

## Исследование психологических механизмов формирования дисфункциональных способов семейного реагирования на болезнь в семьях подростков с рассеянным склерозом

Владимир Леонидович Малыгин<sup>1</sup>, Екатерина Алексеевна Бойко<sup>2</sup>, Елена Витальевна Иванчук<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия

<sup>2</sup>ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Екатерина Алексеевна Бойко, [boykoea26@gmail.com](mailto:boykoea26@gmail.com)

### Резюме

**Обоснование:** по данным отечественных и зарубежных исследований заболеваемость рассеянным склерозом (РС) возрастает. Распространенность рассеянного склероза в детском возрасте (педиатрического РС) составляет от 2 до 6% от всех пациентов с этим заболеванием. Ввиду особенностей клинической картины заболевания и его последствий, для реабилитации детей и подростков с РС особо значимы социально-психологические аспекты, включая детско-родительские отношения. **Цель исследования:** изучить особенности детско-родительских отношений в семьях подростков, больных РС. **Пациенты и методы:** в исследовании приняли участие 128 человек (64 подростка и 64 их матери). По принципу гомогенности демографических и социальных показателей сформированы 2 группы. В экспериментальную группу включены семьи подростков с РС; в контрольную группу (КГ) — семьи здоровых подростков. В исследовании использованы клиничко-анамнестический метод; разработанное авторами исследования структурированное интервью; отечественные методики: Анализ семейной тревоги (АСТ) и Тест-опросник родительского отношения (ОРО); зарубежные методики: Шкала семейной адаптации и сплоченности (*Family Adaptation and Cohesion Scales, FACES-3*) и Шкала депрессии Бека (*Beck Depression Inventory, BDI*); статистический анализ результатов с помощью программы SPSS 23. **Результаты:** семьи подростков с РС пребывают в состоянии кризиса, обусловленного выявлением неврологического заболевания и сложным этапом возрастных изменений личности ребенка (подростковый кризис). Совместное воздействие указанных факторов, в сочетании с подавленным эмоциональным состоянием матери, провоцируют запуск регрессивных способов детско-родительского взаимодействия и оказывают дестабилизирующее воздействие на семейную систему. **Заключение:** полученные данные отражают необходимость разработки дифференцированных программ психологической поддержки семей подростков с РС с целью улучшения эмоционального состояния пациентов и их родственников, гармонизации семейных отношений. Учитывая особенности семей подростков с РС, определены возможные мишени психологической помощи.

**Ключевые слова:** рассеянный склероз, подростки, семья, хроническая болезнь, детско-родительские отношения

**Для цитирования:** Малыгин В.Л., Бойко Е.А., Иванчук Е.В. Исследование психологических механизмов формирования дисфункциональных способов семейного реагирования на болезнь в семьях подростков с рассеянным склерозом. *Психиатрия*. 2025;23(5):55–64. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-5-55-64>

RESEARCH

UDC 159.9.07

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-5-55-64>

## The Study of Psychological Mechanisms of Formation of Dysfunctional Ways of Family Response to the Disease in Families of Adolescents with Multiple Sclerosis

Vladimir L. Malygin<sup>1</sup>, Ekaterina A. Boyko<sup>2</sup>, Elena V. Ivanchuk<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "RosUniMed" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

<sup>2</sup>Scientific Practical Center of Pediatric Psychoneurology of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia

Corresponding author: Ekaterina A. Boyko, [boykoea26@gmail.com](mailto:boykoea26@gmail.com)

### Summary

**Background:** according to domestic and foreign studies, the prevalence of multiple sclerosis (MS) is increasing, with pediatric MS accounting for 2 to 6% of all cases. Due to the peculiarities of the clinical picture of the disease and its consequences, social and psychological aspects, including child-parent relations, are particularly important for the rehabilitation of children and adolescents with MS. **The aim** was to study the features of child-parent relations in the families of adolescents with MS. **Patients and Methods:** 128 people (64 adolescents and 64 their mothers) participated in the study, according to the principle of

homogeneity of demographic and social indicators 2 groups were formed. Experimental group made up families of adolescents with MS; control group (CG) included families of healthy adolescents. The study used the clinical and anamnestic method; structured interview; Analysis of family anxiety (AST); Scale of family adaptation and cohesion (FACES-3); The Beck Depression Inventory (BDI); The Parental Attitude Test Questionnaire; statistical analysis of the results using the SPSS 23 program. **Results:** families of adolescents with MS are in a state of crisis caused by the detection of a neurological disease and a complex stage of age-related personality changes in the child (adolescent crisis). The combined effects of these factors, in combination with the depressed emotional state of mother, provoke the launch of regressive methods of child-parent interaction and have a destabilizing effect on the family system. **Conclusion:** the data obtained reveal the expediency of developing differentiated psychological support programs for parents and adolescents with MS, aimed at improving their emotional state and harmonizing family relations. Taking into account the identified features of families of adolescents with MS, possible targets of psychological assistance have been identified.

