

Выявление аффективных нарушений в период установления диагноза «рассеянный склероз»

Н.В. Зарубина

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, г. Ярославль

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: изучить эмоциональные нарушения и способы реагирования на стресс у больных рассеянным склерозом (РС) на диагностическом этапе.

Дизайн: сравнительное проспективное исследование.

Материалы и методы. Обследованы 30 больных РС, которые не получали препараты, изменяющие течение заболевания. Возраст пациентов — 34 ± 9 лет, оценка по расширенной шкале инвалидизации Дж. Куртцке — $1,7 \pm 1,3$ балла.

Применялись шкала депрессии А. Бека и шкала самооценки депрессии НИИ им. В.М. Бехтерева, шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга — Ю.Л. Ханина, шкала астенического состояния Л.Д. Малковой, методика для психологической диагностики копинг-механизмов Э. Хейма, опросник «Способы совладания со стрессом».

Результаты. Больные РС были распределены на группы с симптомами и без симптомов депрессии ($n = 18$ и $n = 12$ соответственно).

В группе с депрессией статистически значимо чаще ($p < 0,05$) регистрировались астенические проявления и тревожные расстройства, выражение эмоциональных реакций в виде «эмоциональной разрядки» с фиксацией на негативных проявлениях. Для сокращения стрессовых воздействий пациенты выбирали «поведенческий уход от проблемы».

Заключение. Выявленные аффективные нарушения ухудшают общее состояние больных РС, снижают уровень устойчивости к стрессу и способность к социальной адаптации, ведут к усложнению симптоматики и возможному прогрессированию болезни.

Ключевые слова: рассеянный склероз, депрессия, тревога, копинг-механизмы, способы совладания со стрессом.

Для цитирования: Зарубина Н.В. Выявление аффективных нарушений в период установления диагноза «рассеянный склероз». Доктор.Ру. 2023;22(6):35–39. DOI: 10.31550/1727-2378-2023-22-6-35-39

Identification of Affective Disorders During the Diagnosis of Multiple Sclerosis

Zarubina N.V.

Yaroslavl State Medical University; 5 Revolutionary Str., Yaroslavl, Russian Federation 150000

ABSTRACT

Aim: To study emotional disorders and response to stress in patients with multiple sclerosis (MS) at the diagnostic stage.

Design: Comparative prospective study.

Materials and methods. We examined 30 MS patients who were not taking any disease-modifying drugs. The age of patients was 34 ± 9 years; Kurtzke Expanded Disability Status Scale: 1.7 ± 1.3 points.

Beck Self-Rating Depression Inventory and V. M. Bekhterev Self-Rating Depression Inventory, State-Trait Anxiety Inventory, Asthenic State Scale, Psychological Diagnostics of Coping Mechanisms, Coping Strategies questionnaire, were used.

Results. MS patients were divided into groups depending on the presence/absence of symptoms of depression ($n = 18$ and $n = 12$).

The patients with depression had statistically higher ($p < 0.05$) number of asthenic manifestations and anxiety disorders, emotional releases with fixation on negative events. In order to reduce stress, patients chose to avoid the problem.

Conclusion. Identified emotional disorders aggravate the overall condition of MS patients, reduce stress tolerance and ability to social adaptation; they lead to more complex symptoms and possible disease progression.

Keywords: multiple sclerosis, depression, anxiety, coping mechanisms, ways of coping with stress.

For citation: Zarubina N.V. Identification of affective disorders during the diagnosis of multiple sclerosis. Doctor.Ru. 2023;22(6):35–39. (in Russian). DOI: 10.31550/1727-2378-2023-22-6-35-39

ВВЕДЕНИЕ

Рассеянный склероз (РС) является хроническим демиелинизирующим заболеванием, в основе которого лежат аутоиммунные и нейродегенеративные процессы, приводящие к множественному очаговому и диффузному поражению ЦНС [1–4].

