

<https://doi.org/10.35339/ekm.2020.88.03.10>

УДК 616.89-008.454-008.45-07-052

С.О. Ярославцев

*КНП «Херсонський обласний заклад
з надання психіатричної допомоги», Україна*

РОЛЬ КОГНІТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ФОРМУВАННІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ПАЦІЄНТІВ З ПРОЛОНГОВАНОЮ ДЕПРЕСИВНОЮ РЕАКЦІЄЮ

У дослідженні брали участь 98 пацієнтів з пролонгованою депресивною реакцією. У більшості пацієнтів було зафіксоване переважання тривожного, апатико-адинамічного, obsесивно-депресивного та сенесто-іпохондричного симптомокомплексів. Тривожний симптомокомплекс був пов'язаний з катастрофізацією, іпохондричними ідеями, підвищеною вибірковістю уваги на негативні стимули, нав'язливими думками, підвищеною чутливістю до критики, слабкими порушеннями зорово-моторної координації, зниженим рівнем переключення уваги, середньою ефективністю роботи, мобілізацією психічних процесів, румінаціями, звинуваченням інших, слабкими порушеннями у сфері особистісної та соціальної взаємодії, помірними порушеннями у сфері агресивних патернів поведінки. Апатико-адинамічний симптомокомплекс був асоційований з труднощами в прийнятті рішень, слабкими порушеннями зорово-моторної координації та виконавчих функцій, слабкими порушеннями вербальної продуктивності, низьким рівнем переключення уваги, зниженою вибірковістю уваги на нейтральні та негативні стимули, слабкими порушеннями у сферах суспільно корисної діяльності й особистісної та соціальної взаємодії. Obsесивно-депресивний симптомокомплекс корелював з нав'язливими думками, слабкими порушеннями виконавчих функцій, румінаціями, труднощами в прийнятті рішень, низьким рівнем переключення уваги та слабкими порушеннями у сфері особистісної та соціальної взаємодії. Сенесто-іпохондричний симптомокомплекс асоціювався з іпохондричними ідеями, нав'язливими думками, зниженим рівнем переключення уваги, підвищеною вибірковістю уваги на негативні стимули, румінаціями, слабкими порушеннями виконавчих функцій та слабкими порушеннями у сфері суспільно корисної діяльності.

Ключові слова: когнітивні порушення, депресивні розлади, клініко-психопатологічні особливості, симптомокомплекс, пролонгована депресивна реакція.

Вступ

Протягом останніх десятиліть проблема депресій посідає значне місце в роботах багатьох зарубіжних і вітчизняних клініцистів [1–7]. Це пов'язано з високою поширеністю депресивних розладів, яка за даними різних авторів складає в загальній популяції від 5 до 15 %, а також зі значним поліморфізмом клінічної картини депресій, що створює труднощі як у діагностиці цих станів, так і у вирішенні питань прогнозу і лікування [5, 8]. До

сьогодні, попри постійне збільшення кількості робіт, присвячених вивченню депресій, залишається багато незрозумілих і спірних питань, що стосуються типології депресій, їх класифікації, нозологічної приналежності [4, 9, 10]. Виділяють біологічно обумовлені ендогенні та психосоціально обумовлені реактивні депресії [6, 11]. Структура депресії визначається різними співвідношеннями компонентів тріади: афективної, ідеаторної та моторної сфери [3, 8, 12].

© С.О. Ярославцев, 2020

Наразі проблема взаємовпливу та взаємодії депресивних і когнітивних розладів зберігає свою актуальність [1, 2, 5, 7]. У роботах, присвячених пролонгованій депресивній реакції відсутня єдність поглядів щодо психопатологічної структури цих станів, взаємозв'язку когнітивних дисфункцій з іншими проявами депресивного синдрому, що обумовлює актуальність та мету даного дослідження [2, 11, 12].

Мета дослідження – визначити взаємозв'язок між клініко-психопатологічними особливостями провідних симптомокомплексів та особливостями когнітивних дисфункцій у пацієнтів з пролонгованою депресивною реакцією (ПДР).

Методи та об'єкт дослідження

У дослідженні брали участь 98 пацієнтів з ПДР: 43 особи чоловічої статі [(43,88±3,39) %] та 55 жінок [(56,12±3,83) %].

У дослідженні був використаний комплексний підхід, що полягав у використанні клініко-психопатологічного, психометричного (шкала особистісного та соціального функціонування), психодіагностичного (Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій; модифікована Адденбрукська когнітивна шкала; «Заучування десяти слів» (А.Р. Лурія); коректурна проба; таблиці Шульте; тест Мюнстерберга; тест зв'язку символів; тест вербальної швидкості; опитувальник когнітивної регуляції емоцій) та статистичного методів дослідження. Статистична обробка даних застосовувалась для визначення середніх величин кількісних параметрів, їхніх стандартних помилок, достовірності взаємозв'язків (кореляційний аналіз). Статистична обробка результатів проводилась за допомогою Excel-2010 та STATISTICA 6.1.

