *Front. Immunol.* 2022, 13, 824411.
67. 65.Rajeev, V.; Fann, D.Y.; Dinh, Q.N.; Kim, H.A.; De Silva, T.M.; Lai, M.K.P.; Chen, C.L.-H.; Drummond, G.R.; Sobey, C.G.; Arumugam, T.V. Pathophysiology of blood brain barrier dysfunction during chronic cerebral hypoperfusion in vascular cognitive impairment. *Theranostics* 2022, 12, 1639–1658.
68. Reich, D.S.; Lucchinetti, C.F.; Calabresi, P.A. Multiple Sclerosis. *N. Engl. J. Med.* 2018, 378, 169–180.
69. Ribatti, D.; Tamma, R.; Annese, T. Mast cells and angiogenesis in multiple sclerosis. *Inflamm. Res.* 2020, 69, 1103–1110.
70. Wang, X.; Shi, C.; Pan, H.; Meng, X.; Ji, F. MicroRNA-22 exerts its neuroprotective and angiogenic functions via regulating PI3K/Akt signaling pathway in cerebral ischemia-reperfusion rats. *J. Neural. Transm.* 2020, 127, 35–44.
71. Zhou, Q.Y.; Gui, S.Y.; Zhang, P.; Wang, M. Upregulation of miR-345-5p suppresses cell growth of lung adenocarcinoma by regulating ras homolog

family member A (RhoA) and Rho/Rho associated protein kinase (Rho/ROCK) pathway. *Chin. Med. J.* 2021, 134, 2619–2628.

72. Kuhle J, Disanto G, Dobson R, et al. Conversion from clinically isolated syndrome to multiple sclerosis: a large multicentre study. *Mult Scler* 2015; 8: 1013–24.

73. Ruet A, Arrambide G, Brochet B, et al. Early predictors of multiple sclerosis after a typical clinically isolated syndrome. *Mult Scler* 2014; 20: 1721–

74. Sombekke MH, Wattjes MP, Balk LJ, et al. Spinal cord lesions in patients with clinically isolated syndrome: a powerful tool in diagnosis and prognosis. *Neurology* 2013; 80: 69–75.

75. Filippi M, Rocca MA, Calabrese M, et al. Intracortical lesions: relevance for new MRI diagnostic criteria for multiple sclerosis. *Neurology* 2010; 75: 1988–94.

76. Mitjana R, Tintore M, Rocca MA, et al. Diagnostic value of brain chronic black holes on T1-weighted MR images in clinically isolated syndromes. *Mult Scler* 2014; 20: 1471–7.

77. Uher T, Horakova D, Bergsland N, et al. MRI correlates of disability progression in patients with CIS over 48 months. *Neuroimage Clin* 2014; 6: 312–9.

78. Longoni G, Rocca MA, Pagani E, et al. Deficits in memory and visuospatial learning correlate with regional hippocampal atrophy in MS. *Brain Struct Funct* 2015; 220: 435–44.

79. Cawley N, Solanky BS, Muhlert N, et al. Reduced gamma-aminobutyric acid concentration is associated with physical disability in progressive multiple sclerosis. *Brain* 2015; 138: 2584–95.

80. Kearney H, Schneider T, Yiannakas MC, et al. Spinal cord grey matter abnormalities are associated with secondary progression and physical disability in multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2015; 86: 608–14.