Первые симптомы РС носят непостоянный характер и неспецифичны: пациенты предъявляют жалобы на выпадение полей зрения, двоение в глазах, нарушение походки, повышенную утомляемость, а также снижение чувствительности в конечностях. С момента появления первых симптомов до возникновения устойчивых неврологических нарушений проходит несколько лет. Больные в первую очередь обраща-

ются за помощью к врачам соматической практики и только потом к врачам-неврологам. Диагноз РС устанавливается согласно критериям В.И. Макдональда (2010, 2017) и требует тщательной дифференциальной диагностики с другими демиелинизирующими и системными заболеваниями [2, 5].

В период, когда пациент находится в ожидании установления диагноза, на первое место по степени выраженности и значимости для него выходят неврологические нарушения, тогда как проявления тревоги, колебания настроения, общая слабость, усталость, снижение трудоспособности и раздражительность, снижение массы тела, головные боли, нарушения сна уходят на второй план [6–10].

✉ Зарубина Наталья Владимировна / Zarubina, N.V. — E-mail: ntshzarubina@rambler.ru



Оригинальная
статья



Original
Paper

Более углубленное психологическое исследование уже на начальном этапе выявляет у 60–80% больных РС тревожные и у 63% — депрессивные нарушения, при этом в 35% случаев регистрируются проявления агрессивного поведения [11, 12]. Сочетание данных видов эмоциональных нарушений у больных РС приводит к выраженной дезадаптации личности и снижению качества жизни больных [13], в то время как при наличии одного вида эмоциональных нарушений личностных дефектов такого рода не отмечается [14]. Считается, что симптомы депрессии наблюдаются у больных РС как реакция на инвалидизирующее заболевание или как проявление очагового поражения головного мозга [3, 11, 15]. Существуют также данные, свидетельствующие о возможности прямой связи между возникновением или обострением РС и психологической травмой или стрессом [16–20].

Целью исследования было изучение эмоциональных нарушений и способов реагирования на стресс у больных рассеянным склерозом на диагностическом этапе.

Работа проведена на базе кафедры нервных болезней с медицинской генетикой и нейрохирургией Ярославского государственного медицинского университета Минздрава России.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании принимали участие 30 больных РС, которые не получали препараты, изменяющие течение РС (ПИТРС). На момент обследования возраст пациентов составлял от 15 до 45 лет (в среднем 34 ± 9 лет), средняя оценка по расширенной шкале инвалидизации Дж. Куртцке (англ. Expanded Disability Status Scale, EDSS) — $1,7 \pm 1,3$ балла, средняя длительность заболевания — 7 ± 5 лет. Перед включением в исследование все больные подписывали информированное согласие на участие.

Набор пациентов происходил с учетом *критериев включения*: достоверного диагноза РС по критериям В.И. Макдональда (2010, 2017); готовности больного к сотрудничеству и способности выполнять задачи в рамках исследования. *Критериями исключения* были: отказ в дальнейшем принимать назначенные ПИТРС; прием антидепрессантов на протяжении последних 6 месяцев (на момент опроса).

Изучение эмоциональной сферы проведено методами экспериментально-психологической диагностики. Для выявления депрессии применялись шкала депрессии А. Бека и шкала самооценки депрессии, разработанная в НИИ им. В.М. Бехтерева [21, 22]. Диагноз депрессивного расстройства устанавливался врачом-психиатром в соответствии с критериями МКБ-10, клинические симптомы соответствовали выставленным диагнозам с шифрами F32, F33, F34, F43.

Обследование включало анкетирование по шкале оценки уровня реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга — Ю.Л. Ханина, шкале астенического состояния (ШАС), созданной Л.Д. Малковой и адаптированной Т.Г. Чертовой на основе Миннесотского многоаспектного личностного опросника (англ. Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Совладающее поведение исследовано с помощью методики для психологической диагностики копинг-механизмов Э. Хейма и опросника «Способы совладания со стрессом» (англ. Coping Orientation to Problems Experienced Inventory, COPE), созданного на основе опросника «Способы совладающего поведения» (англ. Ways of Coping Questionnaire) и предложенного в качестве модели саморегуляции поведения [18, 23–25].

