НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ
ТА НАРКОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ»

ЯРОСЛАВЦЕВ СЕРГІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ

ДК 616.8-008.64(447.44)-036.66-08

КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ

14.01.16 – психіатрія

РЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня
доктора медичних наук

Харків – 2024

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

Офіційні опоненти:

- доктор медичних наук, професор **Кожина Ганна Михайлівна**, Харківський національний медичний університет, кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи, завідувачка кафедри;

- доктор медичних наук, професор **Чабан Олег Созонтович**, Навчально-науковий інститут психічного здоров'я Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, директор; кафедра медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії, професор кафедри;

- доктор медичних наук, професор **Огоренко Вікторія Вікторівна**, Дніпровський державний медичний університет, кафедра психіатрії, наркології і медичної психології, завідувачка кафедри.

Захист відбудеться «26» січня 2024 р. о 11:00 годині на засіданні Спеціалізованої Вченої Ради Д 64.566.01 в ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» за адресою: 61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці ДУ "Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України" за адресою: 61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46, та на офіційному сайті Інституту http://www.inpn.org.ua/

Автореферат оприлюднено «16» січня 2024 р.

Вчений секретар
Спеціалізованої Вченої ради Д 64.566.01
кандидат медичних наук Т. Погуляєва

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. На сучасному етапі розвитку суспільства серед загально-медичних проблем особливої актуальності набуває проблема патології афективної сфери (Чабан О.С. зі співав., 2017; Венгер О.П., 2019; Рахман Л.В., 2021; Підкоритов В.С., 2021; Goldberg S.B., 2019; Maj M. et al., 2022). За даними ВООЗ, в даний час більш ніж у 110 млн осіб в світі виявлені ті чи інші клінічно значущі прояви депресивних розладів (ДР) (ВООЗ, 2020). Аналогічна тенденція спостерігається і в Україні (Волошин П.В., Марута Н.О., 2018; Кожина Г.М. зі співавт., 2020; Пшук Н.Г. зі співавт., 2020). Зростаюча актуальність проблеми депресій, пояснюється їх поширеністю істотним впливом хвороби на якість життя і соціальне функціонування людини, а також найбільшим серед психічних розладів рівнем суїцидів, скоєних при ДР (Пилягіна Г.Ю., 2018; Хаустова О.О. зі співавт., 2021; Огоренко В.В., 2021; Tough H. et al., 2017).

Відомо, що депресія супроводжується різними когнітивними порушеннями (КП) (Марута Н.О., 2016; 2021; 2022; Маркова М.В., 2021; Федченко В.Ю., 2021; Culpepper L. et al., 2017). Когнітивний компонент депресії вносить істотний внесок в загальну картину захворювання, що знаходить відображення в описі клінічних симптомів і діагностичних критеріях депресії (Мішиєв В.Д. зі співавт., 2017; Cheng Yan et al., 2014; Fathy H. et al., 2014; Madbouly N. et al., 2015). В останні роки когнітивному аспекту депресії приділяється особлива увага (Бачинська Н.Ю., 2016; Devanand D. et al. 2018; Listunova L. et al., 2018). КП при різних формах патології є неоднорідною групою порушень, функція та структура яких є предметом тривалої дискусії (Міщенко Т.С., 2017; 2019; Лінський І.В., Мінко О.І., 2020; Bowie C. et al., 2019). Показано, що корекція когнітивних розладів має першорядне значення для нормалізації повсякденного функціонування пацієнтів при досягненні ремісії, зокрема для відновлення порушеної працездатності (Чабан О.С. зі співав., 2018; Пшук Н.Г., 2020; Опря Є.В,, 2021; Pan Z. et al., 2018; Perini G., 2019). За даними опитування пацієнтів з встановленим діагнозом депресії, труднощі концентрації і зниження розумової працездатності відчуваються ними майже на всіх етапах захворювання (Clasen P.C. et al., 2013; Cope Z.A. et al., 2017; Knight M.J., Baune B.T., 2019). І навіть незважаючи на нормалізацію емоційного стану під час ремісії, пацієнти нерідко продовжують відчувати когнітивні труднощі, що заважає в роботі і повсякденному житті (Марута Н.О., 2019; Rybakowski J.K. et al., 2016; Jacobson M. et al., 2018). Таким чином, досягнення задовільного рівня повсякденного функціонування неможливо без відновлення нормального рівня розумової працездатності пацієнта, тобто без відновлення когнітивної складової захворювання. У зв'язку з цим у пацієнтів з депресією необхідно ретельно досліджувати когнітивну сферу і враховувати її стан при виборі терапевтичної тактики. Однак, в даний час відсутні систематизовані дані про роль і специфіку КП при ДР, що робить актуальним вивчення особливостей проявів когнітивних дисфункцій при ДР. Діагностиці когнітивного зниження при ДР досі приділяється недостатня увага: нейропсихологічні дослідження застосовуються

не завжди; діагностичні тести не є специфічними для когнітивних розладів; наявність КП без елементів дезадаптуючої поведінки ігноруються; недостатньо вивчені фактори, що лежать в основі дисфункцій, а також відсутні комплексні програми, що дозволяють впливати на когнітивні функції і депресивний стан пацієнтів (Мілевська–Вовчук Л.С., 2015; Шестопалова Л.Ф., 2020; Овчаренко М.О., 2020; Harrison J.E., 2019). Тому дослідження, спрямоване на оцінку особливостей КП при різних типах ДР є актуальним і має велике медико-соціальне значення.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційну роботу виконано згідно з планом науково-дослідної роботи ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», в якості фрагментів представлено у темі: «Вивчити фактори прогнозу формування, перебігу та виходу депресивних розладів з метою розробки ефективних засобів терапії та реабілітації» (№ держреєстрації 0116U000016; шифр теми НАМН.ДР.2П.16).