З метою вивчення клініко-психопатологічних особливостей депресивних розладів (ДР) проведено аналіз провідних симптомокомплексів та клінічних проявів депресії у пацієнтів з ПДР. З метою вивчення особливостей когнітивних порушень (КП) при ДР проведено аналіз виразності КП і особливостей пізнавальних процесів (розумової, мнестичної, процесу уваги, сприйняття), виконавчих функцій та специфіки соціального функціонування у пацієнтів з ПДР. За результатами досліджень був проведений кореляційний аналіз, який дозволив визначити поєднання клініко-психопатологічної симптоматики з особливостями когнітивного функціонування пацієнтів з ПДР.

Результати та їх обговорення

Ретельний аналіз клініко-психопатологічних особливостей ДР дозволив визначити, що

у більшості пацієнтів з ПДР було зафіксоване переважання тривожного (59,18±3,90) %, апатико-адинамічного (23,47±2,12) %, обсесивно-депресивного (13,27±1,27) % та сенесто-іпохондричного (10,20±1,00) % симптомокомплексів. Найменш поширеними виявилися дисфоричний (6,12±0,61) %, тужливий (7,14±0,71) % та астено-анергетичний (7,14±0,71) % симптомокомплекси.

В клінічній картині пацієнтів з ПДР спостерігалось переважання наступних клінічних ознак депресії: психічна та соматична тривога (3,87 та 3,05 бала відповідно), тривожний настрій (3,78 бала), відчуття напруги та страху (3,55 та 3,21 бала відповідно), суїцидальні думки (4,29 бала), сомато-вегетативні симптоми [вегетативно-вісцеральні кризи (76,53 %), головні болі (69,39 %), порушення сну (61,22 %) та апетиту (55,60 %), сексуальні порушення (58,16 %)], гастроінтестинальні симптоми (51,02 %), сенсорні прояви у вигляді гіперестезії (60,20 %), психомоторні прояви [рухова занепокоєність (74,49 %) та тривожна поведінка (3,65 бала)] та численні емоційні прояви [відчай (90,82 %), тривога (86,73 %), гіпотимія (84,69 %), незадоволеність (80,61 %), побоювання (79,59 %), смуток (78,57 %), відчуття страху та жаху (77,55 та 72,45 % відповідно), злість (75,61 %), емоційна лабільність (75,51 %), неприязнь (69,34 %), сором (68,37 %) та сенситивність (48,98 %)].

Аналіз КП пацієнтів з ПДР дозволив встановити, що у сфері мислення *визначались* нав'язливі та суїцидальні думки (85,71 та 73,47 % відповідно), іпохондричні ідеї (62,24 %), підвищена чутливість до критики у свій бік (82,65 %), труднощі в прийнятті рішень (62,24 %); *у мнестичній сфері був зафіксований* нормативний рівень короткострокової пам'яті (5,37 бала) та переважання високого рівня відстроченого відтворення (58,16 %); *у сфері виконавчих функцій* відзначалась відсутність та наявність слабких порушень зорово-моторної координації (45,92 та 36,73 % відповідно), виконавчих функцій (23,47 та 66,33 % відповідно), виконавчих функцій лексичної системи (31,63 та 45,92 % відповідно) та вербальної продуктивності (26,53 та 58,16 % відповідно); *у сфері уваги* була встановлена наявність середнього рівня концентрації уваги (42,86 %), переважання зниженого та низького рівнів переключення уваги (44,90 та 17,35 % відповідно), середній та підвищений рівень ефективності роботи (51,02 та 18,37 % відповідно), середній, підвищений та високий

рівень стійкості уваги (40,82; 28,57 та 21,12 % відповідно), середній рівень працездатності та психічної стійкості (37,76 та 38,78 % відповідно); мобілізація психічних процесів; у сфері сприйняття переважали середня та знижена вибірковість уваги на нейтральні стимули (42,86 та 34,69 % відповідно), підвищена та знижена вибірковість уваги на негативні стимули (29,59 та 16,33 % відповідно), підвищена вибірковість уваги на позитивні стимули (43,88 %); у сфері соціального функціонування спостерігалась вираженість наступних когнітивних стратегій регулювання емоцій: «румінації» (87,76 %), «звинувачення інших» (85,71 %), «катастрофізація» (79,59 %), «фокусування на плануванні» (32,65 %), «позитивна переоцінка» (31,63 %) «позитивне перефокусування» (25,51 %); переважання слабких та відсутніх порушень у сфері суспільно корисної діяльності (34,69 та 20,41 %, відповідно), у сфері особистісної та соціальної взаємодії (30,61 та 20,41 % відповідно), відсутність порушень в самообслуговуванні (51,02 %) та переважання помірних порушень у сфері агресивних патернів поведінки (40,82 %).

За допомогою кореляційного аналізу був встановлений взаємозв'язок між когнітивними дисфункціями пацієнтів з ПДР та синдромальними варіантами перебігу депресії (табл. 1).