Сравнение по количественным признакам выполнено с применением U-критерия Манна — Уитни. Направление

и теснота корреляции между двумя количественными показателями с распределением, отличным от нормального, оценены с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r_s). Различия средних абсолютных и относительных величин, коэффициентов ассоциации считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У участников исследования диагностировался ремитирующий РС (РРС). В процессе изучения эмоционального состояния были выделены две группы пациентов — с симптомами и без симптомов депрессии.

Больные РС без депрессии (*группа РРС*) составили 40,0% ($n = 12$), из них мужчин было 41,7% ($n = 5$), женщин — 58,3% ($n = 7$). Средний возраст при установлении диагноза пришелся на 32 ± 10 лет, возраст появления первых клинических симптомов — на 26 ± 10 лет. Уровень инвалидизации по EDSS в данной группе оценивался в среднем в $1,4 \pm 0,9$ балла.

Пациенты с РС и депрессивными нарушениями (*группа РРСД*) составили 60,0% ($n = 18$), мужчины и женщины были представлены в равном количестве — по 9 человек. Средний возраст установления диагноза пришелся на 35 ± 10 лет, первые неврологические нарушения отмечались к возрасту 32 ± 10 лет. Уровень инвалидизации по EDSS на момент постановки диагноза составлял $1,9 \pm 1,6$ балла.

У пациентов группы РРСД регистрировались состояния от расстройств адаптации (МКБ-10: F43.2) в 16,7% случаев ($n = 3$) до аффективных нарушений в виде депрессивных эпизодов (77,8%; $n = 14$) и рекуррентной депрессии (5,6%; $n = 1$) в рамках диагностической рубрики МКБ-10 F3 «Расстройства настроения (аффективные расстройства)». Степень тяжести депрессий находилась в диапазоне от легкой (33,3%; $n = 6$) до умеренной (66,7%; $n = 12$). Начальные проявления депрессии включали в себя *эмоциональные нарушения* в виде сниженного фона или колебания настроения, раздражительности и *вегетативную неустойчивость*, проявлявшуюся общей слабостью, усталостью, головными болями, нарушением сна с тревожными колебаниями и снижением массы тела. Несмотря на выраженность эмоциональных нарушений, пациенты практически не придавали значения данным проявлениям.

Тестирование пациентов группы РРСД по *шкале самооценки депрессии* показало, что на начальном этапе заболевания такие больные не идентифицируют свое эмоциональное состояние с депрессивным расстройством (средний результат — 39 ± 10 баллов, что соответствует отсутствию депрессии), но в то же время испытуемые связывали появление первых неврологических симптомов со стрессом, перенесенным ими в диапазоне предшествующих 6 месяцев ($r_s = 0,53$).

По данным сравнительного анализа выделенных групп, пациенты с депрессией были несколько старше больных РС без депрессии: 35,33 и 31,92 года соответственно. Первые симптомы болезни у них возникали к 30 годам (средний показатель составил 31,83 года против 25,8 года в группе РРС), что приближено к кризисному возрастному периоду, когда человек чаще надеется только на себя и начинает подводить первые итоги, оценивая свои достижения и неудачи и сравнивая себя со сверстниками [14].

При проведении диагностики астенических нарушений по ШАС у пациентов исследуемых групп выявлены симптомы повышенной утомляемости. Отмечено, что в группе РРСД больные чаще предъявляли жалобы на повышенную утомляемость и усталость. Получены статистически значимые ($p < 0,05$) различия групп РРСД и РРС по степени

выраженности астенических проявлений уже на этапе установления диагноза. Уровень астении у больных РС с депрессией определялся клинически подтвержденными легкими (слабыми) астеническими проявлениями (рис. 1).

Оценка тревожности по тесту Спилбергера — Ханина выявила статистически значимую ($p < 0,05$) разницу в реагировании на болезнь у больных двух групп. Высокая личностная тревожность (47,44 балла), а также повышение ситуативной тревожности (47,83 балла, $p < 0,05$) в группе РРСД отражают реакцию личности на болезнь и готовность к формированию тревожно-депрессивных состояний (см. рис. 1). Установлена умеренная положительная корреляция между личностной тревожностью и прогрессирующим течением заболевания. Такие больные эмоционально напряжены, испытывают ощущение непонятной угрозы, неуверенность в себе, прослеживается направленность страхов в будущее.