**Keywords:** multiple sclerosis, adolescents, family, chronic illness, parent-child relationships

**For citation:** Malygin V.L., Boyko E.A., Ivanchuk E.V. The Study of Psychological Mechanisms of Formation of Dysfunctional Ways of Family Response to the Disease in Families of Adolescents with Multiple Sclerosis. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2025;23(5):55–64. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-5-55-64>

## ВВЕДЕНИЕ

Рассеянный склероз (РС) — хроническое демиелинизирующее аутоиммунное заболевание ЦНС, которое имеет сложную этиологию (связанную с генетическими факторами и факторами окружающей среды) и часто сопровождается депрессией, когнитивными дисфункциями и психологическим стрессом [1, 2]. По данным отечественных и зарубежных исследований распространенность РС возрастает, при этом педиатрический РС составляет от 2 до 6% от всех заболевших [3]. Ввиду особенностей клинической картины заболевания и его последствий для реабилитации детей и подростков с РС особо значимы социально-психологические аспекты, включая детско-родительские отношения. Семья ребенка может быть как поддерживающим, так и дестабилизирующим фактором в процессе лечения и реабилитации [4]. При этом современная помощь, предлагая множество лекарственных и немедикаментозных методов лечения ребенка с РС, зачастую игнорирует роль его семьи.

Ряд клинико-психологических отечественных и зарубежных исследований посвящен изучению психологических особенностей детей, больных хроническими заболеваниями, и их родителей, однако исследования РС в основном сосредоточены на психологических трудностях взрослых пациентов [5–8]. Результаты отечественного исследования анализа качества жизни подростков с РС отражают снижение качества жизни пациентов вследствие изменения физического и психосоциального функционирования [9]. Зарубежные исследования отмечают поведенческие и психосоциальные трудности детей и подростков [10], такие как депрессия, тревога или расстройства адаптации [11, 12]. Кроме того, по данным зарубежных исследований детско-родительских отношений при педиатрическом РС, родители детей с РС недостаточно удовлетворены своей родительской ролью, испытывают стресс, повышенную тревожность, беспокойство, проблемы со сном и отмечают снижение качества жизни [13, 14].

Большинство отечественных и зарубежных авторов отмечают целесообразность дальнейшего изучения психологических особенностей детей с РС и членов их семей для определения факторов, влияющих

на качество жизни при педиатрическом РС, выделения мишеней и стратегий психологической помощи пациентам и их семьям.

**Цель исследования:** изучить особенности детско-родительских отношений в семьях подростков, больных РС.

## ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 128 человек (64 подростка и 64 их матери). Были сформированы 2 группы:

- экспериментальная группа — семьи подростков с РС;
- контрольная группа (КГ) — семьи здоровых подростков.

Подростки с РС проходили амбулаторное или стационарное лечение в ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» Департамента здравоохранения г. Москвы, «Клинике детских болезней» ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России и консультативно-диагностическом отделении ФЦМН ФМБА России. Подростки КГ были обследованы в рамках профилактических осмотров.

Сбор анамнестических данных, касающихся истории жизни и болезни, особенностей индивидуального развития, образовательного и профессионального опыта, семейного положения и микросоциального окружения испытуемых, осуществлялся посредством клинико-анамнестического метода и специально разработанного структурированного интервью. Анализ медицинской документации позволил установить длительность заболевания подростков, уровень тяжести и особенности его течения, а также оценить преморбидные показатели пренатального и постнатального этапов развития, исключить наличие психопатологии у родителей. Применение структурированного интервью, представляющего собой стандартизированную процедуру анкетирования с заданным набором вопросов для подростков и их матерей, было направлено на диагностику социально-психологического статуса испытуемых и определение характера проявления подросткового кризиса.

**Таблица 1.** Демографические, клинические и психосоциальные особенности подростков из групп РС и КГ  
**Table 1** Demographic, clinical and psychosocial characteristics of adolescents from the MS and CG groups

Группа подростков/Group of adolescents	РС/MS n = 32 m ±	КГ/CG n = 32 m ±	p
Средний возраст (годы)/Average age (years)	14,41 (± 0,36)	14,31 (± 0,28)	0,8816
Пол (% девушек)/Gender (% of girls)	37,5%	56,3%	0,4835
Длительность заболевания (годы)/Duration of the disease (years)	1,56 (± 0,14)	na	nd
EDSS (Expanded disability status scale)	1,5–12,6% 2,0–21,8% 2,5–34,3% 3,0–25% 4,0–6,3%	na	nd
Продуктивный контакт/Productive contact	есть/yes	есть/yes	nd
Нарушения аффективной сферы/Affective sphere disorders	нет/no	нет/no	nd
Нарушения речи/Speech disorders	нет/no	нет/no	nd
Нарушения моторной функции/Motor function disorders	есть/yes	нет/no	nd
Самообслуживание/Self-service	сохранно/safe	сохранно/safe	nd
Снижение интеллекта/Decreased intelligence	нет/no	нет/no	nd
Посещение образовательного учреждения/Attendance at an educational institution	Школа/School — 78,2% Колледж/Junior college — 18,7% ВУЗ/University — 3,1%	Школа/School — 62,2% Колледж/Junior college — 25% ВУЗ/University — 12,6%	nd
Полная семья/Two-parent family	100%	100%	nd
Наличие сиблингов/Have siblings	40,6%	53,1%	nd

Характеристики и критерии включения подростков с РС ( $n = 32$ ) в экспериментальную группу: возраст от 12 до 17 лет (средний возраст 14,41 (± 0,36), из них девушки 37,5% ( $n = 12$ ), юноши — 62,5% ( $n = 20$ )); ремиттирующая форма течения РС вне обострения; негрубый неврологический дефицит (EDSS ≤ 4.0); отсутствие депрессии, снижения интеллекта; полная семья.

