



Т.І. НЕГРИЧ, М.Я. ЛАФАРЕНКО

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

Оцінка психоемоційних розладів у хворих на розсіяний склероз

Мета роботи — визначити поширеність і характер депресивних та тривожних розладів у хворих на розсіяний склероз, а також оцінити їхній вплив на клінічний перебіг захворювання, загальний стан здоров'я пацієнтів та когнітивні функції.

Матеріали та методи. У дослідження було залучено 103 пацієнти з розсіяним склерозом (РС), які перебували під амбулаторним наглядом. Для оцінки психоемоційного стану використовували анкету PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), шкалу депресії Бека (BDI) та госпітальну шкалу тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)). Рівень інвалідності оцінювали за допомогою розширеної шкали інвалідності (Expanded Disability Status Scale (EDSS)). Аналіз даних здійснювали за допомогою методів описової та варіаційної статистики.

Результати та обговорення. У 40,78 % пацієнтів виявлено симптоми депресії різного ступеня тяжкості. Значна частина обстежених також мала підвищені показники тривожності за шкалою HADS. Статистично значущих відмінностей за віком чи статтю не виявлено. Установлено чіткий зв'язок між виразністю депресивних симптомів та вищими показниками інвалідності за EDSS. Пацієнти з тривожно-депресивними розладами часто повідомляли про зниження уваги, пам'яті та когнітивної продуктивності, що свідчить про вплив емоційного стану на когнітивні функції.

Висновки. Психоемоційні порушення є поширеними супутніми станами у хворих на РС і негативно впливають на перебіг хвороби, рівень інвалідності та якість життя пацієнтів. Результати дослідження підтверджують доцільність впровадження регулярного психологічного скринінгу до стандарту ведення хворих на РС для своєчасного виявлення та корекції емоційних розладів, що може поліпшити клінічні результати лікування.

Ключові слова: розсіяний склероз, депресія, тривога, анкета PHQ-9, шкала депресії Бека, госпітальна шкала тривоги і депресії.

Розсіяний склероз (РС) — складне автоімунне захворювання центральної нервової системи, яке характеризується демієлінізацією, нейродегенеративними процесами та широким спектром клінічних виявів, які значною мірою знижують якість життя пацієнтів [1]. Окрім фізичних порушень, РС супроводжується широким спектром когнітивних та емоційних розладів, найпоширенішими з яких є клінічна депресія та тривожні розлади [9].

Останнім часом дедалі більше уваги приділяють вивченню нейропсихіатричних розладів при РС, зокрема депресії та тривожних розладів, що поліпшує розуміння патофізіологічних механізмів цього захворювання [2].

Незважаючи на те, що поширеність депресії в загальній популяції становить близько 6 %, у хворих на РС цей показник значно вищий (у 3—10 разів) [13]. Ці дані підтверджуються численними дослідженнями, які демонструють, що клінічна депресія є найпоширенішою коморбідністю при РС (23,7 %), а тривожні розлади посідають друге місце за частотою (21,9 %) [10]. Висока частота депресивних розладів при РС може бути зумовлена не лише нейропатологічними змінами, а й психологічним стресом, пов'язаним із хронічним перебігом захворювання та його фізичними наслідками [5].

Мета роботи — визначити поширеність і характер депресивних та тривожних розладів у хворих

на розсіяний склероз, а також оцінити їхній вплив на клінічний перебіг захворювання, загальний стан здоров'я пацієнтів та когнітивні функції.

Матеріали та методи

Дослідження виконане з дотриманням етичних стандартів інституційного та національного комітетів з етики, а також згідно з Гельсінською декларацією 1964 р. й поправками. Проведення дослідження затверджене комісією з питань етики наукових досліджень Львівського національного медичного університету (протокол № 12 від 20 листопада 2023 р.).

У дослідження залучали хворих із діагнозом РС, установленим за критеріями МакДональда (2017). Ступінь інвалідизації оцінювали за розширеною шкалою інвалідності (Expanded Disability Status Scale (EDSS)). Усі учасники дослідження не мали тяжких гострих або хронічних супутніх захворювань, не приймали хіміотерапевтичних препаратів й цитостатиків протягом останніх 6 міс і надали добровільну письмову згоду на участь у дослідженні. Критерії вилучення з дослідження: вік менше 18 років або понад 70 років, наявність тяжкої супутньої патології (ВІЛ-інфекція, позитивний результат тесту на RW, туберкульоз, неопластичні процеси будь-якої локалізації), прийом хіміотерапевтичних препаратів або цитостатиків протягом останніх 6 міс, неможливість або відмова надати письмову згоду на участь у дослідженні.