Остаются недостаточно исследованными способы реагирования больных РС на стрессовые ситуации и формирование копинг-стратегий. Тест Э. Хейма помогает выявить способы реагирования в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах психической деятельности, определить копинг-механизмы.

С применением методики Э. Хейма у больных РС с депрессией установлено статистически значимое ($p < 0,05$) сниже-

ние эмоционального уровня. Такие пациенты чаще прибегают к использованию относительно адаптивных и неадаптивных стратегий поведения, проявляющихся в виде «эмоциональной разрядки», или к передаче ответственности за принятие решений в трудных ситуациях другим лицам из-за невозможности справиться со стрессом, что говорит о снижении адаптационных механизмов (рис. 2).

Уровни продуктивных и непродуктивных копинг-стратегий исследованы у больных РС с депрессией и без депрессии с помощью опросника COPE. В группе РРСД выявлены статистически значимые ($p < 0,05$) изменения в разделе копинга «Концентрация на эмоциях», где больные фиксируются на негативных проявлениях и эмоциях, воспоминания связаны с возложением вины на себя или на окружающих. Кроме того, больные РС с депрессией статистически значимо ($p < 0,05$) отличались от больных без депрессии в части выбора стратегии поведенческого ухода от проблемы, которая выражается в отказе от планов и действий, чтобы избежать стрессового воздействия. Следование такой стратегии приводит к снижению удовлетворенности и ограничительному поведению (рис. 3).

Рис. 1. Больные рассеянным склерозом в период установления диагноза, баллы.

Примечание. Знаком (*) отмечены статистически значимые отличия от группы без депрессии: $p < 0,05$

Fig. 1. Patients with multiple sclerosis at diagnostic stage, points.

Note. Asterisk (*) marks statistically significant differences from depression-free group: $p < 0.05$

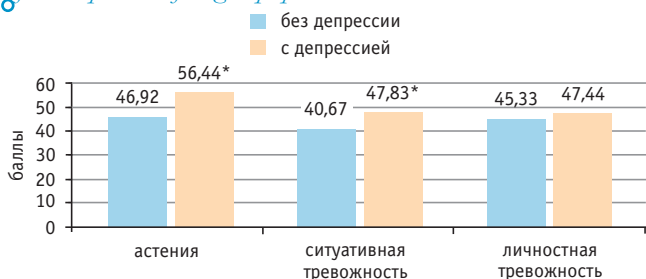


Рис. 2. Копинг-механизмы у больных рассеянным склерозом, баллы

Примечание. Знаком (*) отмечено статистически значимое отличие от группы без депрессии: $p < 0,05$

Fig. 2. Coping mechanisms in patients with multiple sclerosis.

Note. Asterisk (*) marks statistically significant differences from depression-free group: $p < 0.05$