КГ сформирована по принципу однородности демографических и социальных характеристик выборки, включает 32 здоровых подростка в возрасте от 12 до 17 лет (средний возраст 14,31 (± 0,28), из них девушки 56,3% ( $n = 18$ ), юноши — 43,7% ( $n = 14$ )) без симптомов депрессии и снижения интеллекта, из полных семей. Сравнение демографических, клинических и психосоциальных особенностей подростков из групп РС и КГ представлено в табл. 1.

В исследование были включены матери подростков. Включение в исследование отцов было затруднено из-за их физического отсутствия в момент исследования. В исследование вошло 32 матери подростков с РС и 32 матери подростков КГ. Средний возраст матерей подростков с РС составил 41,13 года, матерей подростков КГ — 41,88 (± 4,15) года. В медицинской документации включенных в исследование матерей в анамнезе не отмечено нарушений аффективной сферы и инвалидирующих соматических заболеваний. Большинство матерей подростков с РС имеют высшее образование (65,7%,  $n = 21$ ), 34,3% ( $n = 11$ ) матерей имеют среднеспециальное образование; 81,2% ( $n = 26$ ) — работают, 18,8% ( $n = 6$ ) — не работают. Матери КГ в 68,8%

( $n = 22$ ) имеют высшее образование, 31,2% ( $n = 10$ ) — среднеспециальное; 87,4% ( $n = 28$ ) матерей работают, 12,6% — не работают.

Для оценки особенностей детско-родительских отношений использованы следующие психодиагностические методики:

1. Анализ семейной тревоги (АСТ) (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис) [15].
2. Шкала семейной адаптации и сплоченности (Family Adaptation and Cohesion Scales, FACES-3) (D. Olson, J. Portner, Y. Lavee; в адаптации Э.Г. Эйдемиллер, М.Ю. Городновой) [16].
3. Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI) в адаптации Н.В. Тарабриной [17].
4. Тест-опросник родительского отношения (ОРО) (А.Я. Варга, В.В. Столин) [18].

Статистический анализ результатов проведен с помощью программы SPSS 23, с использованием непараметрического анализа по критерию Манна–Уитни, а также для анализа тенденций по уровню  $\chi^2$  с поправкой Йейтса при малом числе наблюдений в подгруппах. Статистически значимым считалось отличие показателей при  $p \leq 0,05$ . Корреляционный анализ проведен с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена, значимыми принимались корреляции при  $p \leq 0,05$ .

#### Этические аспекты

Во всех случаях получено информированное согласие родителей и подростков на участие в исследовании. Проведенное исследование соответствовало

**Таблица 2.** Средние значения, стандартные отклонения и значимые различия в группах подростков с РС и КГ по данным методик «Шкала депрессии Бека», «Анализ семейной тревоги (АСТ)»

**Table 2** Mean values, standard deviations and significant differences in groups of adolescents with MS and CG according to the methods «Beck Depression Inventory», «Analysis of Family Anxiety (AST)»

Шкалы/Scales	РС/MS			КГ/CG		p
	Среднее/mean	Стандартное отклонение/standard deviation	Среднее/mean	Стандартное отклонение/standard deviation		
Шкала депрессии Бека/BDI (суммарный балл)	2,19	1,533	4,19	1,975	< 0,001*	
АСТ/Analysis of family anxiety	общая семейная тревожность/general family anxiety	13,75	3,637	9,75	4,355	< 0,001*
	вина/guilt	3,34	1,558	2,56	1,777	0,029
	тревога/anxiety	5,44	1,585	3,38	2,121	< 0,001*
	напряженность/tension	4,97	1,492	3,81	1,768	0,009

Примечание: \* статистически значимые различия  
Note: \* statistical significance

Положениям Хельсинкской декларации 1964 г., рассмотренной в 2024 г., и одобрено Межвузовским комитетом по этике (протокол № 05–24 от 16.05.2024).

#### Ethical aspects

In all cases, parents and adolescents signed informed consent to participate in the survey. The study complied with the provisions of the Helsinki Declaration 1964 amended 2024 and was approved by the Interuniversity Ethics Committee (protocol № 05–24 dated 16.05.2024).

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Средние значения, стандартные отклонения и значимые различия по данным методик представлены в табл. 2 (группы подростков) и табл. 3 (группы матерей).

По данным методики АСТ выявлен высокий уровень «общей семейной тревожности» и «тревоги» у подростков с РС, в сравнении с КГ ( $p < 0,001$ ) (табл. 2). Психозоциональный фон матерей подростков с РС характеризуется повышенной общей семейной тревожностью ( $p < 0,001$ ), тревогой ( $p < 0,001$ ), виной ( $p < 0,001$ ) и напряжением ( $p < 0,001$ ), по сравнению с матерями подростков КГ (табл. 3).

