

УДК 616.832-004.21:616.8-008.64:159.923.31

Для цитирования: Зарубина Н.В. Влияние депрессивных расстройств на личностные характеристики пациентов с рассеянным склерозом. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2024. № 4 (125). С. 119-128. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-4\(125\)-119-128](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-4(125)-119-128)

## Влияние депрессивных расстройств на личностные характеристики пациентов с рассеянным склерозом

Зарубина Н.В.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 1 Департамента здравоохранения города Москвы»  
Россия, 109044, Москва, ул. 2-я Дубровская, 13, строение 6

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России  
Россия, 150000, Ярославль, ул. Революционная, 5

### РЕЗЮМЕ

**Введение.** В настоящее время проблеме рассеянного склероза (РС) уделяется повышенное внимание, так как пациентами с этим прогрессирующим нейродегенеративным аутоиммунным заболеванием ЦНС зачастую становятся лица молодого, трудоспособного возраста. Во многом успех терапии, восстановление или улучшение состояния зависит от личностных характеристик пациента и факторов, которые снижают приверженность к лекарственной терапии. Особенное значение придается изучению депрессии у пациентов с рассеянным склерозом. **Цель:** изучить влияние депрессивных расстройств на личностные характеристики пациентов с рассеянным склерозом. **Материал исследования.** Участники исследовательской выборки (n=325) были разделены на группы. Основная группа (n=203) – пациенты с рассеянным склерозом и депрессией (n=113), с рассеянным склерозом и отсутствием депрессии (n=90), в возрасте на момент обследования от 15 до 60 лет (средний возраст 39,7±10,91 года). С учетом течения заболевания больные были распределены по типам течения РС: ремиттирующий (РРС) (n=179, 88,2%), вторично-прогрессирующий (ВПРС) (n=24, 11,8%). Определен уровень инвалидизации пациентов: РРС – 2,89±0,16 балла, ВПРС – 5,0±0,24 балла. Группа сравнения – пациенты с расстройствами депрессивного спектра (n=70, 21,5%), количество депрессивных эпизодов в анамнезе в среднем составляло 2,3±1,18 случая. Контрольная группа – неврологически и психически условно здоровые добровольцы (n=52, 16%), средний возраст которых составлял 31,86±6,98 года. **Методы.** Диагноз депрессивного расстройства устанавливался в соответствии с критериями МКБ-10 врачом-психиатром. Для оценки уровня депрессивных расстройств применялась шкала А. Бека, изучение личностных особенностей пациентов проводили с помощью опросника Мини-мульти. Математическую обработку данных проводили с помощью пакетов программ Microsoft Excel, Statistica 10.0. Проверку нормальности распределения количественных данных осуществляли с использованием теста Колмогорова-Смирнова. Сравнение двух групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, выполняли с помощью U-критерия Манна-Уитни. **Результаты.** По результатам исследования по опроснику Мини-мульти выявлена статистическая значимость различий по шкалам: 1) ипохондрия – у женщин основной группы с РС и депрессией (p=0,012276\*), у мужчин с расстройствами депрессивного спектра группы сравнения (p=0,030902\*), 2) депрессия – у женщин основной группы с РС и депрессией (p=0,000015\*\*\*), у пациентов с расстройствами депрессивного спектра группы сравнения (p=0,002351\*\*), 3) истерия – у женщин основной группы с РС и депрессией (p=0,000004\*\*\*), у пациентов со вторично-прогрессирующим течением РС (p=0,000035\*\*\*), 4) психопатия – у пациентов основной группы (p=0,009287\*\*) и у женщин основной группы с РС и депрессией (p=0,002164\*\*), 5) психастения – у женщин основной группы с РС и депрессией (p=0,000637\*\*\*), у пациентов с расстройствами депрессивного спектра группы сравнения (p=0,001129\*\*), у пациентов со вторично-прогрессирующим РС (p=0,00187\*\*), 6) шизоидность – у женщин основной группы с РС и депрессией (p=0,001271\*\*), у пациентов со вторично-прогрессирующим течением РС (p=0,007259\*\*), 7) гипомания – у мужчин контрольной группы (p=0,043139\*) и у пациентов с расстройствами депрессивного спектра группы сравнения (p=0,002582\*\*). Тревожная депрессия чаще встречается в основной группе пациентов с рассеянным склерозом (45,71%) и у пациентов с расстройствами депрессивного спектра группы сравнения (31,87%). Прогрессирование заболевания с переходом во вторично-прогрессирующее течение чаще сопровождается депрессией, способствующей заострению личностных черт, особенно у женщин с высокими показателями по шкалам «невротической триады»: ипохондрии, депрессии и истерии. Значимые изменения личностных черт происходят под влиянием апатической депрессии у пациентов с высокими значениями по шкалам психопатии и психастении, появляются шизоидные и паранойяльные черты личности. Депрессия с ипохондрическими проявлениями ассоциирована с повышением значений по шкалам ипохондрии, истерии, шизоидности. Меланхолическая депрессия усиливает проявления ипохондрических переживаний. **Заключение.** Депрессивная симптоматика усложняет течение РС, приводит к личностным нарушениям, снижает приверженность к терапии препаратами, изменяющими течение РС, и реабилитационный потенциал.

**Ключевые слова:** рассеянный склероз, депрессивные расстройства, личностные нарушения.

## ВВЕДЕНИЕ

Больные рассеянным склерозом уже в преморбиде заболевания начинают остро ощущать и переживать свою беспомощность и бесполезность. Представлены данные по современным подходам к лечению РС, схемам терапии лекарственными препаратами, применяемыми при длительном и симптоматическом лечении [1]. У 60% больных РС депрессия колеблется от легкого до выраженного уровня, 52% страдают проявлениями астении разной выраженности, 45,8% имеют высокий уровень ситуативной тревожности, 72% – личностной тревожности, в связи с чем больным РС необходима реабилитационная коррекция эмоционально-личностных нарушений [2]. Психологическое здоровье больных как динамичное явление подвержено воздействию благоприятных и неблагоприятных факторов, изучение которых особенно актуально [3]. В процессе социализации и индивидуации чувство вины становится саморегулятором и самодетерминантом поведения, положительно или негативно влияющим на здоровье личности, но даже оптимальный уровень переживания вины не свидетельствует о высоком уровне развития индивидуальной психики, так же как высокий уровень развития Эго не гарантирует психическую стабильность индивида [4]. Подробное описание особенностей личности больных РС было дано Н. Пезешкианом (стремление угождать требованиям окружающих, желание скрыть факт своего заболевания из-за чувства стыда и ощущения невозможности поделиться с окружающими информацией о характере своей болезни), на основе этих личностных характеристик выстраивается отношение больных РС к себе, окружающим, своей болезни [5].