81. Kearney H, Rocca MA, Valsasina P, et al. Magnetic resonance imaging correlates of physical disability in relapse onset multiple sclerosis of long disease duration. *Mult Scler* 2014; 20: 72–80.
82. Samson RS, Cardoso MJ, Muhlert N, et al. Investigation of outer cortical magnetisation transfer ratio abnormalities in multiple sclerosis clinical subgroups. *Mult Scler* 2014; 20: 1322–30.
83. Bisecco A, Rocca MA, Pagani E, et al. Connectivitybased parcellation of the thalamus in multiple sclerosis and its implications for cognitive impairment: a multicenter study. *Hum Brain Mapp* 2015; 36: 2809–25.
84. Daams M, Steenwijk MD, Schoonheim MM, et al. Multi-parametric structural magnetic resonance imaging in relation to cognitive dysfunction in long-standing multiple sclerosis. *Mult Scler J* 2016; 22 (5): 608–19.
85. Comi G, Martinelli V, Rodegher M, et al. Effect of glatiramer acetate on conversion to clinically definite multiple sclerosis in patients with clinically isolated syndrome (PreCISe study): a randomised, double-blind, placebocontrolled trial. *Lancet* 2009; 374: 1503–11.
86. Signori A, Schiavetti I, Gallo F, Sormani MP. Subgroups of multiple sclerosis patients with larger treatment benefits: a meta-analysis of randomized trials. *Eur J Neurol* 2015; 22: 960–6.
87. Dobson R, Rudick RA, Turner B, et al. Assessing treatment response to interferon- β : Is there a role for MRI? *Neurology* 2014; 82: 248–54.
88. Kallmann BA, Fackelmann S, Toyka KV, et al. Early abnormalities of evoked potentials and future disability in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2006; 12: 58–65.
89. Narayanan D, Cheng H, Tang RA, Frishman LJ. Reproducibility of multifocal visual evoked potential and traditional visual evoked potential in normal and multiple sclerosis eyes. *Doc Ophthalmol* 2015; 130: 31–41.
90. Schlaeger R, D'Souza M, Schindler C, et al. Electrophysiological markers and predictors of the disease course in primary progressive multiple sclerosis. *Mult Scler* 2014; 20: 51–6.

91. Mori F, Kusayanagi H, Nicoletti CG, et al. Cortical plasticity predicts recovery from relapse in multiple sclerosis. *Mult Scler* 2014; 20: 451–7.
92. Nagels G, D’hooghe MB, Vleugels L, et al. P300 and treatment effect of modafinil on fatigue in multiple sclerosis. *J Clin Neurosci* 2007; 14: 33–40.
93. Hardmeier M, Leocani L, Fuhr P. A new role for evoked potentials in MS? Repurposing evoked potentials as biomarkers for clinical trials in MS. *Mult Scler* 2017; 23: 1309–19.
94. Pelayo R, Montalban X, Minoves T, et al. Do multimodal evoked potentials add information to MRI in clinically isolated syndromes? *Mult Scler* 2010; 16: 55–61.
95. Tintore M, Rovira A, Arrambide G, et al. Brainstem lesions in clinically isolated syndromes. *Neurology* 2010; 75: 1933–8.
96. Di Stadio A, Dipietro L, Ralli M, et al. The role of vestibular evoked myogenic potentials in multiple sclerosis-related vertigo: A systematic review of the literature. *Mult Scler Relat Disord* 2019; 28: 159–64.
97. Krbot Skoric M, Adamec I, Crnosija L, et al. Tongue somatosensory evoked potentials reflect midbrain involvement in patients with clinically isolated syndrome. *Croat Med J* 2016; 57: 558–65. 27. Preziosa P, Rocca MA, Filippi M. Current state-of-art of the application of serum neurofilaments in multiple sclerosis diagnosis and monitoring. *Expt Rev Neurother* 2020; 20: 747–69.
98. Bornsen L, Khademi M, Olsson T, et al. Osteopontin concentrations are increased in cerebrospinal fluid during attacks of multiple sclerosis. *Mult Scler* 2011; 17 (1): 32–42.
99. Sellebjerg F, Börnsen L, Khademi M, et al. Increased cerebrospinal fluid concentrations of the chemokine CXCL13 in active MS. *Neurology* 2009; 73 (23): 2003–10.
100. Teunissen CE, Khalil M. Neurofilaments as biomarkers in multiple sclerosis. *Mult Scler* 2012; 18 (5): 552–6.