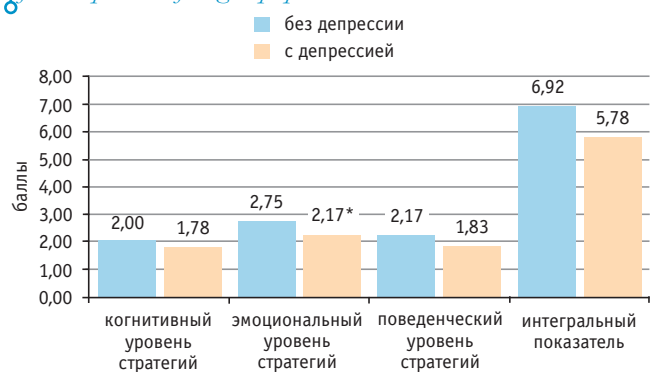
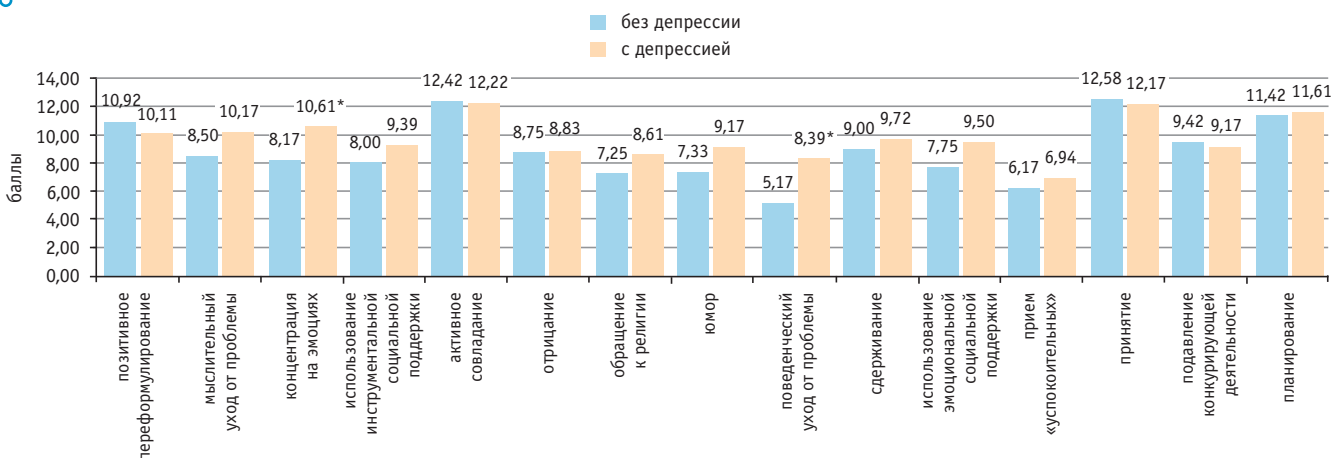


Рис. 3. Данные опросника «Способы совладания со стрессом» у больных рассеянным склерозом.

Примечание. Знаком (*) отмечены статистически значимые отличия от группы без депрессии: $p < 0,05$

Fig. 3. Data from the Coping Strategies questionnaire completed by patients with multiple sclerosis.

Note. Asterisk (*) marks statistically significant differences from depression-free group: $p < 0.05$



ОБСУЖДЕНИЕ

Аффективные нарушения у больных РС появляются задолго до обращения к врачу-психиатру. На этапе установления диагноза отсутствует связь выявленных депрессивных нарушений с депрессией в анамнезе, что не подтверждает затяжного характера депрессивного расстройства. Аффект чаще носит смешанный характер с доминированием тревоги. У пациентов выявляется высокая личностная тревожность, отмечена связь заболевания с предшествующим стрессом.

Существует мнение, что усталость не связана с выраженностью неврологического дефицита, но влечет за собой значительное снижение работоспособности больных РС и часто является причиной депрессии [10, 26]. В то же время разделить влияние депрессии и хронической утомляемости практически невозможно, из-за того что, при разных причинах, у них имеются общие клинические проявления [27, 28].

Больные РС, имеющие аффективные проявления, уже на ранних этапах заболевания чаще используют относитель-

но адаптивные и неадаптивные стратегии поведения [5], фиксируются на негативных эмоциях и переживаниях, используют ограничительные формы поведения из-за невозможности справиться со стрессом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявленные аффективные нарушения заметно ухудшают общее состояние больных рассеянным склерозом (РС), снижают уровень их устойчивости к стрессу и способность к социальной адаптации, способствуют усложнению симптоматики и возможному прогрессированию болезни.

Наличие аффективных нарушений, а также сложность их выявления в силу маскирования неврологическими симптомами обуславливают необходимость нейропсихологической диагностики эмоциональной сферы и консультации, динамического наблюдения, проведения персонализированной терапии врачом-психиатром уже на этапе постановки диагноза демиелинизирующего заболевания.

Конфликт интересов / Disclosure

Автор заявляет об отсутствии возможных конфликтов интересов.
The author declares no conflict of interest.