Под влиянием болезни происходит изменение психологической личностной структуры и представлений об окружающем мире. Степень нарушений в когнитивной сфере при РС варьируется от полной сохранности до тяжелых нарушений даже на ранних этапах болезни. Когнитивный дефицит изменяется во времени, когнитивный статус ухудшается при обострении демиелинизирующего процесса и восстанавливается при выходе из данного состояния, этим объясняется двойственность данных о встречаемости нейропсихологических нарушений и их роли в клинической картине РС [6]. У пациентов с РС установлены изменения психологического состояния: у 66% – в виде выраженной тревожности, у 50% – в виде ригидности и интроверсии, у 83% – в виде легкой депрессии и субдепрессивных состояний, что расширяет представление о психологических механизмах нарушений личности при РС и требует использования комбинированных подходов для психологической коррекции [7].

К нарушениям психической деятельности в рамках РС относят снижение интеллектуально-мнестических функций: памяти, внимания, мышления, продуктивности умственной работоспособности, счетных навыков, нейропсихологические нарушения в виде лобной акалькулии, речевых нарушений [8]. Депрессивные расстройства изменяют психологическую структуру и представления больных РС об окружающем мире, снижают качество жизни и ресурсные возможности, утяжеляют социальную адаптацию, что актуализирует своевременность их выявления [9].

Молодой возраст, ранний период возникновения заболевания, а также хроническое, прогрессирующее течение, приводящее к инвалидизации, существенно меняют представление больного о себе на сенситивном, эмоциональном, интеллектуальном, волевом, рациональном уровнях [10]. Личностные особенности и позиция пациентов по отношению к своему заболеванию и лечению являются важными факторами успешности процесса реабилитации, медико-психологическое сопровождение больных РС основывается на принципах непрерывности, этапности, комплексности, доступности, дифференцированности, интегративности и системности [11].

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить влияние депрессивных расстройств на личностные характеристики пациентов с рассеянным склерозом.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данные для исследования получены на базе кафедры нервных болезней с медицинской генетикой и нейрохирургией ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет». Все участники получали препараты, изменяющие течение рассеянного склероза (ПИТРС), перед включением в исследование подписали добровольное информированное согласие.

Участники исследовательской выборки (n=325) были разделены на группы. Основная группа – пациенты (n=203) с рассеянным склерозом с депрессией и без депрессии, возраст которых на момент обследования составлял от 15 до 60 лет (средний возраст  $39,7 \pm 10,91$  года). С учетом течения заболевания больные РС распределены по типам течения РС: ремиттирующий (РРС) (n=179, 88,2%), вторично-прогрессирующий (ВПРС) (n=24, 11,8%). Группа сравнения – пациенты с расстройствами депрессивного спектра (n=70, 21,5%), количество депрессивных эпизодов в анамнезе в среднем составляло  $2,3 \pm 1,18$  случаев. Контрольная группа – условно здоровые неврологически и психически добровольцы (n=52, 16%), средний возраст которых составлял  $31,86 \pm 6,98$  года. Возраст всех больных на момент обследования составлял от 15 до 60 лет (средний возраст

39,7±10,91 года). Среди обследованных преобладали женщины (n=145, 71,4%) по сравнению с мужчинами (n=58, 28,6%).

Больные РС с первично-прогрессирующим типом течения заболевания (без нарастания неврологического дефицита и периодами стабилизации состояния) в исследование не включались в связи с небольшой численностью.

Для постановки диагноза РС использовались критерии Мак Дональда (2005, 2010 гг. в редакции 2017 г.), в основе которых лежит доказательство диссеминации патологического процесса в пространстве и времени (по данным клиники и/или МРТ) головного и спинного мозга.

Набор пациентов в основную группу происходил на основании критериев включения: подтвержденный диагноз РС в соответствии с рекомендациями McDonald et al. (2005, 2010, 2017), возраст от 15 до 60 лет, способность пациента выполнять специфические методы нейропсихологической диагностики, готовность к сотрудничеству, способность выполнять требования данного исследования.

Критерии исключения: отказ от приема ПИТРС, наличие других хронических заболеваний, предыдущее лечение стволовыми клетками, трансплантация лобного мозга, прием антидепрессантов на протяжении последних 6 месяцев (на момент опроса), выраженные когнитивные нарушения, показатели билирубина  $\geq 2 \times \text{ВГН}$ , показатели AST и ALT  $\geq 3 \times \text{ВГН}$ , нежелание пациента продолжать наблюдение и/или участвовать в определенных процедурах исследования, предусмотренных информированным согласием.

Выявление депрессивной симптоматики проводили в соответствии с классификацией диагнозов по МКБ-10, для уточнения степени тяжести депрессии использовали психодиагностическое тестирование по шкале А. Бека. Исследование личностных характеристик пациентов проводили с помощью сокращенного варианта MMPI – опросника Мини-мульти, состоящего из 11 шкал.

Математическая обработка данных проводилась с помощью пакетов программ Microsoft Excel, Statistica 10.0. Проверка нормальности распределения количественных данных проводилась с использованием теста Колмогорова-Смирнова. Сравнение двух групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, выполнялось с помощью U-критерия Манна-Уитни. Клиническую информативность тестов (оперативные характеристики) рассчитывали методом ROC-анализа (Receiver Operating Characteristic Analysis). Относительный риск оценивали в соответствии с величиной отношения шансов (ОШ), рассчитанной методом логистической регрессии.

Прогностическая модель, характеризующая зависимость количественной переменной от факторов, представленных количественными показателями, разрабатывалась с помощью метода парной или множественной линейной регрессии. Критический уровень значимости  $p < 0,05$  использован для всех применённых статистических критериев.