Мета дослідження: на підставі комплексного дослідження клініко-психопатологічних, психометричних та патопсихологічних закономірностей формування когнітивних порушень при депресивних розладах різного походження, особливостей суїцидального ризику, когнітивного регулювання емоцій і соціального функціонування цих хворих, виділити критерії діагностики когнітивних порушень при депресивних розладах і розробити комплексну програму терапії та реабілітації хворих цієї категорії.

Для досягнення мети було поставлено **задачі**:

1. Дослідити клініко-психопатологічні особливості депресивних проявів у пацієнтів з когнітивними порушеннями.
2. Дослідити клініко-психопатологічну структуру розумових порушень при депресивних розладах.
3. Вивчити феноменологічні особливості мнестичних процесів при депресивних розладах.
4. Визначити особливості процесу уваги та сприйняття у пацієнтів з депресивними розладами.
5. Оцінити особливості виконавчих функцій у пацієнтів з депресивними розладами.
6. Визначити особливості соціального функціонування у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах.
7. Встановити особливості суїцидальної поведінки у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах.
8. Визначити взаємозв'язок когнітивних порушень з клініко-психопатологічними особливостями депресій, виразністю суїцидального ризику.
9. Розробити та апробувати комплексну диференційовану програму лікування та реабілітації пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах та оцінити її ефективність.

Об'єкт дослідження – когнітивні порушення у пацієнтів з різними варіантами депресивних розладів.

Предмет дослідження – клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості когнітивних порушень при депресивних розладах, критерії діагностики когнітивних порушень при різних варіантах депресивних розладів, комплексне лікування та реабілітація пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресії.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, інформаційно-теоретичний, психометричний, психодіагностичний, статистико-математичний.

Наукова новизна одержаних результатів. У дисертаційній роботі вперше представлено закономірності та механізми формування, а також клінічну феноменологію когнітивних порушень при різних типах депресивних розладів, визначено їх структуру в залежності від типу депресивного розладу.

Встановлено клініко-психопатологічні особливості депресивних проявів у пацієнтів з когнітивними порушеннями, проведено їх порівняльний аналіз та визначений взаємозв'язок клініко-психопатологічних особливостей і вираженості когнітивних порушень при різних типах депресивних розладів.

Вперше систематизовано особливості суїцидального ризику у пацієнтів з когнітивними порушеннями при різних типах депресивного розладу, визначені чинники антиризику суїцидальної поведінки, встановлений взаємозв'язок клініко-психопатологічних особливостей, виразності суїцидального ризику і когнітивних порушень при різних типах депресивних розладів.

Вивчено особливості соціального функціонування у пацієнтів з когнітивними порушеннями при різних типах депресивних розладів.

На основі комплексного аналізу результатів дослідження розроблено і впроваджено в практику охорони здоров'я комплексну програму терапії та реабілітації пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах.

Практичне значення одержаних результатів. Практична значущість результатів дослідження визначається розробкою клініко-психопатологічних та патопсихологічних критеріїв діагностики когнітивних порушень при різних типах депресивних розладів, а також комплексної системи лікування та реабілітації таких пацієнтів.

Важливим для клінічної практики є диференціація клінічних проявів когнітивних порушень при різних варіантах депресивних розладів (рекурентній депресії, біполярному афективному розладі, психогенних депресивних розладах) та визначення патогномонічних клініко-психопатологічних предикторів для кожної форми патології.

Визначені психопатологічні та патопсихологічні предиктори суїцидальної поведінки у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах, які включають наявність тужливого сиптомокомплексу, порушення уваги та тенденції до самозвинувачення.

Практичне значення щодо запобігання суїцидальній поведінці мають розроблені у роботі чинники ризику та антиризику суїцидальної поведінки, притаманні пацієнтам з когнітивними порушеннями при депресивних розладах різного ґенезу.

На підставі всебічного дослідження когнітивних порушень у пацієнтів з депресивними розладами різного ґенезу розроблено комплексну чотирьох

етапну комплексну програму терапії та реабілітації, яка базується на принципах біопсихосоціального підходу, спрямована на редукцію клінічних ознак депресії, поліпшення когнітивних функцій та відновлення соціального функціонування пацієнта. Ефективність розробленої системи терапії та реабілітації є вірогідно вищою при порівнянні зі стандартними схемами лікування.

Результати проведеного комплексного дослідження впроваджено у роботу амбулаторних і стаціонарних психіатричних установ України: КНП «Клінічна лікарня «Психіатрія», м. Київ (акти впровадження від 8 січня 2021 року та 9 квітня 2021 року); КНП КОР «Обласне психіатрично-наркологічне медичне об'єднання»», Київська обл., смт Глеваха (акти впровадження від 14 липня 2021 року та 12 березня 2021 року); КНП «Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенка Вінницької обласної ради», м. Вінниця (акт впровадження від 19 квітня 2021 року); КНП «Хмельницький обласний заклад з надання психіатричної допомоги» ХОР, Хмельницька обл., с. Скаржинці (акт впровадження від 14 квітня 2021 року); КНП «Обласний клінічний заклад з надання психіатричної допомоги» Запорізької обласної ради, м. Запоріжжя (акт впровадження від 7 вересня 2020 року); КНП "Херсонський обласний заклад з надання психіатричної допомоги" Херсонської обласної ради, м. Херсон (акт впровадження від 10 березня 2021 року); КП «Дніпропетровська багатопрофільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» ДОР», м. Дніпро (акт впровадження від 08 червня 2021 року); ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків (акт впровадження від 31 травня 2021 року); Одеський національний медичний університет, м. Одеса (акт впровадження від 8 січня 2021 року).

Особистий внесок здобувача. Автором особисто проведено пошук, вивчення та реферування сучасних літературних джерел, визначено мету і задачі роботи, розроблено її методологію та опрацьовано концепцію дослідження. Самостійно проведено підбір пацієнтів для обстеження, здійснено аналіз та узагальнення результатів. Дисертантом одноосібно проведено весь комплекс досліджень (клініко-психологічне, психометричне та психодіагностичне) у 362 пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах. Автором особисто розроблено комплексну програму терапії та реабілітації пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах та доведена її ефективність. Самостійно виконано статистико-математичну обробку, аналіз та описання отриманих результатів дослідження, сформульовано положення та висновки дисертаційної роботи, проведено впровадження отриманих результатів у практику.