Финансирование / Funding source

Автор заявляет об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.
This study was not supported by any external sources of funding.

Этическое утверждение / Ethics approval

Исследование проводилось при добровольном информированном согласии законных представителей пациентов и самих пациентов. Клиническое исследование одобрено локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России.

The study was conducted with the informed consent of the legal representatives of the patients and the patients themselves.

The clinical study was approved by the Local ethics committee of the Yaroslavl State Medical University of the Ministry of Health of Russia.

Об авторе / About the author

Зарубина Наталья Владимировна / Zarubina, N.V. — к. м. н., ассистент кафедры нервных болезней с медицинской генетикой и нейрохирургией ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России. 150000, Россия, г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5. eLIBRARY.RU SPIN: 1828-1858. <https://orcid.org/0000-0001-6000-8715>. E-mail: ntshzarubina@rambler.ru

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Гусев Е.И., Бойко А.Н. Рассеянный склероз: Научно-практическое руководство в 2 томах. Т. 2. М.: изд-во РООИ «Здоровье человека»; 2020. 572 с. Gusev E.I., Boyko A.N. Multiple sclerosis. Academic and research guidance, in 2 volumes. V. 2. M.: Human Health Publishing House; 2020. 572 p. (in Russian)
2. Дамулин И.В., Голубева В.В., Волинец Е.И. Хроническая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия с вовлечением в процесс центральной нервной системы. Неврологический журнал. 2001;6(1):36–42. Damulin I.V., Golubeva V.V., Volinets E.I. Chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy with CNS involvement. Neurological Journal. 2001;6(1):36–42. (in Russian)
3. Завалишин И.А., Спиринов Н.Н., Бойко А.Н., Никитин С.С. Хронические нейроинфекции. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2011. 560 с. Zavalishin I.A., Spirin N.N., Boyko A.N., Nikitin S.S. Chronic neuroinfections. Moscow: GEOTAR-Media; 2011. 560 p. (in Russian)
4. Пантюк И.В., Буко Н.С., Венглинская Т.В. Биологические и психологические факторы, влияющие на реабилитационный потенциал больных рассеянным склерозом. В кн.: Лихачев С.А., ред. Актуальные проблемы неврологии и нейрохирургии. Минск: Геопринт; 2008. Вып. 10: 185–95. Pantyuk I.V., Buko N.S., Venglinskaya T.V. Biological and psychological factors affecting rehabilitation potential of patients with multiple sclerosis. In: S.A. Likhachev (ed.). Current problems of neurology and neurosurgery. Minsk: Geoprint; 2008. 10: 185–95. (in Russian)
5. Переседова А.В., Завалишин И.А. Компенсаторные механизмы при рассеянном склерозе. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013;113(2):17–22. Peresedova A.V., Zavalishin I.A. Coping mechanisms in multiple sclerosis. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2013;113(2):17–22. (in Russian)
6. Смуглевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство; 2003. 432 с. Smulevich A.B. Depressions in somatic and mental disorders. Moscow: Medical Information Agency; 2003. 432 p. (in Russian)
7. Лукина Е.В., Кузнецова Д.Е. Оценка уровня тревожности и депрессии у больных рассеянным склерозом. Саратовский научно-медицинский журнал. 2012;8(2):484–8. Lukina E.V., Kuznetsova D.E. Assessment of anxiety and depression levels in patients with multiple sclerosis. Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2012;8(2):484–8. (in Russian)
8. Шмидт Т.Е. Рекомендации Европейского комитета по исследованию и лечению рассеянного склероза и Европейской академии неврологии (ECTRIMS/EAN) по лечению пациентов с рассеянным склерозом. X. Montalban, R. Gold, A. Thompson et al. ECTRIMS/EAN guideline on the pharmacological treatment of people with multiple sclerosis. Europ. J. Neurol., 2018, v. 25, p. 215–237. Неврологический журнал. 2018;2:102–4. Schmidt T.E. Guidelines from the European Committee for Research and Treatment of Multiple Sclerosis and the European Academy of Neurology (ECTRIMS/EAN) for the treatment of patients with multiple sclerosis. X. Montalban, R. Gold, A. Thompson et al. ECTRIMS/EAN guideline on the pharmacological treatment of people with multiple sclerosis. Europ. J. Neurol., 2018, v. 25, p. 215–237. Neurological Journal. 2018;2:102–4. (in Russian). DOI: 10.18821/1560-9545-2018-23-2-102-104
9. Clark L., Chamberlain S.R., Sahakian B.J. Neurocognitive mechanisms in depression: implications for treatment. Annu. Rev. Neurosci. 2009;32:57–74. DOI: 10.1146/annurev.neuro.31.060407.125618