Встановлено, що при ПДР тривожний симптомокомплекс був пов'язаний з іпохондричними ідеями ($r=0,987$), підвищеною вибірковістю уваги на негативні стимули ($r=0,886$), нав'язливими думками ($r=0,774$), підвищеною чутливістю до критики ($r=0,773$), слабкими порушеннями зорово-моторної координації ($r=0,713$), зниженим рівнем переключення уваги ($r=0,786$), середньою ефективністю роботи ($r=0,775$), мобілізацією психічних процесів ($r=0,765$), румінаціями ($r=0,768$), звинуваченням інших ($r=0,713$), катастрофізацією ($r=0,890$), слабкими порушеннями у сфері особистісної та соціальної взаємодії ($r=0,765$), середнім рівнем психічної стійкості ($r=0,567$), суїцидальними думками ($r=0,598$), труднощами в прийнятті рішень ($r=0,598$), помірними порушеннями у сфері агресивних патернів поведінки ($r=0,711$) (табл. 1).

Апатико-адинамічний симптомокомплекс був асоційований з труднощами в прийнятті рішень ($r=0,876$), слабкими порушеннями зорово-моторної координації та виконавчих функцій ($r=0,745$ та $r=0,854$ відповідно), слабкими порушеннями вербальної продуктивності ($r=0,712$), низьким рівнем переключення ува-

ги ($r=0,845$), зниженою вибірковістю уваги на нейтральні та негативні стимули ($r=0,852$ та $r=0,775$ відповідно), румінаціями ($r=0,564$), слабкими порушеннями у сферах суспільно корисної діяльності й особистісної та соціальної взаємодії ($r=0,732$ та $r=0,732$ відповідно).

Обсесивно-депресивний симптомокомплекс корелював з нав'язливими думками ($r=0,869$), слабкими порушеннями виконавчих функцій ($r=0,856$), румінаціями ($r=0,886$), труднощами в прийнятті рішень ($r=0,755$), низьким рівнем переключення уваги ($r=0,755$), суїцидальними думками ($r=0,678$), підвищеною чутливістю до критики ($r=0,685$), середнім рівнем концентрації уваги ($r=0,687$), середнім рівнем стійкості уваги ($r=0,645$), підвищеною вибірковістю уваги на негативні стимули ($r=0,675$), звинуваченням інших ($r=0,564$) та слабкими порушеннями у сфері особистісної та соціальної взаємодії ($r=0,783$).

Сенесто-іпохондричний симптомокомплекс асоціювався з іпохондричними ідеями ($r=0,856$), нав'язливими думками ($r=0,774$), зниженим рівнем переключення уваги ($r=0,765$), підвищеною вибірковістю уваги на негативні стимули ($r=0,742$), румінаціями ($r=0,763$), катастрофізацією ($r=0,611$), слабкими порушеннями зорово-моторної координації, виконавчих функцій та вербальної продуктивності ($r=0,614$, $r=0,732$ та $r=0,513$ відповідно), середньою ефективністю роботи ($r=0,463$), середнім рівнем стійкості уваги ($r=0,518$) та слабкими порушеннями у сфері суспільно корисної діяльності ($r=0,852$).

Для більш детального аналізу досліджувався взаємозв'язок між когнітивними особливостями пацієнтів з ПДР та клінічними проявами депресії (табл. 2). Так, внутрішня напруга при ПДР була пов'язана з нав'язливими думками ($r=0,745$), труднощами в прийнятті рішень ($r=0,711$), підвищеною вибірковістю уваги на негативні стимули ($r=0,707$), катастрофізацією ($r=0,790$), іпохондричними ідеями ($r=0,675$), середнім рівнем концентрації уваги ($r=0,487$), підвищеним рівнем стійкості уваги ($r=0,699$), зниженою вибірковістю уваги на нейтральні стимули ($r=0,664$), слабкими порушеннями у сфері суспільно корисної діяльності ($r=0,678$), середнім рівнем психічної стійкості ($r=0,582$), слабкими порушеннями виконавчих функцій ($r=0,577$), зниженим рівнем переключення уваги ($r=0,512$), суїцидальними думками ($r=0,588$) та помірними порушеннями у сфері агресивних патернів поведінки ($r=0,633$).

Таблиця 1. Взаємозв'язок між когнітивними особливостями пацієнтів з ПДР та синдромальними варіантами перебігу депресії (r)

Найменування показників		Симптомокомплекси			
		Тривожний	Апатико-адинамічний	Обсесивно-депресивний	Сенесто-іпохондричний
Мислення	нав'язливі думки	0,774		0,869	0,774
	суїцидальні думки	0,598		0,678	
	іпохондричні ідеї	0,897			0,856
	підвищена чутливість до критики	0,773		0,685	
	труднощі в прийнятті рішень	0,598	0,876	0,755	
Виконавчі функції	слабкі порушення зорово-моторної координації	0,713	0,745		0,614
	слабкі порушення виконавчих функцій		0,854	0,856	
	слабкі порушення вербальної продуктивності		0,712		0,513
Увага	середній рівень концентрації уваги			0,687	
	знижений рівень переключення уваги	0,786			0,765
	низький рівень переключення уваги		0,845	0,755	
	середня ефективність роботи	0,775			0,463
	середній рівень стійкості уваги			0,645	0,518
	середній рівень психічної стійкості	0,567			
	мобілізація психічних процесів	0,765			
Сприйняття	знижена вибірковість уваги на нейтральні стимули		0,852		
	підвищена вибірковість уваги на негативні стимули	0,886		0,675	0,742
	знижена вибірковість уваги на негативні стимули		0,775		
Соціальне функціонування	румінації	0,768	0,564	0,886	0,763
	звинувачення інших	0,713		0,564	
	катастрофізація	0,890			0,611
	слабкі порушення у сфері суспільно корисної діяльності		0,549		0,852
	слабкі порушення у сфері особистісної та соціальної взаємодії	0,765	0,487	0,783	
	помірні порушення у сфері агресивних патернів поведінки	0,711			