Апробація результатів дисертації. Результати дослідження та основні положення роботи висвітлено у доповідях на національному, регіональному та галузевому рівнях, зокрема на конгресах і науково-практичних конференціях: науково-практичній конференції з міжнародною участю «Когнітивні порушення при неврологічних, психічних та наркологічних захворюваннях» (6-7 жовтня 2016 року, м. Ужгород); V Національному конгресі неврологів, психіатрів та наркологів України «Неврологічна, психіатрична та наркологічна допомога в Україні: тенденції розвитку та сучасні виклики» 16-17 березня 2017 року,

м. Харків); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Сучасні аспекти фармакотерапії захворювань нервової системи» (14-15 березня 2018 року, м. Харків); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Українська психіатрія: практика, освіта, дослідження» (17-18 травня 2018 року, м. Харків); науковому симпозіумі з міжнародною участю «Разом задля покращання неврологічного та психічного здоров'я» (3-4 жовтня 2018 року, м. Запоріжжя); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Гендерні та вікові аспекти надання психіатричної допомоги» (15-16 травня 2019 року, м. Харків); науково-практичному симпозіумі «Профілактика і чинники ризику неврологічних, психічних та наркологічних розладів» (3-4 жовтня 2019 року, м. Тернопіль); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Оптимізація психофармакологічних підходів до лікування психічних і поведінкових розладів (4-5 червня 2020 року, м. Харків); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Якість медичних послуг в сфері психічного здоров'я» (20-21 травня 2021 року); науково-практичному симпозіумі з міжнародною участю «Персоніфіковані підходи щодо неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги» (7-8 жовтня 2021 року, м. Харків); VI Національному конгресі неврологів, психіатрів та наркологів України «Неврологія, психіатрія та наркологія у сучасному світі: глобальні виклики та шляхи розвитку» (6-7 жовтня 2022 року, м. Харків); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Психічні та психологічні розлади під час війни: лікування та реабілітація» (24-25 травня 2023 року).

Публікації. За матеріалами дисертаційної роботи опубліковано 27 статей, у тому числі 24 статті у наукових фахових виданнях, рекомендованих МОН України (15 – самостійні). Серед публікацій – 5 у виданнях, які входять до наукометричних баз даних Scopus та Web of Science.

Структура та обсяг дисертації. Основний текст дисертації викладено на 340 сторінках. Дисертація складається зі вступу, 6 розділів (огляду літератури, матеріалів і методів дослідження, 4 розділів власних досліджень), висновків, практичних рекомендацій і списку використаних джерел, що містить 492 праці (299 – латиницею, 193 – кирилицею). Роботу ілюстровано 47 таблицями та 19 рисунками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Дизайн дослідження та загальна характеристика пацієнтів і методів. Огляд сучасної медичної літератури із застосуванням інформаційно-теоретичного методу, представлений у **першому розділі дисертації**, дозволив обґрунтувати необхідність всебічної оцінки когнітивних функцій при різних варіантах ДР та розробки високоефективної комплексної програми терапії та реабілітації пацієнтів з КП при ДР. За його результатами було висунуто наступну дослідницьку гіпотезу:

Особливості психопатологічної симптоматики та специфіка когнітивних порушень при депресивних розладах асоційовані з численними предикторами,

комплексне урахування яких може підвищити якість класифікації стану хворого, спрямованість та диференційованість необхідних лікувально-реабілітаційних заходів.

Для перевірки гіпотези були сформульовані мета, завдання дослідження, розроблений його дизайн (матеріал, структура й обсяг вибірки, принципи й критерії формування груп порівняння, програма й методи дослідження, процедури аналізу й інтерпретації отриманих даних), що наведений у **другому розділі дисертаційної роботи**.

Протягом 2016-2021 років на базі КНП «Херсонський обласний заклад з надання психіатричної допомоги» Херсонської обласної ради проведено дослідження 362 пацієнтів з КП при ДР.

Критеріями включення пацієнтів в групу дослідження були: здатність прочитати і усвідомити дані, наведені в інформаційній згоді на участь у дослідженні; підписання форми поінформованої згоди на участь у дослідженні; встановлені діагнози F 32-33, F 31.3-31.4, F43.20-43.21 за діагностичними критеріями МКХ-10; наявність КП, визначених в процесі обстеження; відсутність органічної патології головного мозку. Групи порівняння формували для підтвердження або спростування нульової гіпотези дослідження з визначенням клінічних, особистісних та соціальних особливостей КП при ДР, маркерів-мішеней реабілітаційних заходів.

Усі обстежені були розподілені на три групи порівняння за механізмом розвитку ДР, що встановлювався при клінічному інтерв'ю та динамічному спостереженні. Порівняльний аналіз за показниками КП проводили серед хворих з рекурентними депресивними розладами (РДР) (F32-33) (I група, 123 особи), біполярними депресивними розладами (БД) (F31.3-31.4) (II група, 141 особа) та пролонгованою депресивною реакцією (ПДР) (F43.21) (III група, 98 осіб).

Оцінку ефективності комплексних лікувально-реабілітаційних програм проводили за допомогою порівняльного аналізу клінічних показників в основній та контрольній групах, які формували шляхом рандомізації хворих з груп порівняння з використанням таблиці випадкових чисел. У дослідженні ефективності комплексних лікувально-реабілітаційних програм прийняло участь 190 пацієнтів з КП при ДР. Основну групу склали пацієнти, в комплексному лікуванні яких застосовували розроблену лікувально-реабілітаційні програму (97 пацієнтів), контрольну – хворі, що проходили традиційну терапію (93 пацієнтів).