Диагноз рассеянного склероза был поставлен неврологом согласно критериям McDonald et al. с учетом данных МРТ-исследований головного и спинного мозга. Принимая во внимание результаты неврологического обследования (оценка двигательных и сенсорных навыков, равновесия, координации, психического состояния, рефлексов и функционирования нервной системы) назначалась терапия. Проводилась оценка функционального состояния проводящих систем (Kurtzke J.F., 1983; Functional Systems-FS) для определения глубины неврологического поражения по 7 разделам, при этом использована суммарная количественная балльная оценка по всем системам (от 1 до 26, в среднем  $8,58 \pm 0,35$  балла).

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В зависимости от типа течения РС выявлено преобладание пациентов с ремиттирующим (РРС) типом (n=179, 88,2%) по сравнению со вторично-прогрессирующим типом (ВПРС) (n=24, 11,8%). Средний возраст пациентов с ремиттирующим течением варьировался от 15 до 63 лет (в среднем  $38 \pm 10$  лет), у большинства из них продолжительность болезни была менее 20 лет (в среднем  $8,23 \pm 6,57$  года), средний возраст начала болезни –  $30,2 \pm 10,5$  года, средняя количественная оценка по шкале EDSS (степень инвалидизации по 8 функциональным системам) –  $2,89 \pm 0,16$  балла.

Возраст обследуемых больных с ВПРС представлен в диапазоне от 29 до 65 лет (в среднем  $46 \pm 9$  лет), что соответствует более позднему началу болезни по сравнению с пациентами с РРС. Средний возраст начала заболевания составлял  $33,33 \pm 8,02$  года, средняя количественная оценка по шкале EDSS –  $5,0 \pm 0,24$  балла.

Более чем у половины пациентов с РС (n=113, 55,7%) диагностирована депрессия, причем депрессивная симптоматика у пациентов с ремиттирующим течением (n=91, 80,5%) встречалась чаще, чем при вторично-прогрессирующем течении заболевания (n=22, 19,5%).

Диагноз депрессивного расстройства устанавливался врачом-психиатром в соответствии с общепринятыми критериями МКБ-10. Для оценки уровня депрессивной симптоматики применялась шкала А. Бека (от 14 до 18 баллов – легкое депрессивное состояние, от 19 до 29 баллов – умеренное депрессивное состояние, 30 и выше баллов – тяжелая депрессия).

В группу сравнения вошли пациенты с расстройствами депрессивного спектра ( $n=70$ , 21,5%), у которых среднее количество депрессивных эпизодов по данным анамнеза составляло  $2,3 \pm 1,18$  случая. Средний возраст пациентов незначительно превышал ( $32,81 \pm 13,57$  года) возраст пациентов основной группы, средний возраст начала заболевания составлял  $22,09 \pm 2,09$  года, средняя продолжительность болезни –  $4,6 \pm 3,86$  года.

Контрольная группа представлена неврологически (отсутствие неврологических симптомов и очаговых поражений мозга по данным МРТ) и психически (отсутствие депрессивных расстройств) здоровыми добровольцами ( $n=52$ , 16%), их средний возраст ( $31,86 \pm 6,98$  года) соответ-

ствовал среднему возрасту пациентов основной группы и группы сравнения.

На формирование отношения пациентов к болезни влияет множество факторов, приоритетное значение имеют индивидуально-психологические особенности личности, первичная или вторичная природа болезни, причины и механизмы заболевания, социально-психологические факторы в генезе расстройств [12, 13, 14, 15, 16].

По оценочным шкалам опросника Мини-мульти, измеряющим искренность испытуемых, не обнаружено статистической значимости различий в группах обследованных, но при этом выявлены статистически значимые различия по базисным шкалам опросника (табл. 1).

**Т а б л и ц а 1. Распределение обследованных в зависимости от личностных особенностей по данным опросника Мини-мульти (количественная оценка в баллах)**

Шкала опросника Мини-мульти	Пол	Контрольная группа (n=52)	Основная группа		Группа сравнения (n=70)	PPC+Д (n=91)	ВПРС (n=22)
			PC (n=90)	PC+Д (n=113)			
Ипохондрия	М	48,00	51,68	51,60	56,31	48,35	64,60
		p=0,280505	p=0,776284		p=0,287815	p=0,030902*	
	Ж	48,32	52,11	56,52	55,78	54,62	64,47
		p=0,016373*	p=0,012276*		p=0,902543	p=0,001434**	
Депрессия	М	42,86	48,84	54,20	62,25	51,50	65,00
		p=0,013818*	p=0,411115		p=0,064035	p=0,069028	
	Ж	45,57	48,93	58,44	64,35	56,06	68,41
		p=0,055949	p=0,000015***		p=0,002351**	p=0,000603***	
Истерия	М	45,64	51,13	54,68	60,81	51,30	68,20
		p=0,135699	p=0,593434		p=0,139163	p=0,027169*	
	Ж	45,24	49,18	59,25	60,46	57,56	66,29
		p=0,02714*	p=0,000004***		p=0,212489	p=0,009773**	
Психопатия	М	42,71	44,65	50,32	56,00	47,85	60,20
		p=0,813406	p=0,093539		p=0,231677	p=0,115539	
	Ж	42,11	45,71	51,18	50,57	51,21	51,06
		p=0,218368	p=0,009287**		p=0,801461	p=0,898434	
Паранойяльность	М	43,07	48,97	47,84	51,19	47,50	49,20
		p=0,112974	p=0,794295+		p=0,120988	p=0,972316	
	Ж	41,92	45,13	52,83	53,48	52,35	54,82
		p=0,434144	p=0,002164**		p=0,38854	p=0,404992	
Психастения	М	49,07	46,58	54,04	65,88	51,55	64,00
		p=0,58628	p=0,050207		p=0,063171	p=0,091287	
	Ж	45,73	47,09	55,13	61,41	53,54	61,76
		p=0,842862	p=0,000637***		p=0,001129**	p=0,065129	
Шизоидность	М	47,21	49,71	52,48	57,44	50,70	59,60
		p=0,435358	p=0,416244		p=0,221764	p=0,151694	
	Ж	45,68	48,34	54,91	57,11	53,96	58,88
		p=0,23927	p=0,001271**		p=0,136378	p=0,157919	
Гипомания	М	41,14	46,74	44,44	46,13	44,40	44,60
		p=0,043139*	p=0,330004		p=0,626733	p=0,972159	
	Ж	44,38	45,21	47,40	53,02	47,17	48,35
		p=0,567462	p=0,443137		p=0,002582**	p=0,8145579	

**П р и м е ч а н и е.** Контрольная группа – неврологически и психически условно здоровые добровольцы ( $n=52$ ), основная группа – пациенты ( $n=203$ ) с PC и депрессией ( $n=113$ ), пациенты с PC и без депрессии ( $n=90$ ), группа сравнения – пациенты с расстройствами депрессивного спектра ( $n=70$ ), PPC+Д – пациенты с ремиттирующим PC и депрессией ( $n=91$ ), ВПРС – пациенты со вторично-прогрессирующим PC ( $n=22$ ).