Почуття страху було асоційоване з підвищеною вибірковістю уваги на негативні стимули ($r=0,976$), зниженою вибірковістю уваги на нейтральні стимули ($r=0,856$), катастрофізацією ($r=0,897$), слабкими порушеннями виконавчих функцій та зорово-моторної координації ($r=0,843$ та $r=0,778$ відповідно), низьким рівнем переключення уваги ($r=0,765$), труднощами в прийнятті рішень ($r=0,648$), слабкими порушеннями у сфері суспільно корисної діяльності й особистісної та соціальної взаємодії ($r=0,775$ та $r=0,609$ відповідно).

Психічна тривога корелювала з середнім рівнем концентрації уваги ($r = 0,856$), нав'язливими думками ($r=0,833$), суїцидальними думками ($r = 0,768$), труднощами в прийнятті рішень ($r=0,744$), низьким рівнем переключення уваги ($r=0,781$), підвищеною вибірковістю уваги на негативні стимули ($r=0,773$), румінаціями ($r=0,654$), підвищеною чутливістю до критики ($r=0,587$), звинуваченням інших ($r=0,562$), катастрофізацією ($r=0,670$), слабкими порушеннями у сфері особистісної та соціальної взаємодії ($r=0,687$), помірними пору-

Таблиця 2. Взаємозв'язок між когнітивними особливостями пацієнтів з ПДР та клінічними проявами депресії (r)

Найменування показників		Внутрішня напруга	Почуття страху	Психічна тривога	Соматична тривога	Почуття провини	Емоційна лабільність	Відчай	Вегето-вісцеральні кризи	Головні болі	Порушення сну	Порушення ЖКТ
Мислення	нав'язливі думки	0,745		0,833				0,809		0,776	0,783	
	суїцидальні думки	0,588		0,768		0,867		0,875			0,799	
	іпохондричні ідеї	0,675			0,877		0,675		0,779	0,654		
	підвищена чутливість до критики			0,587		0,706	0,700					0,540
	труднощі в прийнятті рішень	0,711	0,648	0,744		0,885	0,487	0,773	0,649		0,775	
Виконавчі функції	слабкі порушення зорово-моторної координації		0,778					0,774			0,607	
	слабкі порушення виконавчих функцій	0,577	0,843		0,687	0,541	0,588		0,608	0,692		0,432
	слабкі порушення вербальної продуктивності					0,786		0,570		0,774		
	середній рівень концентрації уваги	0,487		0,856			0,487					
Увага	знижений рівень переключення уваги	0,512			0,776		0,643		0,505	0,687		
	низький рівень переключення уваги		0,765	0,781		0,785		0,709			0,773	
	підвищений рівень стійкості уваги	0,699				0,713			0,704			
	середній рівень психічної стійкості	0,582			0,631		0,487			0,488		
	знижена вибірковість уваги на нейтральні стимули	0,664	0,856			0,789		0,656		0,645		
Сприйняття	підвищена вибірковість уваги на негативні стимули	0,707	0,976	0,773	0,645	0,804		0,887	0,733			
	знижена вибірковість уваги на негативні стимули									0,756		
	румінації			0,654	0,598	0,734		0,799			0,655	
Соціальне функціонування	звинувачення інших			0,562					0,856	0,598		
	катастрофізація	0,790	0,897	0,670	0,866	0,785		0,845	0,677		0,532	0,699
	слабкі порушення у сфері суспільно корисної діяльності	0,678	0,775		0,772		0,487		0,688		0,587	0,564
	слабкі порушення у сфері особистісної та соціальної взаємодії		0,609	0,687		0,869		0,698	0,786	0,665	0,773	
	помірні порушення у сфері агресивних патернів поведінки	0,633		0,544			0,655		0,705	0,680	0,713	0,664

шеннями у сфері агресивних патернів поведінки ($r=0,544$).

Соматична тривога була пов'язана з іпохондричними ідеями ($r=0,877$), катастрофізацією ($r=0,866$), зниженим рівнем переключення уваги ($r=0,776$), слабкими порушеннями

виконавчих функцій ($r=0,687$), середнім рівнем психічної стійкості ($r=0,631$), підвищеною вибірковістю уваги на негативні стимули ($r=0,645$), румінаціями ($r=0,598$) та слабкими порушеннями у сфері суспільно корисної діяльності ($r=0,772$).