По результатам FACES-3 подростки с РС в 46,9% случаев в «реальном» варианте и в 53,1% случаев в «желаемом» варианте оценивают свою эмоциональную близость с родителями как дисфункциональную («сцепленный тип»), тогда как в КГ данный тип эмоциональной близости отмечают 12,5% в «реальном» варианте и 34,4% в «желаемом» (отличие РС от КГ значимо при  $p = 0,0026$  и  $p = 0,0058$ ). Оценка семейной адаптации в группе подростков с РС в большинстве случаев (84,6%) выявляет дисфункциональный «хаотичный тип» ( $p = 0,001$ ), в «желаемом» варианте отмечается увеличение встречаемости данного типа адаптации в этой группе до 96,90% случаев. При оценке семейной сплоченности в группе матерей подростков с РС в «реальном» и «желаемом» вариантах

распространен дисфункциональный «сцепленный тип» (59,4% и 71,9%), так же как и в группе подростков с РС. Полученные данные по семейной адаптации в группе матерей подростков с РС, как и данные группы их детей, отражают дисфункциональный «хаотичный тип» в 93,8% случаев в «реальном» варианте и в 100,0% случаев в «желаемом». Анализируя соотношение типа семейной сплоченности и адаптации выявлено, что для большинства семей подростков с РС (по ответам подростков — 46,9%, по ответам матерей — 56,3%) характерен несбалансированный тип семейной системы — «хаотичный сцепленный», характеризующийся дисфункциональными типами сплоченности и адаптации. Остальные семьи подростков с РС (37,5%) распределены по среднесбалансированным типам семейной системы, они имеют дисфункциональный уровень адаптации (хаотичный), при функциональном уровне сплоченности (разделенный и связанный типы). В КГ широко представлены разные уровни семейной адаптации и сплоченности, а также различные типы сбалансированности. Необходимо отметить, что «хаотичный тип» адаптации семейная система может приобретать в моменты кризиса. По соотношению показателей «реального» и «желаемого» можно судить о степени удовлетворенности семейными отношениями. Семьи подростков с РС не удовлетворены своими семейными отношениями, они стремятся к еще большей дисфункциональной близости, что может свидетельствовать о запуске регрессивных способов взаимодействия подростков с РС и их родителей в стрессовой ситуации.

По данным Шкалы депрессии Бека, у матерей подростков с РС значимо чаще, чем у матерей подростков КГ (68,8% и 25,0% соответственно,  $p = 0,0007$ ), выявляется наличие симптомов субдепрессии и умеренной депрессии.

По данным методики ОРО матери подростков с РС, в отличие от матерей подростков КГ, демонстрируют большее стремление к сотрудничеству со своими детьми (высокий балл по шкале «кооперация» у матерей

**Таблица 3.** Средние значения, стандартные отклонения и значимость различий в группах матерей подростков из групп РС и КГ по данным методик «Шкала депрессии Бека», «Опросник родительского отношения (ОРО)», «Анализ семейной тревоги (АСТ)»

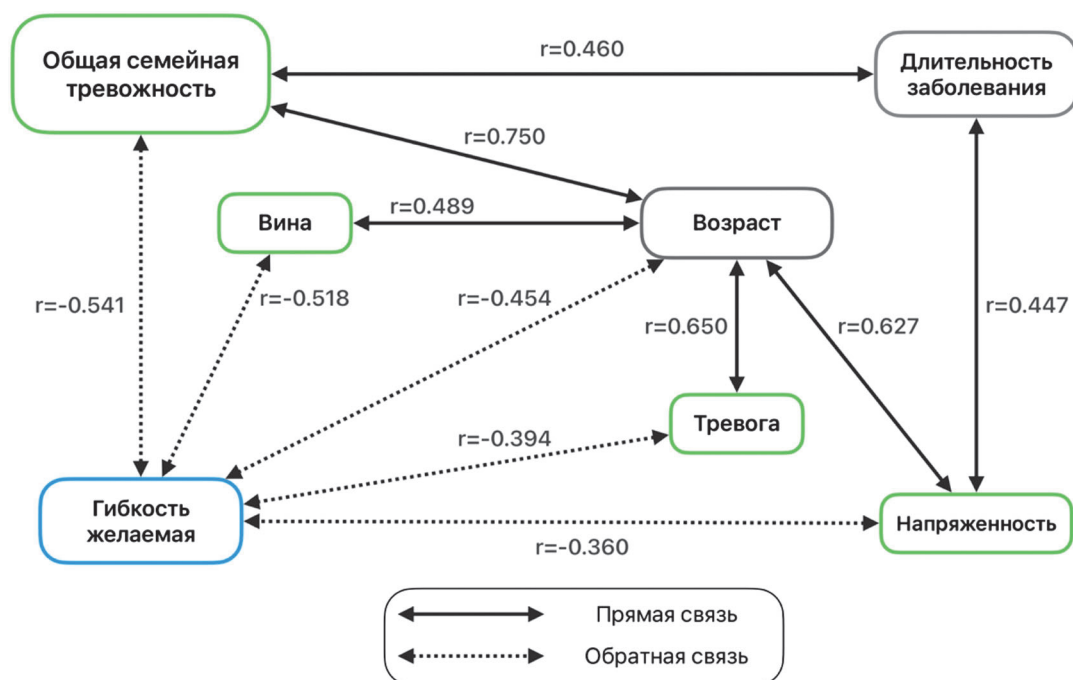
**Table 3** Means, standard deviations and significance of differences in groups of mothers of adolescents from the RS and CG groups according to the methods «Beck Depression Inventory», «Parental Attitude Test Questionnaire», «Analysis of Family Anxiety (AST)»