Изучение личностных особенностей у пациентов проводили с помощью сокращенного многофакторного опросника для исследования личности (СМОЛ) (сокращенный вариант ММРІ) – опросника Мини-мульти, разработанного Дж. Кинканнон (Kincannon J.C., 1968), в русскоязычной адаптации (Зайцев В.П., Козюля В.Н., 1981). Методика состоит из 11 шкал, 3 из них оценочные, 8 базисные, по которым оценивают свойства личности.

По результатам исследования по шкале ипохондрии опросника Мини-мульти статистическая значимость различий установлена у женщин основной группы с РС и депрессией ( $p=0,012276^*$ ) и у мужчин с расстройствами депрессивного спектра группы сравнения ( $p=0,030902^*$ ). По мере прогрессирования и перехода заболевания во вторично-прогрессирующее течение зарегистрировано статистически значимое ( $p=0,000015^{***}$ ) повышение мнительности, пассивности, снижение адаптации к социальным условиям в виде тревожности, трудностей в концентрации внимания, потери социального контроля, нарушений сна. Причем данные состояния по статистически значимой ( $p=0,001434^{**}$ ) более высокой частотой встречались у женщин.

Высокие статистически значимые оценки по шкале депрессии опросника Мини-мульти зафиксированы у женщины основной группы с РС и депрессией ( $p=0,000015^{***}$ ) и у пациентов с расстройствами депрессивного спектра группы сравнения ( $p=0,002351^{**}$ ). Пациенты проявляют повышенную чувствительность к стрессовым ситуациям, склонны к безосновательному усложнению заурядной ситуации и повышенной реакции на обстоятельство; при высокой степени обязательности у них нет уверенности в себе, решительности в действиях и душевного равновесия, они легко впадают в уныние. Высокие статистически значимые показатели по шкале депрессии зафиксированы также у пациентов со вторично-прогрессирующим РС ( $p=0,000004^{***}$ ), преимущественно у женщин ( $p=0,000603^{***}$ ).

Высокие статистически значимые оценки по шкале истерии опросника Мини-мульти отмечены у женщин основной группы с РС и депрессией ( $p=0,000004^{***}$ ) и у пациентов со вторично-прогрессирующим течением РС ( $p=0,000035^{***}$ ). Личностные особенности пациентов с высокими показателями по шкале истерии свидетельствуют о склонности к невротическим защитным реакциям конверсионного типа (дефицит психических и физических возможностей индивидуума для реализации мотивированного поведения). Клиническая симптоматика РС становится для них средством манипуляции – как перенос личной ответственности на ближайшее окружение или других и избегание напряженных жизненных ситуаций. Основными их характеристиками являются по-

требность всеми доступными средствами обратить на себя внимание, вычурный яркий уход в болезнь, преувеличенные амбиции, желание производить о себе впечатление как о значительной личности, каковыми они себя представляют.

Таким образом, по данным опросника Мини-мульти можно говорить о наличии у этих пациентов с РС и депрессией шкал «невротической триады» (ипохондрия, депрессия, истерия).

Высокие статистически значимые оценки ( $p=0,009287^{**}$ ) по шкале психопатии опросника Мини-мульти зарегистрированы только в основной группе пациентов. Их главные личностные характеристики – склонность к конфликтным ситуациям, неустойчивый фон настроения, формирование сверхценных идей, обидчивость и возбудимость; собственный неудачный опыт они часто переоценивают и недооценивают успехи, к окружающим относятся осторожно или враждебно. Высокие статистически значимые показатели выявляются также у женщин основной группы с РС и депрессией ( $p=0,002164^{**}$ ).

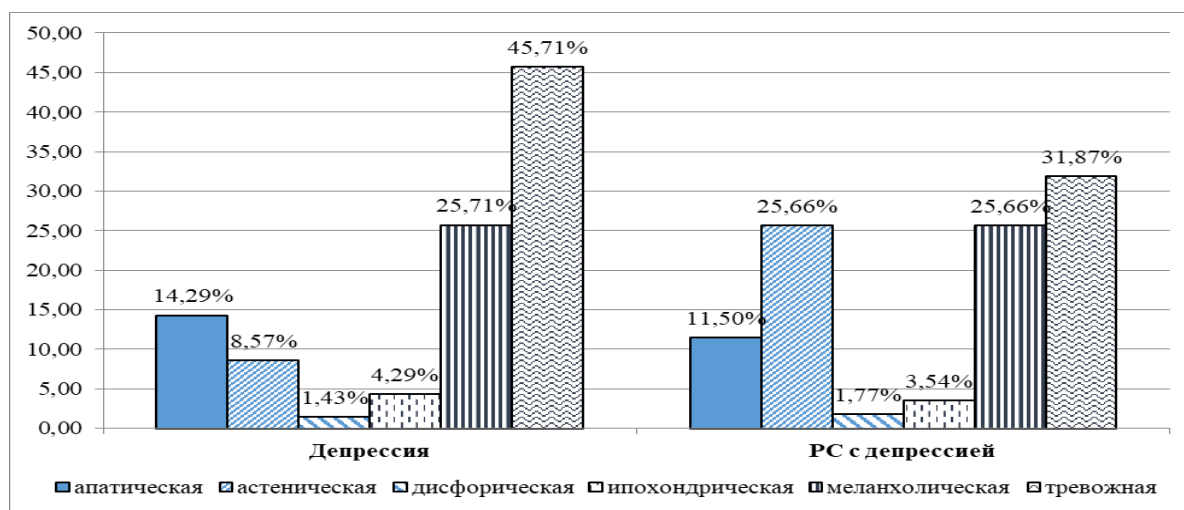
Высокие статистически значимые показатели по шкале психастении опросника Мини-мульти характерны для больных с тревожно-мнительными чертами характера, на первое место выходят проявления тревожности, нерешительности и постоянные сомнения. Данные проявления зарегистрированы у женщин основной группы с РС и депрессией ( $p=0,000637^{***}$ ) и у пациентов с расстройствами депрессивного спектра группы сравнения ( $p=0,001129^{**}$ ). По мере прогрессирования болезни данные личностные качества заостряются у пациентов со вторично-прогрессирующим РС ( $p=0,00187^{**}$ ).