Почуття провини було пов'язане з суїцидальними думками ($r=0,867$), труднощами в прийнятті рішень ($r=0,885$), підвищеною чутливістю до критики ($r=0,706$), слабкими порушеннями вербальної продуктивності ($r=0,786$), низьким рівнем переключення уваги ($r=0,785$), підвищеним рівнем стійкості уваги ($r=0,713$), зниженою вибірковістю уваги на нейтральні стимули ($r=0,789$), підвищеною вибірковістю уваги на негативні стимули ($r=0,804$), румінаціями ($r=0,734$), катастрофізацією ($r=0,785$), слабкими порушеннями виконавчих функцій ($r=0,541$), слабкими порушеннями у сфері особистісної та соціальної взаємодії ($r=0,869$).

Емоційна лабільність при ПДР була асоційована з іпохондричними ідеями ($r=0,675$), підвищеною чутливістю до критики ($r=0,700$), зниженим рівнем переключення уваги ($r=0,643$), слабкими порушеннями виконавчих функцій ($r=0,588$), труднощами в прийнятті рішень ($r=0,487$), середнім рівнем концентрації уваги та психічної стійкості ($r=0,487$ та $r=0,487$ відповідно), слабкими порушеннями у сфері суспільно корисної діяльності ($r=0,487$), помірними порушеннями у сфері агресивних патернів поведінки ($r=0,655$).

Відчуття відчаю було поєднане з нав'язливими думками ($r=0,809$), суїцидальними думками ($r=0,875$), труднощами в прийнятті рішень ($r=0,773$), слабкими порушеннями зорово-моторної координації та вербальної продуктивності ($r=0,774$ та $r=0,570$ відповідно), низьким рівнем переключення уваги ($r=0,709$), зниженою вибірковістю уваги на нейтральні стимули ($r=0,656$), підвищеною вибірковістю уваги на негативні стимули ($r=0,887$), румінаціями ($r=0,799$), катастрофізацією ($r=0,845$), слабкими порушеннями у сфері особистісної та соціальної взаємодії ($r=0,698$).

Вегето-вісцеральні кризи були пов'язані з іпохондричними ідеями ($r=0,779$), труднощами в прийнятті рішень ($r=0,649$), слабкими порушеннями виконавчих функцій ($r=0,608$), зниженим рівнем переключення уваги ($r=0,505$), підвищеним рівнем стійкості уваги ($r=0,704$), підвищеною вибірковістю уваги на негативні стимули ($r=0,733$), звинуваченням інших ($r=0,856$), катастрофізацією ($r=0,677$), слабкими порушеннями у сфері суспільно корисної діяльності ($r=0,688$), слабкими порушеннями у сфері особистісної та соціальної взаємодії ($r=0,786$), помірними порушеннями у сфері агресивних патернів поведінки ($r=0,705$).

Головні болі корелювали з нав'язливими думками ($r=0,776$), іпохондричними ідеями

($r=0,654$), слабкими порушеннями виконавчих функцій ($r=0,692$), слабкими порушеннями вербальної продуктивності ($r=0,774$), зниженим рівнем переключення уваги ($r=0,687$), середнім рівнем психічної стійкості ($r=0,488$), зниженою вибірковістю уваги на нейтральні та негативні стимули ($r=0,645$ та $r=0,756$ відповідно), звинуваченням інших ($r=0,598$), слабкими порушеннями у сфері особистісної та соціальної взаємодії ($r=0,665$), помірними порушеннями у сфері агресивних патернів поведінки ($r=0,680$).

Порушення сну були пов'язані з нав'язливими думками ($r=0,783$), суїцидальними думками ($r=0,799$), труднощами в прийнятті рішень ($r=0,775$), слабкими порушеннями зорово-моторної координації ($r=0,607$), низьким рівнем переключення уваги ($r=0,773$), румінаціями ($r=0,655$), катастрофізацією ($r=0,532$), слабкими порушеннями у сфері суспільно корисної діяльності й особистісної та соціальної взаємодії ($r=0,587$ та $r=0,773$ відповідно) та помірними порушеннями у сфері агресивних патернів поведінки ($r=0,713$).

Порушення в ЖКТ були поєднані з підвищеною чутливістю до критики ($r=0,540$), слабкими порушеннями виконавчих функцій ($r=0,432$), катастрофізацією ($r=0,699$), слабкими порушеннями у сфері суспільно корисної діяльності ($r=0,564$), помірними порушеннями у сфері агресивних патернів поведінки ($r=0,664$).

Висновки

В результаті дослідження були отримані дані щодо взаємозв'язку клініко-психопатологічних особливостей пацієнтів з ПДР та їх провідними КП.