Проаналізовано психологічний стан 103 хворих на РС віком від 18 до 69 років (медіана віку (Me) — 39 років; міжквартильний розмах (Q1; Q3) — 32—48 років). Хворих розподілили на групи за статтю, віком та ступенем тяжкості захворювання за шкалою EDSS, що дало змогу оцінити потенційні чинники ризику розвитку нейропсихіатричних розладів. Для оцінки психоемоційних розладів використовували госпітальну шкалу тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)), шкалу депресії Бека (Beck Depression Inventory (BDI)) і анкету PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), яка дає змогу оцінити рівень зацікавленості у звичайних справах, настроїв та наявність негативних думок.

Статистичний аналіз проведено з використанням програми SPSS v.27. Категоріальні змінні представлені як абсолютні значення та частоти, кількісні змінні — як середнє арифметичне значення та стандартне відхилення (для даних з нормальним розподілом) або як Me [Q1; Q3] (для даних, розподіл яких не відповідав нормальному). Для порівняння категоріальних змінних між групами використовували критерій χ^2 Пірсона (з поправкою Єтса за потреби), для кількісних змінних — критерій Манна—Вітні або Краскела—Волліса. Оцінку ризику, асоційованого з депресією, здійснювали за допомогою розрахунку відношення шансів (ВШ) у межах 95 % довірчого інтервалу (ДІ). Статистично значущими вважали відмінності при рівні значущості $p < 0,05$.

Результати та обговорення

На рис. 1 наведено порівняльний аналіз двох груп хворих, розподілених за статтю.

Серед обстежених хворих переважали жінки (66,02 %). Середній вік жінок становив 39 (32; 49) років, чоловіків — 35 (31,5; 43,0) років, різниця між групами не була статистично значущою ($p = 0,35$). Оцінка ступеня тяжкості захворювання за EDSS становила 3,5 (1,9; 4,0) бала в жінок та 3,0 (2; 5) бали в чоловіків без статистично значущої різниці між групами ($p = 0,73$).

Опитування хворих на РС щодо загальної оцінки стану здоров'я виявило схожі результати в групах жінок і чоловіків. Відмінний стан здоров'я відзначили лише 2 (2,94 %; 95 % ДІ: 0,29—8,24) жінки та 1 (2,86 %; 95 % ДІ: 0—10,84) чоловік ($p = 0,98$). Як дуже добрий стан здоров'я оцінили 4 (5,88 %; 95 % ДІ: 1,58—12,66) жінки та 2 (5,71 %; 95 % ДІ: 0,57—15,67) чоловіки ($p = 0,97$). Добрим свій стан здоров'я визнали 18 (26,47 %; 95 % ДІ: 16,74—37,52) жінок і 11 (31,43 %; 95 % ДІ: 17,34—47,54) чоловіків ($p = 0,60$). Більшість жінок (37 (54,41 %; 95 % ДІ: 42,56—66,01) та чоловіків (16 (45,71 %; 95 % ДІ: 29,74—62,15) оцінили свій стан як посередній ($p = 0,40$). Поганий стан здоров'я відзначили 7 (10,29 %; 95 % ДІ: 4,26—18,57) жінок та 5 (14,29 %; 95 % ДІ: 4,85—27,61) чоловіків ($p = 0,55$).

Опитування хворих на РС щодо змін у стані здоров'я за останній рік виявило схожі результати в групах жінок і чоловіків. Серед тих, хто зазначив, що їхній стан став «значно кращим», було 12 (17,65 %; 95 % ДІ: 9,58—27,53) жінок та 3 (8,57 %; 95 % ДІ: 1,72—19,93) чоловіки ($p = 0,22$). «Дещо кращий» стан здоров'я відзначили 8 (11,76 %; 95 % ДІ: 5,25—20,43) жінок та 5 (14,29 %; 95 % ДІ: 4,85—27,61) чоловіків без статистично значущої різниці між групами ($p = 0,72$). Найбільша частка