Шкалы/Scales	РС/ MS		КГ/ CG		p	
	Среднее/ mean	Стандартное отклонение/ standard deviation	Среднее/ mean	Стандартное отклонение/ standard deviation		
Шкала депрессии Бека/ BDI (суммарный балл)	12,22	3,59	6,88	3,966	< 0,001*	
ОРО/ Parental Attitude Test Questionnaire	принятие-отвержение/ acceptance-rejection	10,81	1,203	10,75	2,436	0,685
	кооперация/cooperation	6,63	0,907	4,63	1,129	< 0,001*
	симбиоз/symbiosis	4,53	1,218	3,81	0,78	0,016*
	контроль/control	3,78	1,431	2,16	1,194	< 0,001*
	отношение к неудачам/attitude to failure	1,69	0,859	1,91	0,928	0,324
АСТ / Analysis of family anxiety	общая семейная тревожность/ general family anxiety	13,94	3,636	7,13	3,652	< 0,001*
	вина/guilt	3,91	1,445	1,91	1,201	< 0,001*
	тревога/anxiety	4,84	1,668	2,88	1,737	< 0,001*
	напряженность/tension	5,19	1,512	2,34	1,405	< 0,001*

Примечание: \* статистически значимые различия  
 Note: \* statistical significance

группы РС в 87,5%, у матерей КГ — ни в одном случае,  $p = 0,0001$ ), при этом стремятся к отсутствию психологической дистанции между собой и ребенком (высокий балл по шкале «симбиоз» у матерей группы РС в 21,9%,

у матерей КГ — ни в одном случае,  $p = 0,016$ ), чаще проявляют авторитарный стиль воспитания (высокий балл по шкале «контроль» у матерей группы РС — 21,9%, у матерей КГ — 0%,  $p = 0,0002$ ), что характерно для



**Рис. 1.** Значимые взаимосвязи элементов семейной системы с эмоциональным состоянием, возрастом и длительностью заболевания у подростков с РС

**Fig. 1** Significant correlations of family system elements with emotional state, age, and disease duration among adolescents with MS

детско-родительского взаимодействия с детьми младшего возраста.

Корреляционный анализ данных групп подростков с РС и их матерей позволил определить некоторые особенности во внутрисемейном взаимодействии исследуемых групп. Возраст и длительность заболевания подростков с РС имеет прямую взаимосвязь с уровнем эмоционального комфорта во внутрисемейном взаимодействии, а также возраст имеет обратную взаимосвязь с уровнем адаптации (рис. 1). Хаотичный тип адаптации также имеет обратную взаимосвязь с показателями АСТ (уровень общей семейной тревожности, личной тревоги, вины и напряженности), что можно интерпретировать как дезадаптивный способ реагирования на кризисную ситуацию.

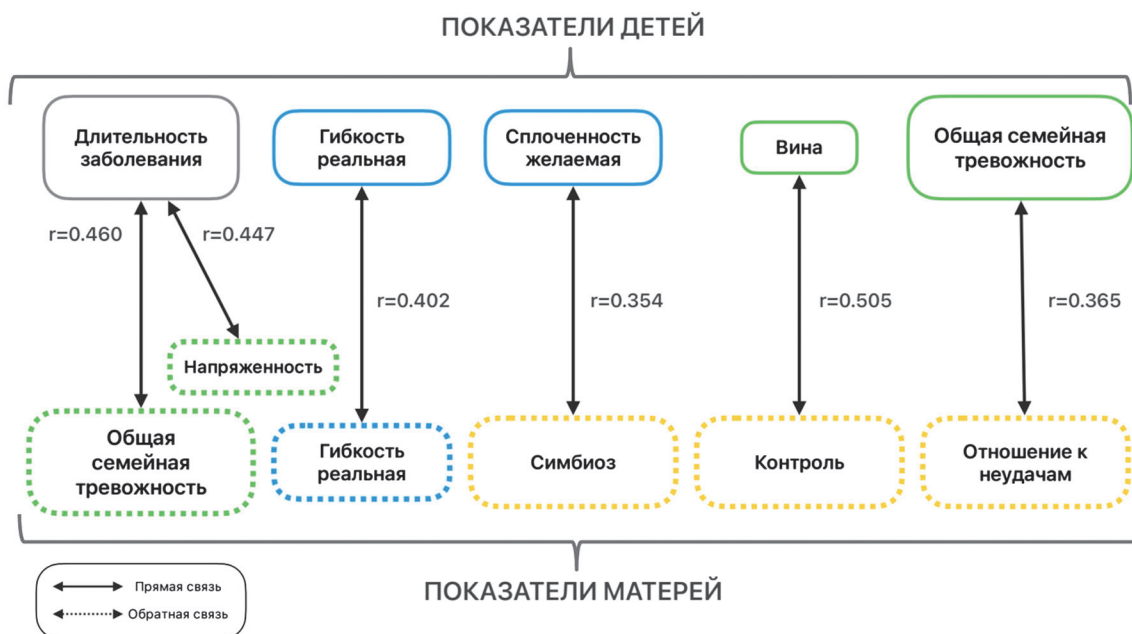
В группе матерей подростков с РС (рис. 2) отмечается прямая взаимосвязь между высокой эмоциональной близостью со своими детьми и стремлением к симбиотическим отношениям с ними. Эти матери могут испытывать тревогу при стремлении их ребенка к независимости, проявлять авторитарный стиль воспитания, что может усиливать у родителя чувство вины. Как и у подростков с РС, обнаруживается стремление к дисфункциональной эмоциональной близости матерей со своими детьми, что также снижает адаптивные возможности семейной системы в целом и подтверждает наличие кризиса в семье.