Высокие статистически значимые показатели по шкале шизоидности опросника Мини-мульти установлены у женщин основной группы с РС и депрессией ( $p=0,001271^{**}$ ) и у пациентов со вторично-прогрессирующим течением РС ( $p=0,007259^{**}$ ). Больные с шизоидными чертами личности характеризуются повышенной чувствительностью к стрессовым ситуациям, невосприимчивостью к переживаниям других, эмоциональной холодностью и отсутствием эмпатии, равнодушием к происходящему, эгоцентризмом, отчужденностью в межличностных отношениях.

Обнаружены высокие статистически значимые показатели по шкале гипотимии опросника Мини-мульти у женщин с расстройствами депрессивного спектра группы сравнения ( $p=0,002582^{**}$ ). Их личностными качествами являлись оптимистичное восприятие жизненных обстоятельств, дружелюбие, положительный настрой, приподнятое настроение, жизнерадостность, энергичность. Они любят перемены в жизни, однако в настроении неустойчивы, зачастую им не хватает выдержки и настойчивости.

На следующем этапе исследования выполнен сравнительный анализ выявленных личностных черт по шкалам опросника Мини-мульти в зависимости от вида депрессии. С учетом отечественной классификации депрессивных расстройств в ос-

новной группе и группе сравнения обнаружены следующие виды депрессии: тревожная, меланхолическая, астеническая, апатическая, ипохондрическая, дисфорическая. Полученные данные графически представлены на рисунке [17, 18].



Р и с у н о к. Виды депрессии в основной группе пациентов с рассеянным склерозом и депрессией и в группе сравнения у пациентов с расстройствами депрессивного спектра

Тревожная депрессия занимает лидирующую позицию (45,71%) в основной группе пациентов с рассеянным склерозом. Далее получено следующее распределение по видам депрессии (данные приведены в порядке уменьшения): меланхолическая (25,71%), апатическая (14,29%), астеническая (8,57%), ипохондрическая (4,29%), дисфорическая (1,43%), т.е. от преобладания тревожной депрессии к минимальной частоте встречаемости дисфорической депрессии.

У пациентов с расстройствами депрессивного спектра группы сравнения наблюдались следующие

виды депрессии: тревожная (31,87%), астеническая и меланхолическая (по 25,66%), апатическая (11,5%), ипохондрическая (3,54%), дисфорическая (1,77%), что в целом совпадало с данными, полученными в основной группе пациентов с рассеянным склерозом и депрессией.

В зависимости от вида депрессии при сравнении результатов по базисным шкалам опросника Мини-мульти выявлены различия по шкалам ипохондрии, истерии, психопатии, паранойальности, психастении, шизоидности и гипомании. Полученные данные приведены в таблице 2.

Т а б л и ц а 2. Распределение результатов психодиагностического обследования по данным опросника Мини-мульти в зависимости от вида депрессии

Шкала опросника Мини-мульти	Вид депрессии	U-критерий, р	ROC-кривая	Доверительный интервал	Точка cut-off, балл	Чувствительность, %	Специфичность, %
Ипохондрия	Меланхолическая	0,047	0,618±0,061	0,498-0,738	52	81	43,1
Истерия	Ипохондрическая	0,012	0,863±0,118	0,632-1,00	59	100,0	65
Психопатия	Апатическая	0,001	0,852±0,070	0,714-0,990	53	91,7	69,3
Паранойальность	Апатическая	0,022	0,694±0,087	0,523-0,864	55	75,0	65,6
Психастения	Апатической	0,006	0,734±0,084	0,569-0,900	56	75,0	69,8
Шизоидность	Апатическая	0,001	0,796±0,079	0,642-0,950	56	91,7	66,7
Гипомания	Тревожная	0,046	0,602±0,049	0,507-0,698	40	36,8	84,7

В процессе анализа нами выявлено влияние симптомов депрессии на личностные особенности больных, что совпадает с данными литературы [19, 20, 21]. Самые значимые изменения личностных черт происходят под влиянием апатической депрессии, в клинической картине заболевания

доминирует дефицит побуждений с падением жизненного тонуса. Апатический аффект лишен выразительности и сопряжен с обеднением мимики, монотонностью речи, замедленностью движений, временами достигающей уровня выраженной акинезии. Депрессия манифестировала внезапным

чувством отрешенности от всех прежних желаний, безучастностью, равнодушием ко всему окружающему и собственному положению, отсутствием заинтересованности в результатах своей деятельности, снижением свойственной ранее вовлеченности в события жизни, что ассоциировано с формированием или усилением проявлений психопатии, психастении, манифестацией симптомов шизоидности и паранойальности. Депрессия с ипохондрическими проявлениями меняет личность по ипохондрическому, истероидному, шизоидному вариантам. Меланхолическая депрессия усиливает проявления ипохондрических переживаний. Полученные собственные результаты соответствуют опубликованным данным других авторов [22, 23, 24, 25, 26, 27, 28].

Кроме того, выявлено, что пациенты основной группы с РС и без депрессии с более высокой частотой склонны к проявлениям ипохондрии и истерии по сравнению со здоровыми женщинами контрольной группы, в то время как у мужчин чаще регистрируются проявления, соответствующие шкалам депрессии и гипомании.