Програма дослідження складалась з трьох етапів (рис. 1). На першому етапі проводився інформаційно-теоретичний аналіз із виділенням актуальності проблеми КП при ДР, формулюванням гіпотези, постановкою мети та завдань дослідження, виділення груп порівняння. На другому етапі проводилось клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне, психометричне, психодіагностичне та статистичне дослідження пацієнтів з КП при ДР, їх компаративний аналіз і інтерпретація отриманих даних. На третьому етапі проводилась розробка, апробація та оцінка ефективності запропонованої лікувально-реабілітаційної програми.

Методи дослідження: Вибір методів дослідження (МД) здійснювали згідно провідних вимог доказової медицини. Теоретичною основою для вибору МД постав триєдиний біопсихосоціальний підхід з виділенням *клініко-біологічного* (психіатричний, соціальний, неврологічний статус та сімейний анамнез, тощо), *психологічного* (психодіагностичні методики для встановлення особливостей когнітивного дефіциту) та *соціального* (розподіл за віком, рівнем освіти, сімейним станом, характером і сферою професійної діяльності, тощо) блоків.

Рис. 1. Дизайн та етапи дослідження

За допомогою *клініко-психопатологічного методу*, шляхом стандартизованого інтерв'ю і спостереження проводили первинну діагностику ДР відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10. Доповнював дані за клініко-психопатологічним методом *клініко-анамнестичний* МД, який включав в себе збір відомостей щодо особливостей перебігу хвороби, преморбідних рис характеру, матеріально-побутових умов тощо. Клініко-психопатологічний МД доповнювався використанням *психометричних* МД, що включали у себе застосування наступних шкал: шкалу Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) (М. Гамільтон, 1960); шкалу Гамільтона для оцінки тривоги (HARS) (М. Гамільтон, 1960); шкалу Монтгомері-Айсберг для оцінки депресії (MADRS) (Montgomery S.A., Asberg M.A, 1979); шкалу суїцидального ризику Лос-Анджелеського суїцидологічного центру (Нечипоренко В.В., 2007); самооцінку вираженості аутоагресивних предикторів (Пилягіна Г.Я., 2004); шкалу загального погіршення (Global Deterioration Rating) (Reisberg B., Ferris S.H., de

Leon, M.J., Crook, T, 1982); шкалу особистісного та соціального функціонування (Personal and Social Performance Scale (PSP) (Morosini P.L., 2000).

Психодіагностичні МД використовувались для дослідження когнітивних функцій та включали шкали оцінки когнітивних порушень: Монреальську шкалу оцінки когнітивних функцій (MoCa) (Nasreddine Z.S., 2005); модифіковану Адденбрукську когнітивну шкалу (ACE-R) (Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., Hodges, J. R., 2006); тест «Заучування десяти слів» (А.Р. Лурія, 1996); коректурну пробу (Б. Бурдон, 1895); таблиці Шульте (Walter Schulte, 1986); тест Мюнстерберга (Hugo Münsterberg, 1934); тест зв'язку символів (Trail Making Test - TMT) (Reitan R.M., Wolfon D., 1958); тест вербальної швидкості (VFT) (Lezak M.D., 1995); опитувальник когнітивної регуляції емоцій (ОКРЕ) («Cognitive Emotion Regulation Questionnaire»-CERQ) (Garnefski et al., 2002);

Методи математичної статистики використовували для визначення середніх величин кількісних параметрів, їхніх стандартних помилок (у форматі M±m), достовірності відмінностей (критерії Стьюдента-Фішера [t], Колмогорова-Смірнова [λ]), взаємозв’язків між показниками (точний метод Фішера), засобами кореляційного аналізу (Сидоренко Е. В., 2008). Складові та елементи функціонального стану (маркери-мішені когнітивних порушень, прогностичні чинники ризику-антиризику скоєння суїциду при депресивних розладах), визначали шляхом розрахунку діагностичних коефіцієнтів (ДК) і мір інформативності Кульбака (МІ) для кожної з досліджених ознак із подальшим формуванням зведених диференційно-діагностичних таблиць, що використовуються у послідовній діагностичній процедурі Вальда (у модифікації Є.В. Гублера, 1978). Статистична обробка результатів проводилась за допомогою Excel-2010 та STATISTICA 6.1.

Використання широкого спектру валідних і надійних психометричних і психодіагностичних методик у поєднанні з аналізом результатів клініко-психопатологічного обстеження дало можливість одержати комплексну характеристику психопатологічної феноменології КП у хворих на ДР.

У другому розділі були проаналізовані соціально-демографічні особливості хворих з КП при ДР. Серед обстежених переважали особи жіночої статі (51,96 %), лише в групі пацієнтів з БД було більше чоловіків (53,90 %). Було встановлено, що серед пацієнтів з ДР переважали особи 30-59 років (68,33 %) молодого та середнього віку. Осіб молодого віку було більше серед пацієнтів з ПДР (21,43 %), осіб середнього віку (45-59 років) – серед хворих на БД (39,01 %), осіб похилого віку (60-74 років) – серед пацієнтів з РДР (23,58 %). За рівнем освіти у пацієнтів з ДР переважали особи з середньою спеціалізованою (33,25 %) та неповною вищою освітою (33,26 %). Більшість обстежених – мешканці міста (66,46 %), одружені (34,91 %), серед пацієнтів з ПДР переважали самотні особи (41,84 %), серед пацієнтів з РДР та БД – розлучені особи (21,95 % та 26,95 % відповідно). За працевлаштуванням пацієнти з ДР характеризувались переважанням працюючих осіб (48,63 %), які займалися переважно розумовою працею (61,22 %), 29,58 % осіб були безробітними, 21,77 % – пенсіонерами. Кількість осіб з фізичним характером праці була більшою серед пацієнтів з ПДР (54,72 %), ніж при РДР та БД (36,21 % та 25,40 % відповідно), серед яких переважали пацієнти з розумовим

характером праці (63,79 % та 74,60 % відповідно) та було більше осіб, що вийшли на пенсію (27,64 % та 23,40 % відповідно).