Выявлена прямая корреляционная связь между длительностью заболевания подростка и нарастанием психоэмоционального неблагополучия во внутрисемейном



**Рис. 2.** Значимые взаимосвязи элементов семейной системы с эмоциональным состоянием, родительским отношением у матерей подростков с РС

**Fig. 2** Significant correlations of family system elements with emotional state and parental attitude among mothers of adolescents with MS



**Рис. 3.** Значимые взаимосвязи элементов семейной системы с эмоциональным состоянием членов семьи и длительностью заболевания в семьях подростков с РС

**Fig. 3** Significant correlations of family system elements with the emotional state of family members and the duration of the disease in families of adolescents with MS

взаимодействии матери («общая семейная тревожность», «напряженность»). Авторитарный стиль воспитания, чрезмерный контроль ребенка со стороны матери может вызывать у подростка с РС усиление чувства вины. Согласно результатам, поведение членов семьи подростков с РС (и матерей, и подростков) непредсказуемое и хаотичное, прослеживается стремление к еще большей эмоциональной близости и размытию границ внутри семьи (рис. 3).

## ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящем исследовании впервые на российской выборке изучены особенности детско-родительских отношений, структура семейной системы и проведена оценка адаптивных способностей в семьях подростков с РС. Полученные данные исследования позволяют описать эмоциональное состояние подростков с РС и их матерей, выделить факторы, дестабилизирующие семейную систему, а также оценить особенности внутрисемейного взаимодействия в диаде мать–ребенок и сформировать модель дисфункциональных способов реагирования на болезнь в семьях подростков с РС.

Психоземotionalный фон подростков с РС отличается преобладанием повышенного уровня тревоги, чувства беспомощности, что соотносится с данными зарубежных исследований [11, 12] и может быть связано с общей семейной тревожностью, беспокойством о собственном здоровье и с неопределенным течением заболевания.

У матерей подростков с РС выявляются высокий уровень тревоги, симптомы легкой и умеренной депрессии (отсутствие веры в будущее, сильная усталость, низкая

самооценка, чувство вины и подавленное настроение, что также соотносится с данными зарубежных авторов [13, 14]). Эмоциональный фон матери может оказывать существенное влияние на взаимодействие с ребенком, способствовать формированию авторитарного стиля воспитания, сочетающегося со стремлением к симбиотическим отношениям с подростком. Авторитарный стиль воспитания и стремление к симбиозу не соответствуют возрастным потребностям подростков [19], усиливают у них чувство вины и тревоги.

Наибольшее число семей подростков с РС характеризуется наличием несбалансированной семейной системы («хаотичный сцепленный») с неустойчивым руководством, импульсивностью в принимаемых решениях, непостоянными семейными ролями и непредсказуемыми изменениями внутрисемейной структуры. Такие семейные системы отличаются слабыми внутренними границами и жесткими внешними, зависимостью членов семьи друг от друга. Для меньшей части исследованных семей подростков с РС характерен среднесбалансированный тип семейной системы. Под воздействием стресса, связанного с адаптацией к заболеванию, большинство подростков с РС и их родителей склонны к усилению патологической эмоциональной близости и использованию дезадаптивных стратегий поведения.

Семьи подростков с РС пребывают в состоянии кризиса, обусловленного несколькими факторами: выявлением неврологического заболевания и сложным этапом возрастных изменений личности ребенка (подростковый кризис). Совместное воздействие указанных факторов в сочетании с подавленным эмоциональным состоянием матери провоцируют запуск регрессивных способов детско-родительского взаимодействия и оказывают дестабилизирующее воздействие на семейную систему (рис 4).

### Сильные стороны и ограничения исследования

Детско-родительские отношения в семьях, столкнувшихся с серьезным хроническим заболеванием подростка, остается актуальной и недостаточно разработанной темой в современной медицинской психологии. РС вызывает значительный интерес исследователей, поскольку оказывает ощутимое влияние на социальную жизнь семьи. Данная работа — первое исследование детско-родительских отношений в семьях подростков с РС на российской выборке.

Полученные данные позволяют разрабатывать рекомендации для врачей, медицинских психологов, педагогов, социальных работников, направленные на улучшение психологической поддержки и создание условий благоприятного социального климата в семье. Результаты исследования также способствуют созданию дифференцированных реабилитационных программ.

Использование качественного метода (интервью, наблюдения), количественных методов (опросников, тестов) и статистического анализа данных позволяет выявить механизмы формирования дисфункционального внутрисемейного взаимодействия, определить



**Рис. 4.** Модель формирования дисфункциональных способов семейного реагирования на болезнь в семьях подростков с РС

**Fig. 4** Formation model of dysfunctional ways of family response to the disease in families of adolescents with MS

индивидуальные характеристики подростков и матерей, их личностные ресурсы и дефициты.

Ограничения исследования обусловлены невысокой распространенностью педиатрического РС и малым объемом выборки, что уменьшает возможность экстраполяции полученных результатов на более широкую популяцию. Участниками исследования были исключительно матери и подростки, тогда как роль отцов и других значимых взрослых родственников и сиблингов не изучалась, что не в полной мере отражает всю сложность внутрисемейного взаимодействия. Данное исследование отражает особенности детско-родительского взаимодействия без динамического наблюдения. Несмотря на указанные ограничения, полученные результаты могут стать основой для последующих исследований и разработки эффективных мер помощи семьям подростков с РС.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные эмпирические данные свидетельствуют о кризисном состоянии семей подростков с РС и дисфункциональных способах реагирования на возникновение хронического заболевания у ребенка, а также отражают необходимость разработки программ психологической поддержки подростков, страдающих РС, и их родителей.

Учитывая выявленные особенности семей подростков с РС, определены возможные мишени психологической помощи.