Наличие депрессивной симптоматики у женщин основной группы заостряет личностные черты по депрессивному, истероидному, психопатическому, параноидному, психастеническому, шизоидному вариантам. Прогрессирование заболевания с переходом во вторично-прогрессирующее течение чаще сопровождается депрессией, которая способствует усилению личностных черт, особенно у женщин, по ипохондрическому, депрессивному и истероидному вариантам, усиливая тем самым клиническое течение основного заболевания и снижая приверженность к терапии ПИТРС.

У пациентов с расстройствами депрессивного спектра группы сравнения зарегистрированы более высокие показатели по шкалам депрессии, психастении и гипомании, особенно у пациентов женского пола.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Полученные итоговые результаты показывают глубину не только неврологического нарушения под воздействием депрессивных расстройств, но и демонстрируют патологические трансформации, которые меняют характерные особенности личности под влиянием болезни, снижают социальное функционирование, приверженность к терапии препаратами, изменяющими течение РС, и качество жизни пациентов.

### **КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ**

Автор заявляет об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

### **ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ**

Исследование выполнено в рамках основных направлений НИР («Неврология и психическое здоровье») ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России.

### **СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ**

Исследование выполнено с соблюдением «Этических принципов проведения научных медицинских исследований с участием человека» и «Правил клинической практики в Российской Федерации». Тема утверждена на заседании кафедры нервных болезней с медицинской генетикой и нейрохирургией ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России (протокол от 29.08.2016 г.).

### **ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES**

1. Майда Е. Справочник по рассеянному склерозу для больных и их близких. М.: Изд-во Интерэксперт, 1999. 272 с. Maida E. Handbook of multiple sclerosis for patients and their relatives. Moscow: Intereksperit Publishing House, 1999:272 (in Russian).
2. Бочек Ю.В., Зарубина Н.В. Исследование взаимосвязи эмоциональных и личностных изменений у больных рассеянным склерозом. Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие [Электронный научный журнал Рязанского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова]. 2016. Специальный выпуск. С. 85-90. Bochek YuV, Zarubina NV. Study of the relationship between emotional and personality changes in patients with multiple sclerosis. Personality in a changing world: health, adaptation, development [Electronic Scientific Journal of the Ryazan State Medical University named after I.P. Pavlov]. 2016. Special Issue:85-90 (in Russian).
3. Безуглая Т.И. Становление проблемы психологического здоровья. Калининградский вестник образования [Научно-методический электронный журнал]. 2020. № 2 (6). С. 74-84. Bezuglaya TI. Formation of the problem of psychological health. Kaliningrad Bulletin of Education [Scientific and Methodological Electronic Journal]. 2020;2(6):74-84. URL: <https://koirojournal.ru/realises/g2020/3jul2020/kvo209/> (in Russian).
4. Белик И.А. Чувство вины в связи с особенностями развития личности: автореф. дис. ... к.п.н. СПб., 2006. 30 с. Belik IA. Feeling of guilt in connection with the peculiarities of personality development: dissertation abstract Cand. Sc. (Psychology). St. Petersburg, 2006:30 (in Russian).
5. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. М.: Изд-во Медицина, 1996. 464 с. Pezeshkian N. Psychosomatics and positive psychotherapy. Moscow: Medicine Publishing House, 1996:464 (in Russian).
6. Алексеева Т.Г., Ениколопова Е.В., Садалская Е.В., Ениколопов С.Н., Нанян С.Б., Ражба Ю.Л., Вандыш-Бубко В.В., Сидоренко В.В., Бойко