Спадкова обтяженість основного захворювання соматичною патологією виявлена у 90 осіб (24,86 %), наявність алкогольної залежності та ДР у родичів – у 71 осіб (19,61 %) та 64 осіб (17,68 %) відповідно. При цьому, спадкова обтяженість ДР відрізняла пацієнтів з РДР і БД від хворих з ПДР (21,95 %, p = 0,009 та 19,15 %, p = 0,024 відповідно), серед яких було більше пацієнтів зі спадковою обтяженістю у вигляді особистісних аномалій у родичів (8,13 %, p = 0,012 та 9,93 %, p = 0,026 відповідно).

В третьому розділі представлено результати вивчення особливостей КП при ДР, які включали в себе аналіз виразності КП і особливостей пізнавальних процесів (розумових, мнестичних, процесу уваги, сприйняття), виконавчих функцій та специфіки соціального функціонування у пацієнтів з ДР.

Аналіз клініко-психопатологічних особливостей КП у пацієнтів з ДР дозволив визначити, що у пацієнтів з РДР відмічалось зниження рівня інтересів (99,19 %), труднощі в ухваленні рішень (90,24 %), зниження концентрації уваги (82,11 %), ригідність мислення (79,67 %) та нав’язливі думки (78,86 %) (табл. 1).

Таблиця 1

Розлади когнітивних функцій у хворих на депресивні розлади

Розлади когнітивних функцій	РДР (n = 123)		БД (n = 141)		ПДР (n = 98)	
	Абс.	% ± m	Абс.	% ± m	Абс.	% ± m
ідеї малоцінності[1,2]	74	60,16 ± 3,11	97	68,79 ± 2,74	74	75,51 ± 3,85
іпохондричні ідеї[1,3]	67	54,47 ± 3,01	54	38,30 ± 2,15	61	62,24 ± 3,94
суїцидальні думки[2,3]	72	58,54 ± 3,09	86	60,99 ± 2,72	72	73,47 ± 3,90
ригідність мислення[1,3]	98	79,67 ± 2,94	92	65,25 ± 2,75	43	43,88 ± 3,39
зниження рівня інтересів[1,3]	122	99,19 ± 0,73	107	75,89 ± 2,66	58	59,18 ± 3,90
труднощі в ухваленні рішень[1,3]	111	90,24 ± 2,31	99	70,21 ± 2,74	61	62,24 ± 3,94
нав'язливі думки[1,2]	97	78,86 ± 2,97	87	61,70 ± 2,73	84	85,71 ± 3,34
підвищена чутливість до критики на свою адресу[2,3]	76	61,79 ± 3,13	104	73,76 ± 2,70	81	82,65 ± 3,55
параноїдні розлади	4	3,25 ± 0,26	18	12,77 ± 0,85	0	0,00 ± 0,00
порушення пам'яті[2,3]	63	51,22 ± 2,93	71	50,35 ± 2,53	37	37,76 ± 3,07
зниження рівня концентрації уваги[1]	101	82,11 ± 2,85	132	93,62 ± 1,69	87	88,78 ± 3,07
швидка виснаженість психічної діяльності[1]	78	63,41 ± 3,14	127	90,07 ± 2,03	56	57,14 ± 3,86

Умовні позначення:

[1]- вірогідність розбіжностей на рівні p < 0,05 між групами РДР та БД;

[2] - вірогідність розбіжностей на рівні p < 0,05 між групами РДР та ПДР;

[3] - вірогідність розбіжностей на рівні p < 0,05 між групами ПДР та БД.

У пацієнтів з БД найбільш частими були порушення концентрації уваги (93,62 %), виснаженість психічної діяльності (90,07 %), апатія (75,89 %), підвищена чутливість до критики у свій бік (73,76 %), труднощі в ухваленні рішень (70,21 %) та ідеї малоцінності (68,79 %). У хворих на ПДР визначалося зниження рівня концентрації уваги (88,78 %), наявність нав'язливих та суїцидальних думок (85,71 % та 73,47 % відповідно), іпохондричних ідей та ідей малоцінності (62,24 % та 75,51 % відповідно), підвищеної чутливості до критики у свою адресу (82,65 %) та труднощів при ухваленні рішень (62,24 %).

Доведено, що серед КП у пацієнтів з РДР були більш виражені ригідність мислення, апатія та труднощі в ухваленні рішень в порівнянні з пацієнтами на БД (65,25 %, $p < 0,003$; 75,89 %, $p < 0,0001$ та 70,21 %, $p < 0,0001$ відповідно) та ПДР (43,88 %, $p < 0,0001$; 59,18 %, $p < 0,0001$ та 62,24 %, $p < 0,0001$ відповідно), серед яких були більш виражені ідеї малоцінності (68,79 %, $p < 0,035$ та 75,51 %, $p < 0,006$ відповідно).

Пацієнти з БД відрізнялись більшою вираженістю параноїдних розладів у порівнянні з пацієнтами з РДР та ПДР, серед яких були більше виражені іпохондричні ідеї (54,47 %, $p < 0,003$ та 62,24 %, $p < 0,0001$ відповідно) та нав'язливі думки (78,86 %, $p < 0,001$ та 85,71 %, $p < 0,0001$ відповідно). Також було доведено, що пацієнти з БД відрізнялись більш вираженими порушеннями концентрації уваги, швидкою виснаженістю психічних процесів (93,62 % та 90,07 % відповідно) у порівнянні з пацієнтами з РДР (82,11 %, $p < 0,0023$ та 63,41 %, $p < 0,0001$ відповідно). У пацієнтів з ПДР спостерігалися суїцидальні думки та чутливість до критики у свою адресу (73,47 % та 82,65 % відповідно) у порівнянні з пацієнтами з РДР (58,54 %, $p < 0,007$ та 61,79 %, $p < 0,0003$ відповідно) та БД (60,99 %, $p < 0,014$ та 73,76 %, $p < 0,034$ відповідно), серед яких було більше осіб з порушеннями пам'яті (51,22 %, $p < 0,035$ та 50,35 %, $p < 0,016$ відповідно).