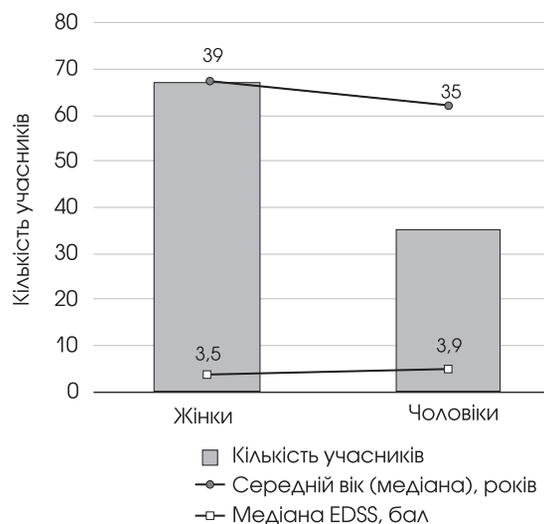


Рис. 1. Порівняння медіани середнього віку та медіани оцінки за EDSS у хворих на розсіяний склероз залежно від статі

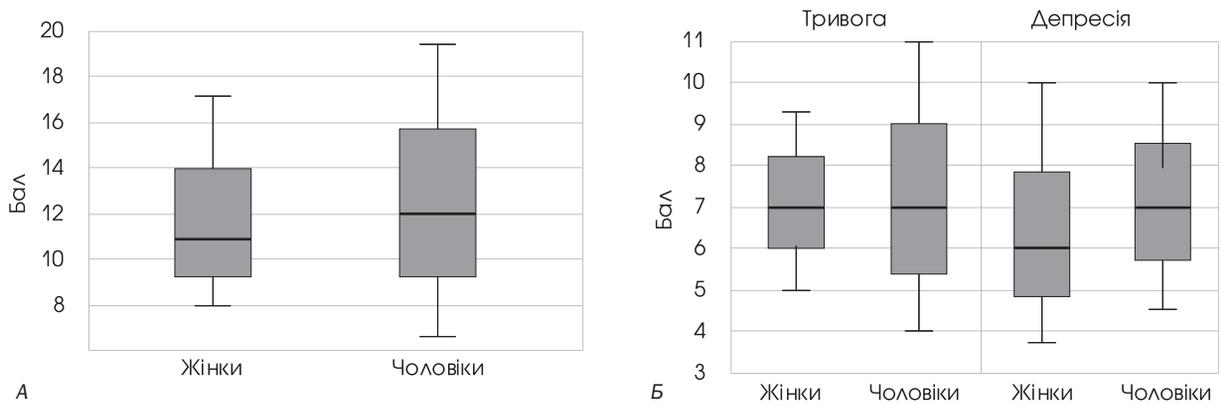


Рис. 2. Рівень депресії та тривоги за шкалами Бека (А) і HADS (Б) у хворих на РС

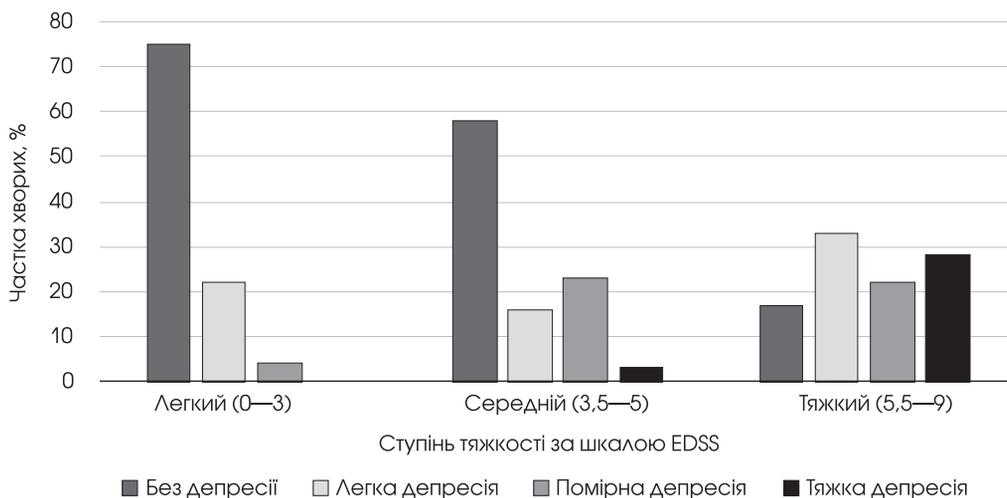


Рис. 3. Розподіл за рівнем депресії пацієнтів із різним ступенем тяжкості за EDSS