- А.Н. Комплексный подход к оценке когнитивной и эмоционально-личностной сфер у больных рассеянным склерозом. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2002. Т. 102, № 1. С. 20-25. Alekseeva TG, Enikolopova EV, Sadalskaya EV, Enikolopov SN, Nanyan SB, Razhba YuL, Vandysh-Bubko VV, Sidorenko VV, Boiko AN. An integrated approach to assessing the cognitive and emotional-personal spheres in patients with multiple sclerosis. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2002;102(1):20-25 (in Russian).
7. Алексеев Е.В., Сысоева О.С., Смагина И.В., Федянин С.А. Изменения психологического статуса у больных рассеянным склерозом. Бюллетень сибирской медицины. 2008. Т. 7, № 5-1. С. 11-13. Alekseyenko YeV, Sysoyeva OS, Smagina IV, Fedyanin SA. Some changes of psychologic status of patients having multiple sclerosis. Bulletin of Siberian Medicine. 2008;7(5-1):11-12 <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2008-5-1-11-12> (in Russian).
  8. Резникова Т.Н., Селиверстова Н.А., Никифорова И.Г., Ароев Р.А. Психологические варианты эмоциональных нарушений у больных с рассеянным склерозом. Вестник психотерапии. 2012. № 41. С. 99-108. Reznikova TN, Seliverstova NA, Nikiforova IG, Aroyev RA. Psychological variants of emotional disorders in patients with multiple sclerosis. Bulletin of Psychotherapy. 2012;41:99-108 (in Russian).
  9. Зарубина Н.В., Спиринов Н.Н., Быканова М.А. Влияние депрессии на отношение к болезни у пациентов с рассеянным склерозом. Доктор.Ру. 2020. № 19 (9). С. 71-76. Zarubina NV, Spirin NN, Bykanova MA. Influence of depression on the attitude towards the disease in patients with multiple sclerosis. Doctor.Ru. 2020;19(9):71-76. doi: 10.31550/1727-2378-2020-19-9-71-76 (in Russian).
  10. Завалишин И. А., Спиринов Н.Н., Бойко А.Н., Никитин С.С. Хронические нейроинфекции. М.: Изд-во ГЭОТАР-Медиа, 2011. 560 с. Zavalishin IA, Spirin NN, Boiko AN, Nikitin SS. Chronic neuroinfections. Moscow: Publishing House GEOTAR-Media, 2011:560 (in Russian).
  11. Николаев Е.Л., Караваева Т.А., Васильева Н.В. Медико-психологическое сопровождение больных с рассеянным склерозом: основные принципы и задачи. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2018. № 1. С. 120-124. Nikolaev EL, Karavaeva TA, Vasilieva NV. Medical and psychological support of multiple sclerosis patients: basic principles and objectives. V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology. 2018;1:120-124 (in Russian).
  12. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М. Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение). 3-е изд., перераб. и доп. М.: Медицинское информационное агентство, 2007. 208 с. Vein AM, Voznesenskaya TG, Golubev VL, Dyukova GM. Depression in neurological practice (clinic, diagnostics, treatment). 3rd ed., revised and enlarged. Moscow: Medical Information Agency, 2007:208 (in Russian).
  13. Зарубина Н.В. Выявление аффективных нарушений в период установления диагноза «рассеянный склероз». Доктор.Ру. 2023. № 6. С. 35-39. Zarubina NV. Identification of affective disorders during the period of establishing the diagnosis of multiple sclerosis. Doctor.Ru. 2023;6:35-39. doi: 10.31550/1727-2378-2023-22-6-35-39 (in Russian).
  14. Васильева Н.В., Николаев Е.Л. Клинико-психологические особенности нарушения социального функционирования у больных рассеянным склерозом. Практическая медицина. 2017. Т. 2, № 1 (102). С. 51-54. Vasilieva NV, Nikolaev EL. Clinical and psychological features of social functioning disorders in patients with multiple sclerosis. Practical Medicine. 2017;2,1(102):51-54 (in Russian).
  15. Смирнов А.В. Исследование глубинных психологических особенностей инвалидов. Социальные технологии, исследования. 2003. № 4. С. 37-43. Smirnov AV. Research of deep psychological characteristics of disabled people. Social Technologies, Research. 2003;4:37-43 (in Russian).
  16. Андреева М.Т., Караваева Т.А. Сопутствующие психические расстройства и нарушение эмоциональной регуляции у пациентов с рассеянным склерозом. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2019. № 4-2. С. 19-28. Andreeva MT, Karavaeva TA. Associated psychological disorders and impairment of emotional regulation among patients with multiple sclerosis. V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology. 2019;(4-2):19-28. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2019-4-2-19-28> (in Russian).
  17. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицинской практике. М.: Изд-во Берег, 2000. 160 с. Smulevich AB. Depressions in general medical practice. Moscow: Bereg Publishing House, 2000:160 (in Russian).
  18. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации / под общ. ред. Казаковцева Б.А., Голланда В.Б. М., 1998. 512 с. Mental and behavioral disorders (F00-F99). Class V of ICD-10, adapted for use in the Russian Federation / BA Kazakovtsev, VB Holland (ed.). Moscow, 1998:512 (in Russian).
  19. Feinstein A, Magalhaes S, Richard JF, Audet B, Moore C. The link between multiple sclerosis and depression. Nat Rev Neurol. 2014 Sep;10(9):507-17. doi: 10.1038/nrneurol.2014.139. Epub 2014 Aug 12. PMID: 25112509.
  20. Stathopoulou A, Christopoulos P, Soubasi E, Gourzis P. Personality characteristics and disorders in multiple sclerosis patients: assessment and treatment. Int Rev Psychiatry. 2010;22(1):43-54. doi: 10.3109/09540261003589349. PMID: 20233113.



21. Bruce JM, Lynch SG. Personality traits in multiple sclerosis: association with mood and anxiety disorders. *J Psychosom Res.* 2011 May;70(5):479-85. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.12.010. Epub 2011 Feb 16. PMID: 21511079.
22. Fiest KM, Walker JR, Bernstein CN, Graff LA, Zarychanski R, Abou-Setta AM, Patten SB, Sareen J, Bolton JM, Marriott JJ, Fisk JD, Singer A, Marrie RA; CIHR Team Defining the Burden and Managing the Effects of Psychiatric Comorbidity in Chronic Immunoinflammatory Disease. Systematic review and meta-analysis of interventions for depression and anxiety in persons with multiple sclerosis. *Mult Scler Relat Disord.* 2016 Jan;5:12-26. doi: 10.1016/j.msard.2015.10.004. Epub 2015 Oct 19. PMID: 26856938.
23. Hasselmann H, Bellmann-Strobl J, Ricken R, Oberwahrenbrock T, Rose M, Otte C, Adli M, Paul F, Brandt AU, Finke C, Gold SM. Characterizing the phenotype of multiple sclerosis-associated depression in comparison with idiopathic major depression. *Mult Scler.* 2016 Oct;22(11):1476-1484. doi: 10.1177/1352458515622826. Epub 2016 Jan 8. PMID: 26746809.
24. Резникова Т.Н., Семиволос В.И., Селиверстова Н.А., Ильвес А.Г. Некоторые нейропсихологические особенности личности больных рассеянным склерозом. Ученые записки Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. 2009. Т. XVI, № 4. С. 94-97. Reznikova TN, Semivolos VI, Seliverstova NA, Ilves AG. Some neuropsychological personality traits in patients with multiple sclerosis. *Scientific Notes of the First Saint Petersburg State Medical University named after academician I.P. Pavlov.* 2009;XVI(4):94-97 (in Russian).
25. Селиверстова Н.А. Особенности субъективных отношений личности у больных с органической и функциональной церебральной патологией: автореф. диссертации ... к.п.н. СПб., 2005. 21 с. Seliverstova NA. Features of subjective relationships of personality in patients with organic and functional cerebral pathology: dissertation abstract Cand. Sc. (Psychology). St. Petersburg, 2005:21 (in Russian).
26. Patten SB, Beck CA, Williams JV, Barbui C, Metz LM. Major depression in multiple sclerosis: a population-based perspective. *Neurology.* 2003 Dec 9;61(11):1524-7. doi: 10.1212/01.wnl.0000095964.34294.b4. PMID: 14663036.
27. Taylor KL, Simpson S Jr, Jelinek GA, Neate SL, De Livera AM, Brown CR, O'Kearney E, Marck CH, Weiland TJ. Longitudinal associations of modifiable lifestyle factors with positive depression-screen over 2.5-years in an international cohort of people living with multiple sclerosis. *Front Psychiatry.* 2018 Oct 30;9:526. doi: 10.3389/fpsy.2018.00526. PMID: 30425659; PMCID: PMC6218592.
28. Зарубина Н.В., Спиринов Н.Н. Динамика развития депрессивных нарушений у больных рассеянным склерозом. Евразийский союз ученых. 2020. № 7-5 (76). С. 31-38. Zarubina NV, Spirin NN. Dynamics of development of depressive disorders in patients with multiple sclerosis. *Eurasian Union of Scientists.* 2020;7-5(76):31-38 (in Russian).