Дослідження рівня порушення когнітивних процесів продемонструвало, що для пацієнтів з ДР було характерним зниження когнітивних функцій: середня загальна оцінка серед пацієнтів з РДР складала $25,71 \pm 5,54$ балів, серед пацієнтів з БД – $25,32 \pm 4,87$ балів, серед пацієнтів з ПДР – $26,23 \pm 3,12$ балів (при $N \geq 26$ балів). Пацієнти з БД відрізнялись більш вираженими когнітивними дисфункціями, ніж хворі з ПДР ($p < 0,035$). Вірогідних розбіжностей між пацієнтами з РДР та хворими на БД та ПДР за рівнем когнітивних дисфункцій визначено не було.

У пацієнтів з РДР найбільш вираженими порушеннями когнітивних функцій були порушення вербальної швидкості ($10,13 \pm 0,15$ балів), зорово-просторових функцій ($13,72 \pm 0,42$ балів) та уваги ($16,37 \pm 0,81$ балів); у пацієнтів з БД низькі показники були отримані за шкалою «вербальна швидкість» ($9,07 \pm 0,12$ балів), визначались також труднощі в концентрації уваги ($14,45 \pm 0,38$ балів) та порушення зорово-просторових функцій ($14,15 \pm 0,32$ балів) (рис. 2). У пацієнтів з ПДР відмічалось зниження вербальної швидкості ($12,68 \pm 0,43$ балів), порушення зорово-просторових функцій та концентрації уваги ($15,76 \pm 0,58$ та $17,38 \pm 0,87$ балів відповідно) (рис. 2).

Доведено, що у пацієнтів з БД були більш виражені порушення орієнтування/уваги (14,45 ± 0,38 балів), вербальної швидкості (9,07 ± 0,12 балів) та мовних процесів (22,67 ± 0,82 балів), ніж серед пацієнтів з РДР (16,37 балів, $p < 0,025$; 10,13 балів, $p < 0,043$ та 24,15 балів, $p < 0,038$ відповідно) та ПДР (17,38 балів, $p < 0,001$; 12,68 балів, $p < 0,0001$ та 25,06 балів, $p < 0,0006$ відповідно).

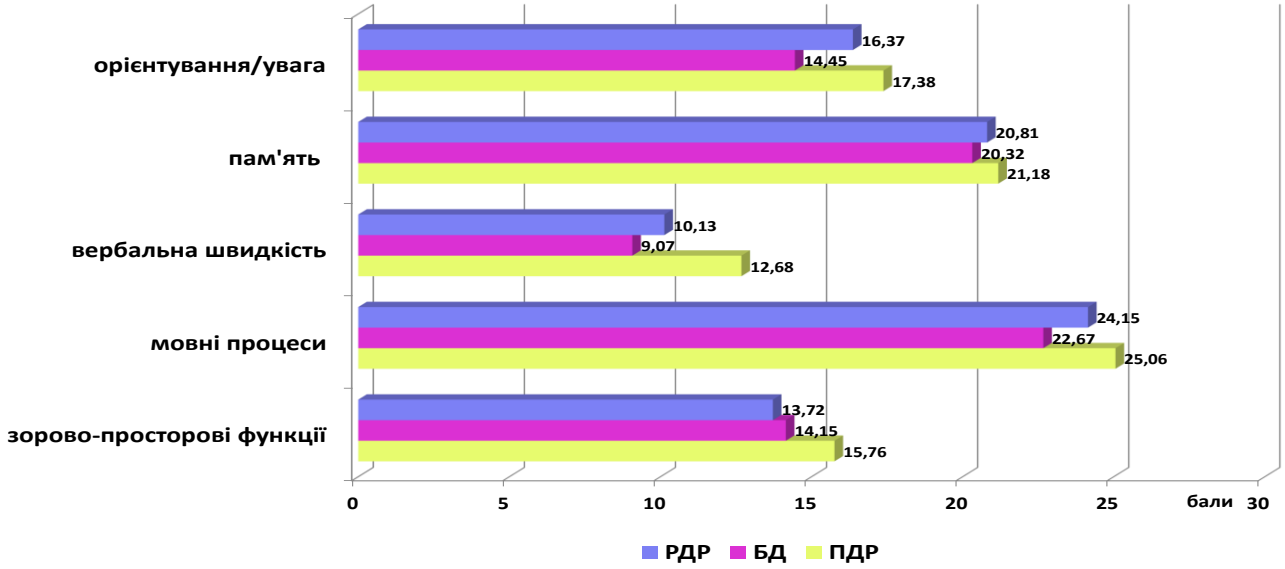

Рис. 2. Особливості когнітивних функцій серед пацієнтів з депресивними розладами за даними шкали (ACE-R)

При цьому за показниками «орієнтування/увага» та «вербальна швидкість» пацієнти з РДР відрізнялись більш вираженими порушеннями (16,37 та 10,13 балів відповідно), ніж пацієнти з ПДР ($p < 0,034$ та $p < 0,01$ відповідно). Зорово-просторові функції були більш порушені серед пацієнтів з РДР та БД (13,72 та 14,15 балів відповідно), ніж серед хворих на ПДР (15,76 балів, $p < 0,01$ та $p < 0,025$ відповідно).