респондентів в обох групах повідомила, що їхній стан залишився «приблизно таким самим, як рік тому»: 24 (35,29 %; 95 % ДІ: 24,46—46,96) жінки та 16 (45,71 %; 95 % ДІ: 29,74—62,15) чоловіків, різниця між групами не була статистично значущою ($p = 0,30$). Стан здоров'я, який «дещо погіршився», відзначили 17 (25,00 %; 95 % ДІ: 15,51—35,90) жінок та 7 (20,00 %; 95 % ДІ: 8,62—34,64) чоловіків, різниця між групами не була статистично значущою ($p = 0,57$). Про «набагато гірший» стан здоров'я порівняно з попереднім роком повідомили 7 (10,29 %; 95 % ДІ: 4,26—18,57) жінок і 4 (11,43 %, 95 % ДІ: 3,18—23,87) чоловіків без статистично значущої різниці між групами ($p = 0,86$). Отже, більшість респондентів не відзначили суттєвих змін у стані свого здоров'я порівняно з попереднім роком.

Загальна кількість балів за шкалою Бека (рис. 2) становила 11 (8; 17) у жінок та 12 (7,0; 19,5) у чоловіків, без статистично значущої різниці між групами ($p = 0,75$). Легка депресія (14—19 балів) діагностована в 17 (25,00 %; 95 % ДІ: 15,51—35,90) жінок та 6 (17,14 %; 95 % ДІ: 6,67—31,19) чоловіків ($p = 0,36$), помірна депресія (20—28 балів) — відповідно в 6 (8,82 %; 95 % ДІ: 3,30—16,66) і 7 (20,00 %;

95 % ДІ: 8,62—34,64; $p = 0,11$), тяжка депресія (29—63 бали) — у 4 (5,88 %; 95 % ДІ: 1,58—12,66) та 2 (5,71 %; 95 % ДІ: 0,57—15,67; $p = 0,97$).

Оцінка тривоги та депресії HADS (див. рис. 2) виявила схожі результати: медіана рівня тривоги становила 7 (5,0; 9,3) балів у жінок та 7 (4; 11) балів у чоловіків ($p = 0,84$), медіана рівня депресії — 6 (3,8; 10,0) і 7 (4,5; 10,0) балів ($p = 0,64$) відповідно.

У хворих із легкою формою інвалідизації за EDSS (0—3 бали) більшість (41 (74,55 %) не мали депресії, легку депресію відзначено в 12 хворих (21,82 %), помірну — у 2 (3,64 %), випадків тяжкої депресії не було (рис. 3). При середньому рівні тяжкості стану (3,5—5,0 балів) кількість хворих без депресії становила 18 із 31 (58,06 %), легка депресія мала місце в 5 (16,13 %) хворих, помірна — у 7 (22,58 %), тяжка — у 1 (3,23 %). У хворих із тяжким станом (5,5—9,0 балів) зареєстрували найвищий рівень депресії: лише 3 із 18 (16,67 %) хворих не мали депресії, легку депресію виявлено в 6 (33,33 %), помірну — у 4 (22,22 %), тяжку — у 5 (27,78 %). У хворих із депресією медіана показника EDSS становила 4,0 бала, у пацієнтів без депресії — 2,5 бала ($p < 0,05$).