101. Matute-Blanch C, Villar LM, Alvarez-Cermeno JC, et al. Neurofilament light chain and oligoclonal bands are prognostic biomarkers in radiologically isolated syndrome. *Brain* 2018; 141 (4): 1085–93.
102. De Stefano N, Giorgio A, Tintore M, et al. Radiologically isolated syndrome or subclinical multiple sclerosis: MAGNIMS consensus recommendations. *Mult Scler* 2018; 24 (2): 214–21.
103. Rocca MA, Battaglini M, Benedict RH, et al. Brain MRI atrophy quantification in MS: From methods to clinical application. *Neurology* 2017; 88 (4): 403–13.
104. Salzer J, Svenningsson A, Sundstrom P. Neurofilament light as a prognostic marker in multiple sclerosis. *Mult Scler* 2010; 16 (3): 287–92.
105. Bhan A, Jacobsen C, Myhr KM, et al. Neurofilaments and 10-year follow-up in multiple sclerosis. *Mult Scler* 2018; 24 (10): 1301–7.
106. Hakansson I, Tisell A, Cassel P, et al. Neurofilament levels, disease activity and brain volume during follow-up in multiple sclerosis. *J Neuroinflamm* 2018; 15 (1): 209.
107. Petzold A. The prognostic value of CSF neurofilaments in multiple sclerosis at 15-year follow-up. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2015; 86 (12): 1388–90.
108. Petzold A, Steenwijk MD, Eikelenboom JM, et al. Elevated CSF neurofilament proteins predict brain atrophy: a 15-year follow-up study. *Mult Scler* 2016; 22 (9): 1154–62
109. Kuhle J, Disanto G, Lorscheider J, et al. Fingolimod and CSF neurofilament light chain levels in relapsing-remitting multiple sclerosis. *Neurology* 2015; 84 (16): 1639–43.
110. Borrás E, Canto E, Choi M, et al. Protein-based classifier to predict conversion from clinically isolated syndrome to multiple sclerosis. *Mol Cell Proteomics* 2016; 15 (1): 318–28.
111. Novakova L, Axelsson M, Khademi M, et al. Cerebrospinal fluid biomarkers of inflammation and degeneration as measures of fingolimod efficacy

in multiple sclerosis. *Mult Scler* 2017; 23 (1): 62–71. 43. Burman J, Raininko R, Blennow K, et al. YKL-40 is a CSF biomarker of intrathecal inflammation in secondary progressive multiple sclerosis. *J Neuroimmunol* 2016; 292: 52–7.

112. Mollgaard M, Degn M, Sellebjerg F, et al. Cerebrospinal fluid chitinase-3-like 2 and chitotriosidase are potential prognostic biomarkers in early multiple sclerosis. *Eur J Neurol* 2016; 23 (5): 898–905

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1

Шкала тревожности Спилбергера-Ханина

Шкала тревожности Спилбергера-Ханина предназначена для измерения уровня **ситуативной (реактивной) и личностной тревожности**. Она используется в психологической и психофизиологической практике для оценки состояния тревоги в определенный момент времени и тревожности как устойчивой черты личности.

Инструкция для заполнения

Испытуемому предлагается ответить на 40 утверждений. Ответы фиксируются по четырехбалльной шкале:

- 1 — «совершенно не согласен»,
- 2 — «скорее не согласен»,
- 3 — «скорее согласен»,
- 4 — «полностью согласен».

Шкала делится на две части:

1. **Ситуативная тревожность (СТ)** — 20 утверждений, которые измеряют уровень тревожности в конкретный момент времени.
2. **Личностная тревожность (ЛТ)** — 20 утверждений, оценивающих стабильную предрасположенность к тревоге.

Обработка результатов

Для каждой из частей шкалы подсчитывается сумма баллов:

- Минимальный балл: **20**.
- Максимальный балл: **80**.

Интерпретация:

- **20-30 баллов:** Низкий уровень тревожности.
- **31-45 баллов:** Средний уровень тревожности.
- **46-80 баллов:** Высокий уровень тревожности.

Пример оформления приложения

1. Текст опросника (в виде утверждений).
2. Инструкция для заполнения.
3. Бланк для ответов (таблица с номером утверждения и вариантами ответов).
4. Ключ для подсчёта результатов и интерпретация.

Шкала астенического состояния (ШАС)

Шкала астенического состояния (ШАС) предназначена для диагностики степени выраженности астении — состояния, характеризующегося повышенной утомляемостью, раздражительностью и сниженной активностью. Методика разработана Л.Д. Малковой и Т.Г. Чертовой в 1999 году и широко применяется в психодиагностике.

Инструкция для заполнения

Испытуемому предлагается оценить свое состояние по 30 утверждениям, отражающим аспекты астенического синдрома. Ответы фиксируются по четырёхбалльной шкале:

- 1 — «совершенно не согласен»,
- 2 — «скорее не согласен»,
- 3 — «скорее согласен»,
- 4 — «полностью согласен».

Обработка результатов

Баллы суммируются по всем 30 утверждениям:

- **Минимальный балл:** 30.
- **Максимальный балл:** 120.

Интерпретация:

- **30-50 баллов:** Низкий уровень астении.
- **51-80 баллов:** Умеренный уровень астении.
- **81-120 баллов:** Высокий уровень астении.

Пример оформления приложения

1. **Текст опросника:** разместить утверждения в списке.
2. **Инструкция для заполнения:** подробно описать процесс выбора ответов.
3. **Бланк для ответов:** таблица с номерами утверждений и вариантами ответов (1–4).