В *сфері мнестичних функцій* було визначено, що у хворих на ДР рівень короткострокової пам'яті був знижений: при РДР показник дорівнював 4,32 ± 2,19 (при N = 7 ± 2), у пацієнтів з БД – 4,52 ± 2,78 та при ПДР – 5,37 ± 1,06. Процес запамятовування був неповним і не досягав повного обсягу слів, що необхідно було запам'ятати і становив при РДР 9,11 ± 1,56; при БД – 8,57 ± 1,97; при ПДР – 9,57 ± 0,58. Доведено, що у пацієнтів з РДР та БД визначався більш низький рівень короткострокової пам'яті у порівнянні з хворими на ПДР (5,37 ± 1,06, $p < 0,025$ та $p < 0,048$ відповідно). У пацієнтів з ПДР фіксувалась більша кількість слів, що запам'ятовувалась, на 2-й, 3-й, 5-й та 8-й спробах у порівнянні з пацієнтами з РДР (5,16 ± 1,88, $p < 0,025$; 6,03 ± 2,01, $p < 0,0001$; 6,89 ± 1,22, $p < 0,035$ та 7,89 ± 1,34, $p < 0,01$) та БД (4,67 ± 2,13, $p < 0,001$; 5,04 ± 1,87, $p < 0,0001$; 6,29 ± 1,38, $p < 0,0025$ та 8,21 ± 1,15, $p < 0,021$), що свідчить про те, що пацієнти з ПДР швидше мобілізуються на початкових етапах та включаються до роботи при виконанні тесту. У більшості пацієнтів з РДР та БД був встановлений середній рівень відтермінованого відтворення (50,41 % та 49,65 % відповідно), а у більшості пацієнтів з ПДР відмічався високий рівень

відтермінованого відтворення (58,16 %). Ці відмінності були статистично значущі на рівні $p \leq 0,001$.

КП *у сфері виконавчих функцій* у пацієнтів з РДР полягали в наявності помірних та виражених порушень зорово-моторної координації (39,84 % та 19,51 % відповідно) та порушенні зорово-просторових функцій (13,72 балів), помірних та виражених порушень виконавчих функцій (54,47 % та 13,01 % відповідно), помірних, виражених та слабких порушень виконавчої функції лексичної системи (39,84 %, 32,52 % та 23,58 % відповідно); помірних порушень вербальної продуктивності (58,54 %).

У пацієнтів з БД відмічалась наявність помірних та виражених порушень зорово-моторної координації (41,13 % та 26,24 % відповідно), виконавчих функцій (65,96 % та 21,38 % відповідно), виконавчих функцій лексичної системи (47,52 % та 39,01 % відповідно) та вербальної продуктивності (58,16 % та 21,28 % відповідно).

У більшості пацієнтів з ПДР спостерігалась наявність слабких порушень зорово-моторної координації (36,73 %), виконавчих функцій (66,33 %), виконавчих функцій лексичної системи (45,92 %) та вербальної продуктивності (58,16 %).

В *сфері уваги КП* виражались у пацієнтів з РДР наявністю зниження концентрації уваги (80,49 %), переважанням зниженого та низького рівнів переключення уваги (43,09 % та 26,83 % відповідно), зниженої ефективності роботи (43,90 %), середнього та підвищеного рівнів стійкості уваги (42,28 % та 27,64 % відповідно), зниженого та низького рівнів працездатності (37,40 % та 32,52 % відповідно).

Серед пацієнтів з БД КП в сфері уваги визначались наявністю зниження концентрації уваги (93,62 %), переважанням зниженого та середнього рівнів переключення уваги (34,75 % та 34,04 % відповідно), зниженої та низької ефективності роботи (47,52 % та 19,15 % відповідно), зниженого рівня стійкості уваги (48,23 %), зниженого та низького рівнів працездатності (53,90 % та 11,35 % відповідно); виснаженість психічної діяльності (90,07 %).

У пацієнтів з ПДР КП в сфері уваги характеризувались наявністю середнього рівня концентрації уваги (42,86 %), переважанням зниженого та низького рівнів переключення уваги (44,90 % та 17,35 % відповідно), середньої ефективності роботи (51,02 %), середнього рівня стійкості уваги (40,82 %), середнього рівня працездатності та психічної стійкості (37,76 % та 38,78 % відповідно).

КП у *сфері сприйняття* у пацієнтів з РДР проявлялось переважанням середньої вибірковості уваги на нейтральні стимули (30,89 %), високої вибірковості уваги на негативні стимули (33,33 %) та зниженої вибірковості уваги на позитивні стимули (54,47 %); у пацієнтів з БД – переважанням середньої та зниженої вибірковості уваги на нейтральні стимули (45,39 % та 36,17 % відповідно), середньої вибірковості уваги на негативні та позитивні стимули (38,30 % та 38,30 % відповідно); у пацієнтів з ПДР - переважанням середньої та зниженої вибірковості уваги на нейтральні стимули (42,86 % та 34,69 %

відповідно), підвищеної вибірковості уваги на негативні стимули (29,59 %), підвищеної вибірковості уваги на позитивні стимули (43,88 %).

В *сфері соціального функціонування* у пацієнтів з РДР були зафіксовані наявність слабких порушень в сфері суспільно корисної діяльності (39,02 %), переважання помірних порушень особистісної та соціальної взаємодії (38,21 %), наявність слабких порушень в самообслуговуванні (35,77 %) та слабких порушень у сфері агресивних патернів поведінки (39,84 %).

У пацієнтів з БД відзначалось переважання помірних та значних порушень в сфері суспільно корисної діяльності (35,46 % та 25,53 %, відповідно), значних порушень особистісної та соціальної взаємодії (45,39 %), наявність значних порушень в самообслуговуванні (31,91 %) та у сфері агресивних патернів поведінки (33,33 %).

Для пацієнтів з ПДР було характерним переважання слабких порушень в сфері суспільно корисної діяльності (34,69 %), у сфері особистісної та соціальної взаємодії (30,61 %) та помірних порушень у сфері агресивних патернів поведінки (40,82 %).

Аналіз когнітивних стратегій в процесі регуляції афективних переживань у пацієнтів з ДР дозволив виділити 9 основних когнітивних стратегій регуляції емоцій, які можуть бути віднесені до двох різних категорій: стратегії, що сприяють успішній адаптації (прийняття того, що трапилося, позитивне перефокусування, фокусування на плануванні, позитивна переоцінка та розгляд в перспективі) та стратегії, що перешкоджають адаптації і підсилюють дезадаптаційні ефекти (самозвинувачення, румінації / нав'язливі думки про подію, катастрофізація та звинувачення інших) (рис. 3).