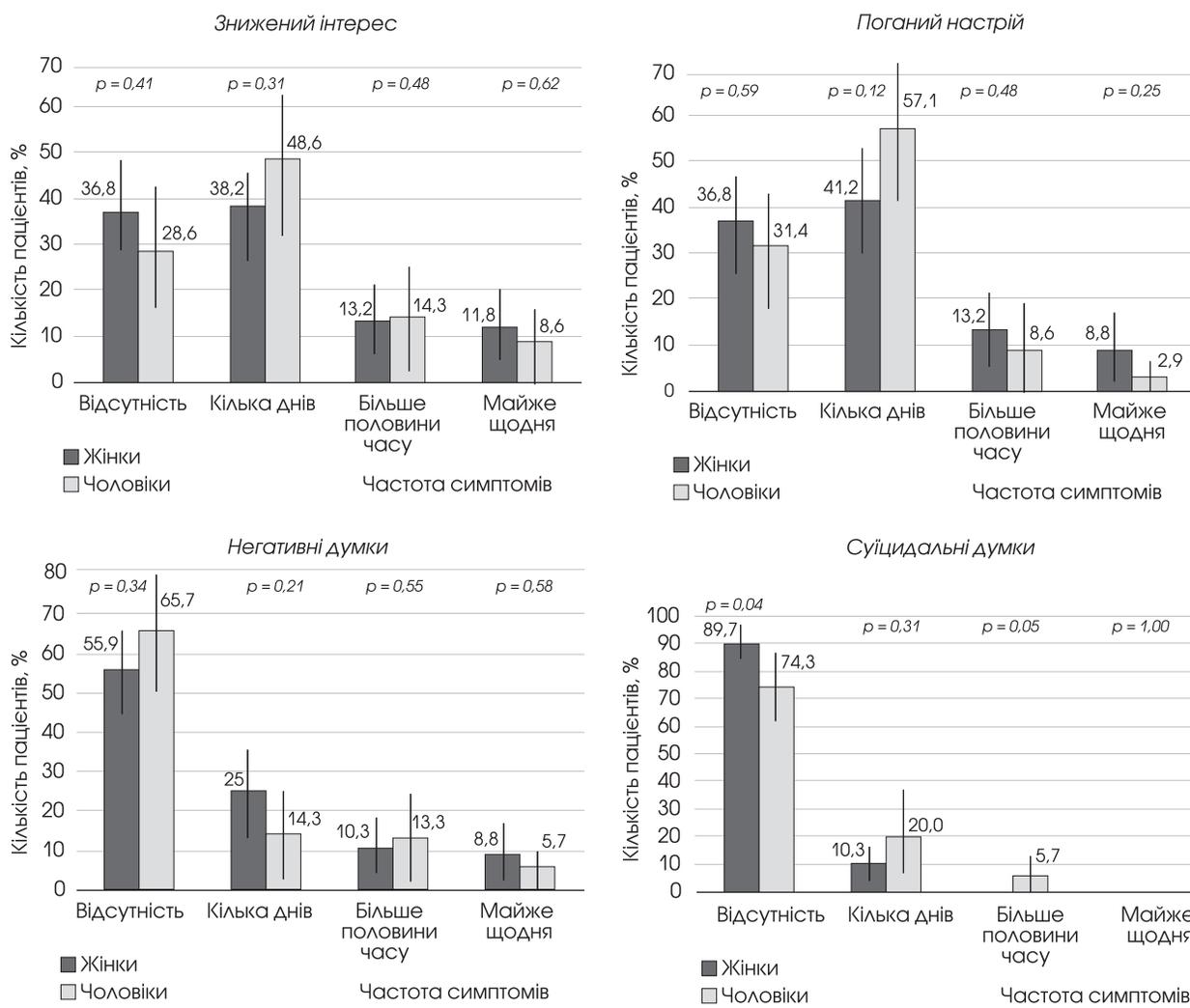


Рис. 4. Аналіз результатів анкети PHQ-9 залежно від статі

Для оцінки загального психологічного стану пацієнтів із РС використовували анкету PHQ-9 (рис. 4). Аналіз відповідей показав, що 11 (10,68 %) хворих (95 % ДІ: 5,48—17,34) майже щодня відчували дуже низьку зацікавленість або відсутність задоволення від звичайних справ, 7 (6,80 %; 95 % ДІ: 2,77—12,43) повідомили про поганий настрій або пригніченість. Негативні думки, зокрема відчуття невдачі або розчарування в собі, мали 8 (7,77 %; 95 % ДІ: 3,42—13,69) хворих. 14 (13,59 %; 95 % ДІ: 7,69—20,85) пацієнтів повідомили про дуже низьку зацікавленість «більше половини часу», 12 (11,65 %; 95 % ДІ: 6,21—18,52) — мали поганий настрій або негативні думки про себе «більше половини часу». Суїцидальні думки відзначили 2 (1,94 %; 95 % ДІ: 0,19—5,48) хворих.