10. Van Duysel A., Mariman A., Poppe C., Michielsens W. et al. Chronic fatigue syndrome in the psychiatric practice. *Acta Neuropsychiatr.* 2002;14(3):127–33. DOI: 10.1034/j.1601-5215.2002.140306.x
11. Алексеенко Е.В., Сысоева О.С., Смагина И.В., Федянин С.А. Изменения психологического статуса у больных рассеянным склерозом. *Бюллетень сибирской медицины.* 2008;7(5-1):11–3. Alekseenko E.V., Sysoeva O.S., Smagina I.V., Fedyanin S.A. Psychological status measurements in patients with multiple sclerosis. *Bulletin of Siberian Medicine.* 2008;7(5-1):11–3. DOI: 10.20538/1682-0363-2008-5-1-11-12
12. Малыгин В.Л., Бойко А.Н., Коновалова О.Е., Пахтусова Е.Е. и др. 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. Malygin V.L., Boyko A.N., Konovalova O.E., Pakhtusova E.E., et al. Anxiety and depressive disorders in patients with multiple sclerosis at various stages of the disease. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2019;119(2-2):58–63. DOI: 10.17116/jnevro20191192258
13. Schmidt S., Jöstingmeyer P. Depression, fatigue and disability are independently associated with quality of life in patients with multiple sclerosis: Results of a cross-sectional study. *Mult. Scler. Relat. Disord.* 2019;35:262–9. DOI: 10.1016/j.msard.2019.07.029
14. Резникова Т.Н., Селиверстова Н.А., Никифорова И.Г., Ароев Р.А. Психологические варианты эмоциональных нарушений у больных рассеянным склерозом. *Вестник психотерапии.* 2012;41(46):99–109. Reznikova T.N., Seliverstova N.A., Nikiforova I.G., Aroev R.A. Psychological variants of emotional disorders in patients with multiple sclerosis. *Bulletin of Psychotherapy.* 2012;41(46):99–109. (in Russian)
15. Mohr D.C., Hart S.L., Fonareva I., Tasch E.S. Treatment of depression for patients with multiple sclerosis in neurology clinics. *Mult. Scler.* 2006;12(2):204–8. DOI: 10.1191/135248506ms12650a
16. Бобров А.С., Магонова Е.Г. Связанная со стрессом депрессия в амбулаторной психиатрической практике. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2010;110(7):9–15. Bobrov A.S., Magonova E.G. Stress-associated depression in outpatient psychiatry. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2010;110(7):9–15. (in Russian) URL: <https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova/2010/7/downloads/ru/031997-7298201072> (дата обращения — 01.03.2023).
17. Головкин В.И. Клиническая картина и лечение ремиттирующего рассеянного склероза. В кн.: Головкин В.И., Калинина Н.М., ред. *Иммуноопосредованный ремиттирующий рассеянный склероз.* СПб.: Роза мира; 2003: 28–34. Golovkin V.I. Clinical presentation and management of remitting multiple sclerosis. In: Golovkin V.I., Kalinina N.M. (ed.). *Immune-mediated remitting multiple sclerosis.* St. Petersburg: Roza mira; 2003: 28–34. (in Russian)