Поступила в редакцию 28.06.2024  
Утверждена к печати 02.12.2024

Зарубина Наталья Владимировна, к.м.н., заведующая психиатрическим отделением для пациентов с сочетанной соматической и психической патологией ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 1 Департамента здравоохранения города Москвы», ассистент кафедры нервных болезней с медицинской генетикой и нейрохирургией ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России. ORCID iD 0000-0001-6000-8715. SPIN-код РИНЦ 1828-1858.

✉ Зарубина Наталья Владимировна, ntshzarubina@rambler.ru

UDC 616.832-004.21:616.8-008.64:159.923.31

For citation: Zarubina N.V. Influence of depressive disorders on the personality characteristics of patients with multiple sclerosis. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2024; 4 (125): 119-128. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-4\(125\)-119-128](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-4(125)-119-128)

## **Influence of depressive disorders on the personality characteristics of patients with multiple sclerosis**

**Zarubina N.V.**

<sup>1</sup> State Budgetary Healthcare Institution “Hospital for War Veterans No. 1 of the Moscow City Health Department”  
2nd Dubrovskaya Street 13, building 6, 109044, Moscow, Russian Federation

<sup>2</sup> Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Yaroslavl State Medical University”  
of the Ministry of Health of the Russian Federation  
Revolutsionnaya Street 5, 150000, Yaroslavl, Russian Federation

## ABSTRACT

**Introduction.** Currently, the problem of multiple sclerosis (MS) receives increased attention, since patients with this progressive neurodegenerative autoimmune disease of the central nervous system are often young, working-age individuals. In many ways, the success of therapy, recovery or improvement of the condition depends on the patient's personality characteristics and factors that reduce adherence to drug therapy. Particular importance is attached to the study of depression in patients with multiple sclerosis. **Objective:** to study the effect of depressive disorders on the personality characteristics of patients with multiple sclerosis. **Study Material.** Participants in the research sample (n=325) were divided into groups. The main group (n=203) – patients with multiple sclerosis and depression (n=113), with multiple sclerosis and no depression (n=90), aged 15 to 60 years at the time of examination (mean age 39.7±10.91 years). Taking into account the course of the disease, patients were distributed by the types of MS course: relapsing-remitting (RRMS) (n=179, 88.2%), secondary progressive (SPMS) (n=24, 11.8%). The level of patient disability was determined: RRMS – 2.89±0.16 points, SPMS – 5.0±0.24 points. The comparison group consisted of patients with depressive spectrum disorders (n=70, 21.5%), the average number of depressive episodes in the anamnesis was 2.3±1.18 cases. The control group consisted of neurologically and mentally healthy volunteers (n=52, 16%), whose mean age was 31.86±6.98 years. **Methods.** The diagnosis of depressive disorder was established in accordance with the ICD-10 criteria by a psychiatrist. To assess the level of depressive disorders, the Beck scale was used; the study of personality traits in patients was carried out using the Mini-Mult questionnaire. Mathematical data processing was carried out using the Microsoft Excel, Statistica 10.0 software packages. The normality of distribution of quantitative data was checked using the Kolmogorov-Smirnov test. Comparison of two groups by a quantitative indicator, the distribution of which differed from normal, was performed using the Mann-Whitney U-test. **Results.** According to the results of the study using the Mini-Mult questionnaire, statistically significant differences were revealed in the scales: 1) hypochondria – in women of the main group with MS and depression (p=0.012276\*), in men with depressive spectrum disorders of the comparison group (p=0.030902\*), 2) depression – in women of the main group with MS and depression (p=0.000015\*\*\*), in patients with depressive spectrum disorders of the comparison group (p=0.002351\*\*), 3) hysteria – in women of the main group with MS and depression (p=0.000004\*\*\*), in patients with secondary progressive course of MS (p=0.000035\*\*\*), 4) psychopathy – in patients of the main group (p=0.009287\*\*) and in women of the main group with MS and depression (p=0.002164\*\*), 5) psychasthenia – in women of the main group with MS and depression (p=0.000637\*\*\*), in patients with depressive spectrum disorders of the comparison group (p=0.001129\*\*), in patients with secondary progressive MS (p=0.00187\*\*), 6) schizoid personality – in women of the main group with MS and depression (p=0.001271\*\*), in patients with secondary progressive MS (p=0.007259\*\*), 7) hypomania – in men of the control group (p=0.043139\*) and in patients with depressive spectrum disorders of the comparison group (p=0.002582\*\*). Anxious depression is more common in the main group of patients with multiple sclerosis (45.71%) and in patients with depressive spectrum disorders in the comparison group (31.87%). Disease progression with transition to a secondary progressive course is often accompanied by depression, which contributes to the aggravation of personality traits, especially in women with high scores on the across the scales “neurotic triad”: hypochondria, depression and hysteria. Significant changes in personality traits occurred under the influence of apathetic depression in patients with high values on the psychopathy and psychasthenia scales, schizoid and paranoid personality traits appeared. Depression with hypochondriacal manifestations is associated with an increase in values on the hypochondria, hysteria, schizoid scales. Melancholic depression intensified the manifestations of hypochondriacal experiences. **Conclusion.** Depressive symptoms complicate the course of MS, lead to personality disturbances, reduce adherence to therapy with drugs that modify the course of MS, and the rehabilitation potential.

**Keywords:** multiple sclerosis, depressive disorders, personality disturbances.

Received June 28 2024

Accepted December 02, 2024

Zarubina Natalya V., Cand. Sc. (Medicine), head of the psychiatric unit for patients with combined physical and mental pathology, State Budgetary Healthcare Institution “Hospital for War Veterans No. 1 of the Moscow City Health Department”, Moscow, Russian Federation, assistant at the Department of Nervous Diseases with Medical Genetics and Neurosurgery, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Yaroslavl State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Yaroslavl, Russian Federation. ORCID iD 0000-0001-6000-8715. SPIN-code RSCI 1828-1858.

✉ Zarubina Natalya V., ntshzarubina@rambler.ru