1. У *структурі мислення нав'язливі думки* мали сильний зв'язок з вираженим рівнем тривоги, obsесивно-депресивним симптомокомплексом, відчаєм та психічною тривогою та помірний зв'язок – з тривожним і сенесто-іпохондричним симптомокомплексом, внутрішньою напругою, головними болями та порушенням сну; *суїцидальні думки* мали сильний зв'язок з почуттям провини і відчаю та помірний – з obsесивно-депресивним симптомокомплексом, психічною тривогою та порушенням сну; *підвищена чутливість до критики* помірно корелювала з тривожним й obsесивно-депресивними симптомокомплексом, почуттям провини та емоційною лабільністю; *іпохондричні ідеї* мали сильний зв'язок з тривожним й сенесто-іпохондричним симптомокомплексом і соматичною тривогою та помірний – з внутрішньою напругою, емоційною лабільністю, вегето-вісцеральними

кризами та головними болями; *труднощі в прийнятті рішень* мали сильний зв'язок з апатико-адинамічним симптомокомплексом і почуттям провини та помірний – з обсесивно-депресивним симптомокомплексом, внутрішньою напругою, почуттям страху і відчаю, психічною тривогою, вегето-вісцеральними кризами та порушеннями сну.

2. У *структурі виконавчих функцій* при ПДР слабе порушення виконавчих функцій мало сильний зв'язок з апатико-адинамічним та обсесивно-депресивним симптомокомплексом і почуттям провини та помірний зв'язок – з соматичною тривогою, вегето-вісцеральними кризами та головними болями; *слабкі порушення вербальної продуктивності* мали помірний зв'язок з апатико-адинамічним симптомокомплексом, почуттям провини, головними болями; *слабкі порушення зорово-моторної координації* мали помірний зв'язок з тривожним, апатико-адинамічним і сенесто-іпохондричним симптомокомплексом, відчуттям страху, відчаю та порушеннями сну.

3. У *сфері уваги* при ПДР середній рівень концентрації уваги мав сильний зв'язок з психічною тривогою та помірний – з обсесивно-депресивним симптомокомплексом; *зниження переключення уваги* помірно корелювало з тривожним і сенесто-іпохондричним симптомокомплексом, соматичною тривогою, емоційною лабільністю та головними болями; *низький рівень переключення уваги* мав сильний зв'язок з апатико-адинамічним симптомокомплексом та помірний – з обсесивно-депресивним симптомокомплексом, почуттям страху, провини, відчаю, порушеннями сну та психічною тривогою; *середня ефективність роботи* була помірно пов'язана з тривожним симптомокомплексом; *середня стійкість уваги* помірно корелювала з обсесивно-депресивним симптомокомплексом; *підвищена стійкість уваги* була помірно зв'язана з внутрішньою напругою, почуттям провини та вегето-вісцеральними кризами; *мобілізація психічних процесів* мала помірний зв'язок з тривожним симптомокомплексом; *середній рівень психічної стійкості* помірно корелював з соматичною тривогою.

4. У *сфері сприйняття* при ПДР *знижена вибірковість уваги на нейтральні стимули* мала сильний зв'язок з апатико-адинамічним симптомокомплексом і почуттям страху та помірний – з внутрішньою напругою, почуттям провини, відчаю та головними болями; *висока вибірковість уваги на негативні стимули*

мала сильний зв'язок з тривожним симптомокомплексом, почуттям страху, провини і відчаю та помірний – з обсесивно-депресивним та сенесто-іпохондричним симптомокомплексом, внутрішньою напругою, психічною й соматичною тривогою і вегето-вісцеральними кризами; *знижена вибірковість уваги на негативні стимули* помірно корелювала з апатико-адинамічним симптомокомплексом, головними болями.

5. У *сфері соціального функціонування* при ПДР слабі порушення у соціальній діяльності мали сильний зв'язок з сенесто-іпохондричним симптомокомплексом та помірний – з внутрішньою напругою, почуттям страху, соматичною тривогою і вегето-вісцеральними кризами; *слабкі порушення особистісної та соціальної взаємодії* мали сильний зв'язок з почуттям провини та помірний – з тривожним і обсесивно-депресивним симптомокомплексом, психічною тривогою, почуттям страху, відчаю, головними болями, вегето-вісцеральними кризами та порушеннями сну; *помірні порушення агресивних патернів поведінки* мали помірний зв'язок з тривожним симптомокомплексом, внутрішньою напругою, емоційною лабільністю, вегето-вісцеральними кризами, головними болями, порушеннями ЖКТ та порушеннями сну.

6. У *сфері когнітивного регулювання емоцій «румінації»* мали сильний зв'язок з обсесивно-депресивним симптомокомплексом та помірний – з тривожним і сенесто-іпохондричним симптомокомплексом, психічною тривогою, відчуттям провини, відчаю, порушеннями сну; *«звинувачення інших»* мало сильний зв'язок з вегето-вісцеральними кризами та помірний – з тривожним симптомокомплексом; *«катастрофізація»* мала сильний зв'язок з тривожним симптомокомплексом, почуттям страху, відчаю, соматичною тривогою та помірний – з сенесто-іпохондричним симптомокомплексом, внутрішньою напругою, почуттям провини, порушеннями ЖКТ і вегето-вісцеральними кризами.

Таким чином, в результаті дослідження були визначені клініко-психопатологічні особливості когнітивних порушень при різних типах депресивних розладів, оцінений їх взаємозв'язок з когнітивними порушеннями при різних типах депресії, які можуть виступати в якості діагностичних критеріїв при проведенні диференціальної діагностики пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах.