18. Гордеева Т.О., Осин Е.Н., Рассказова Е.И., Сычев О.А. и др. Диагностика копинг-стратегий: адаптация опросника COPE. В кн.: Крюкова Т.Л., Сапоровская М.В., Хазова С.А., ред. *Психология стресса и совладающего поведения в современном российском обществе: Материалы II Международной научно-практической конференции.* Кострома: изд-во КГУ им. Н.А. Некрасова; 2010. Т. 2: 195–7. Gordeeva T.O., Osin E.N., Rasskazova E.I., Sychev O.A., et al. Diagnostics of coping strategies: COPE questionnaire adaptation. In: Kryukova T.L., Saporovskaya M.V., Khazova S.A. (ed.). *Psychology of stress and coping in modern Russian society: Materials of the II International Scientific and Practical Conference.* Kostroma: Publishing House of N.A. Nekrasov Kostroma State University; 2010. T. 2: 195–7. (in Russian)
19. Alsaadi T., Hammasi K.E., Shahrour T.M., Shakra M. et al. Depression and anxiety as determinants of health-related quality of life in patients with multiple sclerosis — United Arab Emirates. *Neurol. Int.* 2017;9(4):7343. DOI: 10.4081/ni.2017.7343
20. Zorzon M., de Masi R., Nasuelli D., Ukmar M. et al. Depression and anxiety in multiple sclerosis. A clinical and MRI study in 95 subjects. *J. Neurol.* 2001;248(5):416–21. DOI: 10.1007/s004150170184
21. Краснов В.Н. Проблемы современной диагностики депрессии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски.* 2012;112(11-2):3–10. Krasnov V.N. Problems of modern diagnostics of depression. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. Special issue.* 2012;112(11-2):3–10. (in Russian)
22. Hasselmann H., Bellmann-Strobl J., Ricken R., Oberwahrenbrock T. et al. Characterizing the phenotype of multiple sclerosis-associated depression in comparison with idiopathic major depression. *Mult. Scler.* 2016;22(11):1476–84. DOI: 10.1177/1352458515622826
23. Зарубина Н.В., Спиринов Н.Н. Особенности копинг-стратегий больных рассеянным склерозом с депрессией. *Вестник Ивановской медицинской академии.* 2020;25(1):31–5. Zarubina N.V., Spirin N.N. Coping strategies in patients with multiple sclerosis and depression. *Vestnik Ivanovskoj Medicinskoy Akademii.* 2020;25(1):31–5. (in Russian)
24. Рассказова Е.И., Гордеева Т.О. Копинг-стратегии в структуре личностного потенциала. В кн.: Леонтьев Д.А., ред. *Личностный потенциал: структура и диагностика.* М.: Смысл; 2011: 267–99. Rasskazova E.I. Coping strategy and personal potential. In: Rasskazova E.I., Gordeeva T.O.; Leontiev D.A. (ed.). *Personal potential: structure and diagnostics.* Moscow: Smysl; 2011: 267–99. (in Russian)
25. Lazarus R., Folkman S. *Ways of Coping Questionnaire.* 1988. URL: <https://psytests.org/coping/lazarus.html> (дата обращения — 01.03.2023).
26. Акинцева Ю.В., Трушников Т.Н., Байдина Т.В. Влияние синдрома усталости на качество жизни больных рассеянным склерозом. *Неврологический вестник.* 2010;XLII(1):132–3. Akintseva Yu.V., Trushnikova T.N., Baydina T.V. Effect of fatigue syndrome on the quality of life of patients with multiple sclerosis. *Neurology Bulletin.* 2010;XLII(1):132–3. (in Russian)
27. Carta M.G., Paribello P., Anastasia A., De Berardis D. et al. Pharmacological management of depression in patients with multiple sclerosis. *Expert Opin. Pharmacother.* 2018;19(14):1533–40. DOI: 10.1080/14656566.2018.1516207
28. Feinstein A., Feinstein K. Depression associated with multiple sclerosis. Looking beyond diagnosis to symptom expression. *J. Affect. Disord.* 2001;66(2–3):193–8. DOI: 10.1016/s0165-0327(00)00298-6

Поступила / Received: 19.12.2022

Принята к публикации / Accepted: 06.03.2023