Відсутність зниження зацікавленості у звичайних справах зазначили 25 (36,76 %; 95 % ДІ: 25,78—48,49) жінок та 10 (28,57 %; 95 % ДІ: 15,04—44,43) чоловіків без статистично значущої різниці між групами ($p = 0,41$). Симптоми, що виникали «кілька днів», мали місце в 17 (48,57 %; 95 % ДІ: 32,39—64,91) чоловіків і 26 (38,24 %; 95 % ДІ:

27,12—50,01) жінок, різниця між групами не була статистично значущою ($p = 0,31$). У категорії «більше половини часу» симптоми мали 9 (13,24 %; 95 % ДІ: 6,29—22,25) жінок та 5 (14,29 %; 95 % ДІ: 4,85—27,61) чоловіків, «майже щодня» — відповідно 8 (11,76 %; 95 % ДІ: 5,25—20,43) і 3 (8,57 %; 95 % ДІ: 1,72—19,93), при цьому статистично значущої різниці не виявлено ($p = 0,62$).

Відсутність поганого настрою або пригніченості відзначили 25 (36,76 %; 95 % ДІ: 25,78—48,49) жінок та 11 (31,43 %; 95 % ДІ: 17,34—47,54) чоловіків ($p = 0,59$), симптоми, що виникали «кілька днів», — 20 (57,14 %; 95 % ДІ: 40,66—72,85) чоловіків і 28 (41,18 %, 95 % ДІ: 29,84—53,01) жінок, без статистично значущої різниці ($p = 0,12$). «Більше половини часу» такі симптоми спостерігалися в 9 (13,24 %; 95 % ДІ: 6,29—22,25) жінок і 3 (8,57 %; 95 % ДІ: 1,72—19,93) чоловіків ($p = 0,48$), «майже щодня» — відповідно в 6 (8,82 %; 95 % ДІ: 3,30—16,66) та 1 (2,86 %; 95 % ДІ: 0—10,84), різниця між групами не була статистично значущою ($p = 0,25$).

Негативні думки про себе були відсутні в 38 (55,88 %; 95 % ДІ: 44,03—67,41) жінок і 23

(65,71 %; 95 % ДІ: 49,42—80,30) чоловіків, без статистично значущої різниці між групами ($p = 0,34$). Такі думки виникали «кілька днів» в 17 (25,00 %; 95 % ДІ: 15,51—35,90) жінок та 5 (14,29 %; 95 % ДІ: 4,85—27,61) чоловіків ($p = 0,21$). У категорії «більше половини часу» симптоми відзначили 7 (10,29 %; 95 % ДІ: 4,26—18,57) жінок та 5 (14,29 %; 95 % ДІ: 4,85—27,61) чоловіків ($p = 0,55$), «майже щодня» — відповідно 6 (8,82 %; 95 % ДІ: 3,30—16,66) і 2 (5,71 %; 95 % ДІ: 0,57—15,67), без статистично значущої різниці між групами ($p = 0,58$).

Аналіз суїцидальних думок виявив їхню відсутність у 61 (89,71 %) жінки та 26 (74,29 %) чоловіків, різниця між групами була статистично значущою ($p = 0,04$). Симптоми, що виникали «кілька днів», зазначили 7 (10,29 %) жінок і 7 (20,00 %) чоловіків. Суїцидальні думки «більше половини часу» не спостерігалися в жінок, але їхню наявність відзначили 2 (5,71 %) чоловіки ($p = 0,047$). Жоден хворий в обох групах не повідомив про наявність суїцидальних думок «майже щодня».

Отримані результати підтверджують високу поширеність депресивних розладів серед хворих на РС, що узгоджується з даними літератури. У нашому дослідженні депресивні симптоми виявлені в 40,78 % пацієнтів, що відповідає результатам метааналізу R.E. Voeschoten та співавт. [3]. Це свідчить про серйозний психоемоційний тягар, який супроводжує РС і потребує ретельної діагностики та лікування.

Дані нашого дослідження свідчать, що частота депресивних симптомів серед жінок вища порівняно з чоловіками, що частково узгоджується з результатами дослідженнями F.G. Masuccio та співавт., які виявили подібну тенденцію [12]. Однак інші автори не підтверджують цих відмінностей, що може бути пов'язано з різними підходами до оцінки депресії та відмінностями в характеристиках досліджуваних груп [8]. У нашому дослідженні частота депресивних симптомів не змінювалася з віком, що узгоджується з літературними даними про відсутність зростання з віком поширеності депресії серед хворих на РС [6].