Література

1. Depression: a global public health concern / [Marcus M., Yasamy M. T., Van Ommeren M. et al.]. – Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2012.
2. Діагностичні критерії депресивних розладів на етапах надання медичної допомоги / Н. О. Марута, Т. В. Панько, В. Ю. Федченко [та ін.] // Український вісник психоневрології. – 2017. – Т. 25, вип. 1. – С. 135.
3. Винокур В. А. Депрессия как проблема общей врачебной практики / В. А. Винокур // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике: [сб. науч. статей / под общ. ред. акад. РАН Мазурова В. И.]. – СПб. : изд-во «Альта Астра». – 2015. – Вып. XV. – С. 46–50.
4. Шмуклер А. Б. Когнитивные нарушения в структуре депрессивного синдрома / А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. – № 26 (1). – С. 72–76.
5. Roiser J. P. Hot and cold cognition in depression / J. P. Roiser, B. J. Sahakian // CNS Spectr. – 2013. – Vol. 18 (3). – P. 139–149.
6. Cognitive deficits and functional outcomes in major depressive disorder: determinants, substrates, and treatment interventions / R. S. McIntyre, D. S. Cha, J. K. Soczynska [et al.] // *Depress. Anxiety*. – 2013. – Vol. 30 (6). – P. 515–527.
7. Азимова Ю. Э. Депрессия и когнитивные нарушения: опыт использования вортиоксетина в неврологической практике / Ю. Э. Азимова // Медицинский совет. – 2017. – № 11. – С. 36–39.
8. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг. : 66-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. – 2013. – Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/>.
9. Affective Cognition and its Disruption in Mood Disorders / R. Elliott, R. Zahn, J. Deakin [et al.] // *Neuropsychopharmacology Reviews*. – 2011. – Vol. 36. – P. 153–182.
10. Snyder H. R. Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: a meta-analysis and review / H. R. Snyder // *Psychol Bull.* – 2013. – Vol. 139 (1). – P. 81–132.
11. Gotlib H. Cognition and Depression: Current Status and Future Directions / H. Gotlib, J. Joormann // *Annu. Rev. Clin. Psychol.* – 2010. – Vol. 6. – P. 285–312.
12. Когнитивные нарушения при депрессии и перспективы применения антидепрессантов с прокогнитивным эффектом / А. Е. Бобров, Л. А. Краснослободцева, Е. М. Мутных [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2014. – № 11. – С. 10–14.

References

1. Marcus M., Yasamy M.T., van Ommeren M. et al. (2012). Depression: a global public health concern. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
2. Maruta N.O., Panko T.V., Fedchenko V.Yu., Semikina O.Ye., Kalenska H. Yu., Terenkovskyy D.I. (2017) Diahnostychni kryteriyi depresyivnykh rozladiv na etapakh nadannya medychnoyi dopomohy [Diagnostic criteria for depressive disorders at the stages of medical care] *Ukrayinskyi visnyk psykhonevrolohiyi – Ukrainian Bulletin of Psychoneurology*, vol. 25, issue 1, p. 135 [in Ukrainian].
3. Vinokur V.A. (2015). Depressiya kak problema obshchey vrachebnoy praktiki [Depression as a problem of general medical practice]. *Aktualnyye problemy psikhosomatiki v obshchemeditsinskoy praktike – Actual problems of psychosomatics in general medical practice*, issue XV. Mazurov V.Y. (Ed.). Sankt-Peterburg: izdatelstvo «Alta Astra», 46 p. [in Russian].
4. Shmukler A.B. (2016) Kognitivnyye narusheniya v strukture depressivnogo sindroma [Cognitive disorders in the structure of depressive syndrome]. *Sotsialnaya i klinicheskaya psikiatriya – Social and clinical psychiatry*, vol. 26 (1), pp. 72–76 [in Russian].
5. Roiser J.P., Sahakian B.J. (2013). Hot and cold cognition in depression. *CNS Spectr*, vol. 18 (3), pp. 139–149.
6. McIntyre R.S., Cha D.S., Soczynska J.K. et al. (2013). Cognitive deficits and functional outcomes in major depressive disorder: determinants, substrates, and treatment interventions. *Depress. Anxiety*, vol. 30 (6), pp. 515–527, DOI: 10.1002/da.22063, PMID: 23468126.
7. Azimova Yu.E. (2017) Depressiya i kognitivnyye narusheniya: opyt ispolzovaniya vortiooksetina v nevrologicheskoy praktike [Depression and cognitive impairment: experience of using vortioxetine in neurological practice]. *Meditsinskiy sovet – Medical Council*, vol. 11, pp. 36–39 [in Russian].
8. Vsemirnaya assambleya zdavookhraneniya [World Health Assembly] (2013). Kompleksnyy plan deystviy v oblasti psikhicheskogo zdorov'ya na 2013–2020 gg. [Comprehensive mental health action

plan for 2013–2020]. *66-ya sessiya Vsemirnoy assamblei zdravookhraneniya – 66th Session of the World Health Assembly*. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/> [in Russian].