1. Психотерапевтическая работа с матерями подростков с РС нацелена на следующие мишени:

- a) трудности в принятии диагноза, переоценке планов на ближайшее будущее с учетом прогнозов течения заболевания;
- b) высокий уровень тревоги;
- c) стресс и психологическое истощение;
- d) симптомы легкой и умеренной депрессии;
- e) недостаток знаний о рассеянном склерозе;
- f) дисгармоничный стиль воспитания;

2. Психотерапевтическая работа с подростками с РС направлена на такие мишени как:

- a) трудности в принятии диагноза, переоценке планов на ближайшее будущее с учетом прогнозов течения заболевания;
- b) недостаток знаний о заболевании, его течении, прогнозах;
- c) психопрофилактика симптомов депрессии;
- d) тревожные состояния (в том числе связанные с неопределенностью течения заболевания);
- e) развитие навыков саморегуляции (в том числе эмоциональной устойчивости, навыков асертивного поведения);
- f) создание условий для формирования функциональных и сбалансированных отношений в семье (установление адекватной эмоциональной дистанции).

Учет выявленных мишеней в разработке программ психологической поддержки семьям подростков с РС

позволит обеспечить комплексный подход к улучшению качества жизни этих семей.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Бойко АН, Быкова ОВ, Сиверцева СА. Рассеянный склероз у детей и подростков: клиника, диагностика, лечение. М. ООО «Медицинское информационное агентство». 2016:408. ISBN 978-5-9986-0282-5  
Bojko AN, Bykova OV, Siverceva SA. Multiple sclerosis in children and adolescents: clinical features, diagnostics, treatment. М. "Medical Information Agency". 2016:408. (In Russ.). ISBN 978-5-9986-0282-5
2. Chabas D, Strober J, Waubant E. Pediatric multiple sclerosis. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2008;(8):434–441. doi: 10.1007/s11910-008-0067-1
3. Галым АГ, Идрисова ЖР. Особенности развития демиелинизирующих заболеваний спектра рассеянного склероза у детей. *Вестник КазНМУ.* 2019;(1):154–156.  
Galym AG, Idrisova ZhR. Features of the development of demyelinating diseases of the multiple sclerosis spectrum in children. *Vestnik KazNMU.* 2019;(1):154–156. (In Russ.).
4. Шац ИК, Коваленко ВВ. Развитие детско-родительских отношений в трудных жизненных ситуациях. *Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина.* 2011;5 (4):120–129.  
Shats IK, Kovalenko VV. Development of relations between children and parents in difficult reality situations. *Pushkin Leningrad State University journal.* 2011;5 (4):120–129. (In Russ.).
5. Васильева НВ, Николаев ЕЛ. Клинико-психологические особенности нарушения социального функционирования у больных рассеянным склерозом. *Практическая медицина.* 2017;102(1):51–54.  
Vasil'eva NV, Nikolaev EL. Clinical and psychological features of social dysfunction in multiple sclerosis patients. *Practical Medicine.* 2017;102(1):51–54. (In Russ.).
6. Малыгин ВЛ, Бойко АН, Коновалова ОЕ, Пахтусова ЕЕ, Думброва ЕВ, Тишина ИА, Малыгин ЯВ. Особенности тревожных и депрессивных расстройств у больных рассеянным склерозом на различных этапах болезни. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски.* 2019;119(2–2):58–63. doi: 10.17116/jnevro20191192258  
Malygin VL, Bojko AN, Konovalova OE, Pahtusova EE, Dumbrova EV, Tishina IA, Malygin JaV. Anxiety and depressive psychopathological characteristics of patients with multiple sclerosis at different stages of disease. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2019;119(2–2):58–63. (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro20191192258
7. Губская КВ, Малыгин ЯВ, Александрова АЮ. Многофакторная модель предикторов развития депрессивных нарушений при рассеянном склерозе:

- лонгитюдное проспективное исследование. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(2):11–17. doi: 10.14412/2074-2711-2024-2S-11-17
- Gubskaja KV, Malygin JaV, Aleksandrova AJu. Multifaktornaja model' prediktorov razvitija depressivnyh narushenij pri rassejannom skleroze: longitjudnoe prospektivnoe issledovanie. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(2):11–17. (In Russ.). doi: 10.14412/2074-2711-2024-2S-11-17
8. Дибривная КА, Ениколопова ЕВ, Зубкова ЮВ, Бойко АН. Особенности совладающего поведения (копинг-стратегий) у больных рассеянным склерозом (обзор). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2013;113(2–2):48–52. Dibrivnaja KA, Enikolopova EV, Zubkova JuV, Wojko AN. Characteristics of coping strategies in patients with multiple sclerosis (review). *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2013;113(2–2):48–52. (In Russ.).
  9. Платонова А, Быкова О, Виньярская И, Кузенкова Л. Качество жизни подростков с рассеянным склерозом на фоне терапии интерфероном бета-1а для подкожного введения. *Вопросы современной педиатрии*. 2009;(2):99–103. Platonova A, Bykova O, Vinyarskaya I, Kuzenkova L. Quality of life in adolescents with multiple sclerosis treated with interferon beta-1a for subcutaneous injection. *Current Pediatrics*. 2009;(2):99–103. (In Russ.).
  10. Бойко ЕА, Иванчук ЕВ, Латий КР, Малыгин ВЛ, Быкова ОВ, Батышева ТТ. Психосоциальные последствия и функционирование семьи детей и подростков, больных рассеянным склерозом. Обзор зарубежных исследований. *Детская и подростковая реабилитация*. 2021;1(44):48–52. Wojko EA, Ivanchuk EV, Latij KR, Malygin VL, Bykova OV, Batysheva TT. Psychosocial effects and family functioning of children and adolescents with multiple sclerosis. Review. *Child and adolescent rehabilitation*. 2021;1(44):48–52. (In Russ.).
  11. Tarantino S, Proietti Checchi M, Papetti L, Monte G, Ferilli MAN, Valeriani M. Neuropsychological performances, quality of life, and psychological issues in pediatric onset multiple sclerosis: a narrative review. *Neurol Sci*. 2024;45(5):1913–1930. doi: 10.1007/s10072-023-07281-y
  12. MacAllister WS, Belman AL, Milazzo M, Weisbrot DM, Christodoulou C, Scherl WF, Preston TE, Cianciulli C, Krupp LB. Cognitive functioning in children and adolescents with multiple sclerosis. *Neurology*. 2005;64(8):1422–5. doi: 10.1212/01.WNL.0000158474.24191.BC
  13. Uccelli M, Ponzio M, Traversa S. What factors influence feeling competent as a parent with multiple sclerosis? *Chronic Illness*. 2019;18(1):46–57. doi: 10.1177/1742395319895310
  14. Marrie RA, O'Mahony J, Maxwell C, Ling V, Yeh EA, Arnold DL, Bar-Or A, Banwell B; Canadian Pediatric Demyelinating Disease Network. Increased mental health care use by mothers of children with multiple sclerosis. *Neurology*. 2020;94(10):1040–1050. doi: 10.1212/WNL.0000000000008871
  15. Эйдемиллер ЭГ, Юстицкис ВВ. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. Санкт-Петербург. Питер. 2008:672. Jejdemiller JeG, Justickis VV. Psychology and psychotherapy of the family. 4th edition. St. Petersburg. Piter. 2008:672. (In Russ.).
  16. Эйдемиллер ЭГ, Никольская ИМ. Семейная психотерапия и клиническая психология семьи. *Российский семейный врач*. 2005;9(2):16–21. Jejdemiller JeG, Nikol'skaja IM. Family psychotherapy and clinical psychology of the family. *Russian Family Doctor*. 2005;9(2):16–21. (In Russ.).
  17. Тарабрина НВ. Основные итоги и перспективные направления исследований посттравматического стресса. *Психологический журнал*. 2003;24(4):5–19. Tarabrina NV. Key findings and future directions for post-traumatic stress research. *Psychological Journal*. 2003;24(4):5–19. (In Russ.).
  18. Голубева ЕВ, Истратова ОН. Диагностика типов детско-родительских отношений. *Российский психологический журнал*. 2009;6(1):25–34. Golubeva EV, Istratova ON. Diagnostics of types of parent-child relationships. *Russian Psychological Journal*. 2009;6(1):25–34. (In Russ.).
  19. Прихожан АМ. Проблема подросткового кризиса. *Психологическая наука и образование*. 1997;2(1):82–87. Prihozhan AM. The problem of adolescent crisis. *Psychological Science and Education*. 1997;2(1):82–87. (In Russ.).

**Сведения об авторах.**

*Владимир Леонидович Малыгин*, доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой, кафедра психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии, ФГБОУ ВО «РосУниМед» Минздрава России, Москва, Россия

malyginvl@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-0269-7361>

*Екатерина Алексеевна Бойко*, клинический психолог, медицинский психолог, научный сотрудник, ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва, Россия

boykoea26@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-1166-6222>

*Елена Витальевна Иванчук*, клинический психолог, медицинский психолог, ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва, Россия

ev.ivanchuk@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-2926-8628>

**Information about the authors**

*Vladimir L. Malygin*, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of Department, Department of Psychological Counseling, Psychocorrection and Psychotherapy, FSBEI HE "RosUniMed" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

malyginvl@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-0269-7361>

*Ekaterina A. Boyko*, Clinical Psychologist, Researcher, The Scientific Practical Center of Pediatric Psychoneurology of the Department of Health Care of Moscow, Moscow, Russia

boykoea26@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-1166-6222>

*Elena V. Ivanchuk*, Clinical Psychologist, The Scientific Practical Center of Pediatric Psychoneurology of the Department of Health Care of Moscow, Moscow, Russia

ev.ivanchuk@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-2926-8628>

**Вклад авторов**

*Малыгин В.Л.* — концептуализация, методология, администрирование проекта, создание рукописи и ее редактирование, руководство исследованием;

*Бойко Е.А.* — концептуализация, формальный анализ, проведение исследования, создание рукописи и ее редактирование;

*Иванчук Е.В.* — проведение исследования, визуализация, создание черновика рукописи.

**Authors' contributions**

*Vladimir L. Malygin* — conception, methodology, project administration, writing the original draft and editing;

*Ekaterina A. Boyko* — conception, analysis, data acquisition, writing the original draft and editing;

*Elena V. Ivanchuk* — data acquisition, visualization, writing the original draft.

**Конфликт интересов/Conflict of interests**

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

*The authors declare no conflict of interests.*

Дата поступления 02.06.2025  
Received 02.06.2025

Дата рецензирования 17.07.2025  
Revised 17.07.2025

Дата принятия к публикации 22.07.2025  
Accepted for publication 22.07.2025