Важливим аспектом є зв'язок депресивних симптомів із клінічним перебігом захворювання. Хворі з вищими показниками депресії демонстрували гірший загальний стан здоров'я та нижчі когнітивні показники, що узгоджується з літературними даними про погіршення когнітивних функцій та збільшення фізичної інвалідності у хворих із депресивними розладами [4, 11]. Це свідчить про важливість мультидисциплінарного підходу до діагностики та лікування пацієнтів із РС.

Результати аналізу загального стану здоров'я показали, що більшість хворих оцінюють свій стан як «посередній», а значна частка вказала на погіршення стану здоров'я за останній рік. Це може бути пов'язано як із прогресуванням захворювання, так і з наявністю депресивних симптомів, які негативно впливають на загальне самопочуття та якість життя [9]. Варта уваги наявність суїцидальних думок у хворих, що підтверджує необхідність регулярного моніторингу психоемоційного стану для запобігання суїцидальним ризикам [14].

Висновки

Дослідження продемонструвало високу поширеність депресивних симптомів серед хворих на РС (у 40,78 % (42 зі 103) обстежених).

Відсутність асоціації між статтю, віком хворих і частотою депресивних симптомів ($p > 0,05$) вказує на те, що психоемоційні розлади при РС мають універсальний характер.

Установлено, що депресивні симптоми асоціюються зі значним погіршенням загального стану здоров'я, зниженням когнітивних функцій та підвищенням рівня інвалідності за EDSS. У хворих із депресією медіана показника EDSS становила 4,0 бали, тоді як у пацієнтів без депресії — 2,5 бала ($p < 0,05$).

Частота суїцидальних думок була значно вищою серед чоловіків (5,71 %; $p = 0,04$), що свідчить про необхідність регулярного моніторингу та вжиття превентивних заходів для зниження ризику суїцидальних дій серед хворих на РС.

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція та дизайн дослідження — Т. Н.; отримання та опрацювання результатів, написання тексту — М. Л.; редагування та затвердження остаточного варіанту — М. Л., Т. Н.

Інформація про фінансування. Дослідження не мало спонсорської підтримки. Робота виконана відповідно до плану наукових досліджень кафедри неврології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького «Вивчення перспективних біологічних, генетичних та нейрорадіологічних маркерів клінічного перебігу розсіяного склерозу», № державної реєстрації: 0122U202000.

Етичні норми. Усі процедури, виконані пацієнтам під час дослідження, відповідають етичним стандартам інституційного і національного комітетів з етики і Гельсінській декларації 1964 року та її пізнішим поправкам або аналогічним етичним стандартам. Проведення дослідження затверджене комісією з питань етики наукових досліджень, експериментальних розробок та наукових творів ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (протокол № 12 від 20 листопада 2023 р.).