9. Elliott R., Zahn R., Deakin J., Anderson I. (2011). Affective Cognition and its Disruption in Mood Disorders. *Neuropsychopharmacology Reviews*, vol. 36, pp. 153–182.

10. Snyder H.R. (2013). Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: a meta-analysis and review. *Psychol Bull.*, vol. 139 (1), pp. 81–132, DOI: 10.1037/a0028727.

11. Gotlib H., Joormann J. (2010). Cognition and Depression: Current Status and Future Directions. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, vol. 6, pp. 285–312, DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305, PMID: 20192795, PMCID: PMC2845726.

12. Bobrov A. Ye., Krasnoslobodtseva L. A., Mutnykh Ye. M., Kursakov A. A. (2014). Kognitivnyye narusheniya pri depressii i perspektivy primeneniya antidepressantov s prokognitivnym efektom [Cognitive impairments in depression and the prospects for the use of antidepressants with a pro-cognitive effect]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. C. C. Korsakova – Journal of Neurology and Psychiatry named after S. S. Korsakov*, vol. 11 (2), pp. 10–14 [in Russian].

С.А. Ярославцев

РОЛЬ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ДЕПРЕССИВНОЙ РЕАКЦИЕЙ

В исследовании приняло участие 98 пациентов с пролонгированной депрессивной реакцией. У большинства пациентов было зафиксировано преобладание тревожного, апатико-адинамического, обсессивно-депрессивного и сенесто-ипохондрического симптомокомплексов. Тревожный симптомокомплекс был связан с катастрофизацией, ипохондрическими идеями, повышенной избирательностью внимания на негативные стимулы, навязчивыми мыслями, повышенной чувствительностью к критике, слабыми нарушениями зрительно-моторной координации, пониженным уровнем переключения внимания, средней эффективностью работы, мобилизацией психических процессов, руминациями, обвинениями других, слабыми нарушениями в сфере личностного и социального взаимодействия, умеренными нарушениями в сфере агрессивных паттернов поведения. Апатико-адинамический симптомокомплекс был ассоциирован с трудностями в принятии решений, слабыми нарушениями зрительно-моторной координации и исполнительных функций, слабыми нарушениями вербальной производительности, низким уровнем переключения внимания, пониженной избирательностью внимания на нейтральные и негативные стимулы, слабыми нарушениями в сферах общественно полезной деятельности, личностного и социального взаимодействия. Обсессивно-депрессивный симптомокомплекс коррелировал с навязчивыми мыслями, слабыми нарушениями исполнительных функций, руминациями, трудностями в принятии решений, низким уровнем переключения внимания и слабыми нарушениями в сфере личностного и социального взаимодействия. Сенесто-ипохондрический симптомокомплекс ассоциировался с ипохондрическими идеями, навязчивыми мыслями, пониженным уровнем переключения внимания, повышенной избирательностью внимания на негативные стимулы, руминациями, слабыми нарушениями исполнительных функций и слабыми нарушениями в сфере общественно полезной деятельности.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, депрессивные расстройства, клиничко-психопатологические особенности, симптомокомплекс, пролонгированная депрессивная реакция.

S.A. Yaroslavtsev

THE ROLE OF COGNITIVE DYSFUNCTIONS IN THE FORMATION OF CLINICAL PATTERN OF PATIENTS WITH PROLONGED DEPRESSIVE REACTION

The study involved 98 patients with a prolonged depressive reaction. The majority of patients had a predominance of anxiety, apathetic-dynamic, obsessive-depressive and senescent-hypochondriac symptom complexes. Anxiety symptom complex was associated with catastrophism, hypochondriac ideas, increased selectivity of attention to negative stimuli, obsessive thoughts, increased sensitivity to criticism, weak visual-motor coordination disorders, decreased switching, average mental performance, mobilization, accusation of others, weak violations in the field of personal and social interaction, moderate violations in the field of aggressive patterns of behavior. Apathetic-adynamic symptom complex was associated with difficulties in decision-making, weak disorders of visual-motor coordination and executive functions, weak disorders of verbal performance, low levels of switching attention, reduced selectivity of attention to neutral and negative stimuli, weak personality disorders and social activities. and social interaction. Obsessive-depressive symptoms correlated with obsessions, mild executive impairments, ruminations, decision-making difficulties, low levels of switching, and mild personality and social impairments. Senesto-

hypochondriac symptom complex was associated with hypochondriac ideas, obsessive-compulsive disorder, decreased switching, increased selective attention to negative stimuli, ruminations, mild executive impairments, and mild social disorders.

Keywords: *cognitive impairment, depressive disorders, clinical and psychopathological features, symptom complex, prolonged depressive reaction.*

Надійшла до редакції 05.10.2020

Відомості про автора

Ярославцев Сергій Олександрович – кандидат медичних наук, лікар-психіатр КНП «Херсонський обласний заклад з надання психіатричної допомоги» Херсонської обласної ради.

Адреса: Україна, 73488, Херсонська обл., с. Степанівка, вул. Джона Говарда, 65.

Тел.: +38(050)908-41-33.

E-mail: iaroslavtsev@gmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6673-2157>.