4. **Ключ для подсчёта баллов:** подсказка по интерпретации результатов.

Шкала депрессии А. Бека (BDI)

Шкала депрессии А. Бека (BDI) предназначена для оценки уровня депрессивных симптомов у пациентов. Она была разработана А. Беком и адаптирована для русскоязычной выборки Н. В. Тарабриной в 1992 году. Методика является одной из наиболее распространенных в диагностике депрессии.

Инструкция для заполнения

Испытуемому предлагается оценить свое состояние за последние две недели, включая день заполнения, выбрав один из четырех вариантов ответа на каждое утверждение.

Каждое утверждение оценивается по шкале от **0 до 3**, где более высокий балл соответствует более выраженной степени симптома..

Обработка результатов

Для подсчета суммируются баллы по всем 21 утверждению.

- **Минимальный балл:** 0.
- **Максимальный балл:** 63.

Интерпретация результатов:

- **0-9 баллов:** Минимальный уровень депрессии.
- **10-18 баллов:** Легкая депрессия.
- **19-29 баллов:** Умеренная депрессия.
- **30-63 баллов:** Тяжелая депрессия.

Пример оформления в приложении

1. **Текст опросника:** разместить утверждения в виде списка, с указанием вариантов ответа для каждого пункта.
2. **Инструкция:** четко описать процесс выбора ответа.
3. **Бланк ответов:** таблица с номерами утверждений, баллами и полем для записи ответов.

Таблица 5. Программа психологического сопровождения эмоциональных состояний лиц с рассеянным склерозом

№ занятия	Структура занятия	Цель
Занятие 1. Осознание эмоций		
	Теоретические основы эмоций	Изучить природу эмоций, их роль в выражении потребностей и выполнении функций.
	Упражнение «Позитивное осмысление»	Пересмотреть привычное восприятие негативных эмоций, освоить когнитивные техники перестройки.
	Упражнение «Анализ старых переживаний»	Осознать подавленные эмоции, улучшить навыки их выражения.
	Упражнение «Скрытые чувства»	Распознать скрытые негативные состояния.
	Упражнение «Пустой стул»	Освоить техники выражения собственных эмоций и разрешения внутренних конфликтов.
	Рефлексия	Подведение итогов.
Занятие 2. Выражение и регуляция эмоций	Релаксация	Освоить приемы восприятия сигналов тела для снижения напряжения.

	Упражнение «Методы управления стрессом»	Найти оптимальные стратегии преодоления стресса.
	Техника «Поиск общности»	Снизить напряжение в общении через подчеркивание общих целей и интересов.
	Техника «Подчеркивание значимости»	Снизить напряжение, подчеркивая значимость партнера и его достижений.
	Упражнение «Вербализация эмоций»	Научиться выражать как положительные, так и отрицательные чувства.
	Упражнение «Акцентирование»	Освоить методы анализа подавленных желаний для улучшения эмоционального состояния.
	Рефлексия	Подведение итогов.
Занятие 3. Изменение эмоций	Теория А. Эллиса	Ознакомить с подходом рационально- эмотивной терапии.
	Упражнение «Опровержение иррациональных идей»	Осознать и преодолеть нерациональные установки.
	Упражнение «Формирование рациональных идей»	Создать конструктивные установки.
	Упражнение «Совладающие образы»	Переключить негативные эмоции на позитивные.
	Упражнение «От "должен" к "хочу"»	Преодолеть эмоциональные последствия нерациональных убеждений.
	Рефлексия	Подведение итогов.

Занятие 4. Управление гневом и агрессией	Упражнение «Мой гнев»	Научиться конструктивному выражению гнева.
	Упражнение «Анализ злости»	Осознать причины гнева и агрессивных тенденций.
	Методы противодействия агрессии	Освоить приемы конструктивного реагирования на агрессию.
	Упражнение «Письмо к себе»	Использовать безопасные методы выражения враждебных чувств.
	Упражнение «Восприятие критики»	Научиться конструктивно воспринимать критику.
Занятие 5. Работа с тревогой и страхом	Упражнение «Я боюсь...»	Осознать тревожные эмоции и страхи.
	Упражнение «Осознание потребностей»	Проанализировать неудовлетворенные потребности, связанные со страхами.
	Упражнение «Работа с фобиями»	Освоить методы преодоления страхов.