Література

1. Негрич ТІ, Боженко НЛ, Боженко МІ. Вплив інтенсивності та нейропатичного компонента болю на якість життя хворих на розсіяний склероз. Запорізький медичний журнал. 2021;5:628-35. doi: 10.14739/2310-1210.2021.5.206017.
2. Benedict RHB, Amato MP, DeLuca J, Geurts JG. Cognitive impairment in multiple sclerosis. Clinical management, MRI, and therapeutic avenues. *Lancet Neurol*. 2020;19:860-71. doi: 10.1016/S1474-4422(20)30277-5.
3. Boeschoten RE, Braamse AMJ, Beekman ATF, Cuijpers P, van Oppen P, Dekker J. Prevalence of depression and anxiety in multiple sclerosis. A systematic review and meta-analysis. *J Neurol Sci*. 2017;372:331-41. doi: 10.1016/j.jns.2016.11.067.
4. Capone F, Collorone S, Cortese R, DiLazzaro V, Moccia M. Fatigue in multiple sclerosis. The role of thalamus. *Mult Scler J*. 2020;26(1):6-16. doi: 10.1177/1352458519851247.
5. Chou T, Deckersbach T, Dougherty DD, Hooley JM. The default mode network and rumination in individuals at risk for depression. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2023;18(1). doi: 10.1093/scan/nsad032.
6. Heitmann H, Andlauer TFM, Korn T, Mühlau M, Henningsen P, Hemmer B. Fatigue, depression, and pain in multiple sclerosis. How neuroinflammation translates into dysfunctional reward processing and anhedonic symptoms. *Mult Scler J*. 2022;28(7):1020-7. doi: 10.1177/1352458520972279.
7. Kever A, Buyukturkoglu K, Levin SN, Riley CS, DeJager P, Leavitt VM. Associations of social network structure with cognition and amygdala volume in multiple sclerosis. An exploratory investigation. *Mult Scler J*. 2022;28(2):228-36. doi: 10.1177/13524585211018349.
8. Magyari M, Sorensen PS. Comorbidity in multiple sclerosis. *Front Neurol*. 2020;11:851. doi: 10.3389/fneur.2020.00851.
9. Margoni M, Preziosa P, Rocca MA, Filippi M. Depressive symptoms, anxiety, and cognitive impairment. Emerging evidence in multiple sclerosis. *Transl Psychiatry*. 2023;13(1):264. doi: 10.1038/s41398-023-02555-7.
10. Marrie RA, Cohen J, Stuve O, et al. A systematic review of the incidence and prevalence of comorbidity in multiple sclerosis. *Mult Scler J*. 2015;21:263-81. doi: 10.1177/1352458514564491.
11. Marrie RA, Patten SB, Berrigan LI, Tremlett H, Wolfson C, Warren S. Diagnoses of depression and anxiety versus current symptoms and quality of life in multiple sclerosis. *Int J MS Care*. 2018;20:76-84. doi: 10.7224/1537-2073.2016-110.
12. Masuccio FG, Gamberini G, Calabrese M, Solaro C. Imaging and depression in multiple sclerosis. A historical perspective. *Neurol Sci*. 2021;42(3):835-45. doi: 10.1007/s10072-020-04951-z.
13. Valentine TR, Alschuler KN, Ehde DM, Kratz AL. Prevalence, co-occurrence, and trajectories of pain, fatigue, depression, and anxiety in the year following multiple sclerosis diagnosis. *Mult Scler J*. 2022;28(4):620-31. doi: 10.1177/13524585211023352.
14. Wu L, Huang M, Zhou F, Zeng X, Gong H. Distributed causality in resting-state network connectivity in the acute and remitting phases of relapsing-remitting multiple sclerosis. *BMC Neuroscience*. 2020;21(1). doi: 10.1186/s12868-020-00590-4.

T.I. NEHRYCH, M.Ya. LAFARENKO

Danylo Halytskyi Lviv National Medical University

Assessment of psycho-emotional disorders in patients with multiple sclerosis

Objective — to determine the prevalence and nature of depressive and anxiety disorders in patients with multiple sclerosis, as well as to assess their impact on the clinical course of the disease, overall health status, and cognitive functions.

Materials and methods. The study included 103 patients diagnosed with MS, observed in an outpatient setting. The Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Beck Depression Inventory (BDI), and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were used for psychological assessment. Disability level was assessed using the Expanded Disability Status Scale (EDSS). Data were analyzed using descriptive and inferential statistical methods.

Results and discussion. Depressive symptoms of varying severity were identified in 40.78 % of participants. A significant portion also had elevated anxiety scores on the HADS. There were no statistically significant differences based on age or gender. However, a clear correlation was observed between more severe depressive symptoms and higher EDSS scores. Patients with anxiety and depressive disorders frequently reported decreased concentration, memory, and cognitive performance, suggesting an emotional impact on cognitive function.

Conclusions. Psycho-emotional disturbances are common in MS patients and negatively affect disease progression, disability level, and quality of life. The findings support the integration of regular psychological screening into standard MS care protocols to ensure timely detection and treatment of emotional disorders, which may lead to better clinical outcomes.

Keywords: multiple sclerosis, depression, anxiety, Patient Health Questionnaire-9, Beck Depression Inventory, Hospital Anxiety and Depression Scale.

ДЛЯ ЦИТУВАННЯ

- НегричТІ, ЛяфаренкоМЯ. Оцінка психоемоційних розладів у хворих на розсіяний склероз. Український неврологічний журнал. 2025;2:28-33. doi: 10.30978/UNJ2025-2-28.
- Негріч ТІ, Ляфаренко МЯ. (Assessment of psycho-emotional disorders in patients with multiple sclerosis). *Ukrainian Neurological Journal*. 2025;2:28-33. <http://doi.org/10.30978/UNJ2025-2-28>. Ukrainian.