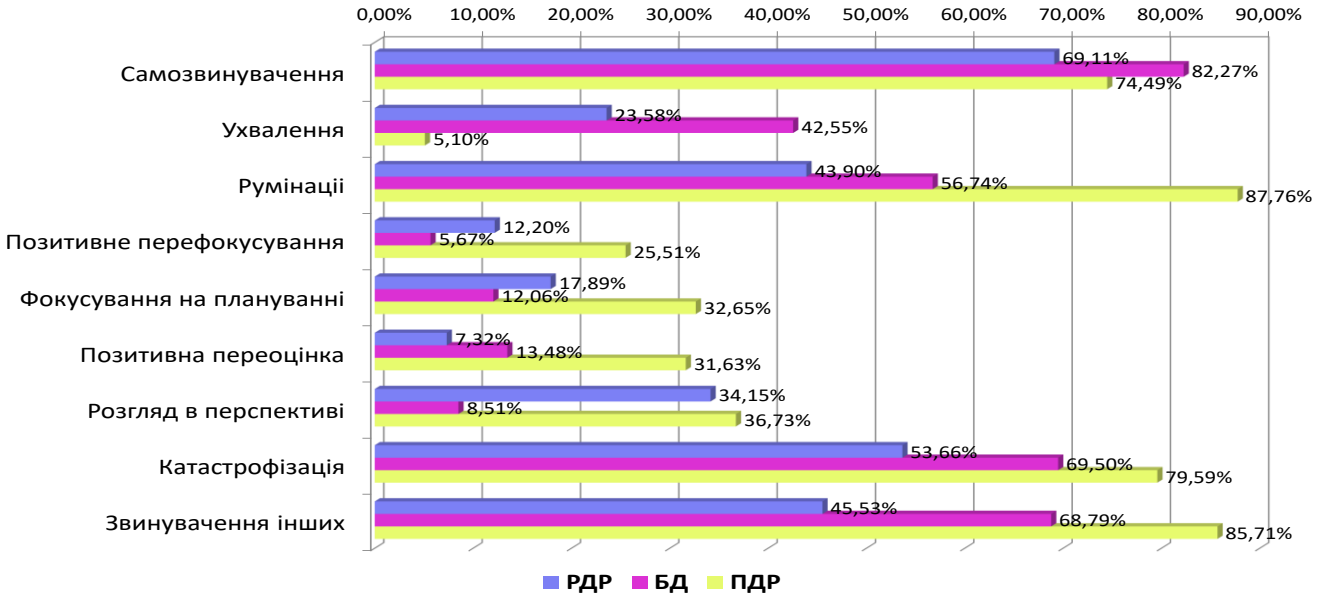

Рис.3. Особливості когнітивної регуляції емоцій у пацієнтів з КП при ДР (за даними опитувальника ОКРЕ)

Було встановлено, що у більшості пацієнтів з РДР серед когнітивних стратегій регуляції емоцій визначалось самозвинувачення (69,11 %), у 53,66 %

пацієнтів спостерігалась катастрофізація, яка виражалась у думках про глобальні розміри події і її негативні наслідки, у 45,53 % пацієнтів визначалось звинувачення інших, що проявлялось в спробах перекласти провину за пережиту подію на оточуючих, у 43,90 % пацієнтів спостерігались румінації, що проявлялись у постійних роздумах про думки і почуття, пов'язані з ситуацією, у 34,15 % визначався розгляд в перспективі за рахунок зниження значущості події при порівнянні з іншими ситуаціями.

Для пацієнтів з БД було характерним перебільшувати значимість події, що сталася(69,50 %), звинувачувати, у першу чергу, себе та інших (82,27 %), постійно думати про негативні події, що сталися (56,74 %), та відчувати потребу у прийнятті ситуації, яку вони не можуть подолати (42,55 %).

Більшість пацієнтів з ПДР схильні були постійно думати про події, що сталися (87,76 %), намагалися звинувачувати інших (85,71 %) і себе (74,49 %), перебільшувати глобальність проблеми і негативність її наслідків (79,59 %). Третина пацієнтів намагалися розглянути ситуацію у перспективі, знижуючи значущість події за рахунок її порівняння з іншими ситуаціями (36,73 %), схильні були фокусуватися на плануванні, міркуючи про те, які кроки краще зробити по відношенню до того, що трапилося (32,65 %), намагалися знайти позитивного сенс в події, що трапилася, з метою особистісного зростання або придбання нового досвіду (31,63 %) та намагалися відволікатись на думки про інших, більш приємні події і ситуації замість роздумів про пережиті складні етапи (25,51 %).

Доведено, що серед пацієнтів з ПДР були більш виражені дезадаптивні стратегії румінації, катастрофізації та звинувачення інших (87,76 %; 79,59 % та 85,71 % відповідно) у порівнянні з пацієнтами з РДР (43,90 %, $p < 0,0001$; 53,66 %, $p < 0,0001$ та 45,53 %, $p < 0,0001$ відповідно) та БД (56,74 %, $p < 0,0001$; 69,70 %, $p < 0,0263$ та 68,79 %, $p < 0,0012$ відповідно), а також адаптаційні стратегії регуляції емоцій, як «позитивне перефокусування», «фокусування на плануванні», «позитивна переоцінка» (25,51 %; 32,65 % та 31,63 % відповідно) у порівнянні з пацієнтами з РДР (12,20 %, $p < 0,005$; 17,89 %, $p < 0,005$ та 7,32 %, $p < 0,0001$ відповідно) та БД (5,67 %, $p < 0,0001$; 12,06 %, $p < 0,0001$ та 13,48 %, $p < 0,0004$ відповідно). При цьому було встановлено, що пацієнти з БД відрізнялись від хворих на РДР більшою схильністю до румінацій, катастрофізацій, самозвинувачення та звинувачення інших (56,74 %, $p < 0,0113$; 69,50 %, $p < 0,003$; 82,27 %, $p < 0,005$ та 68,79 %, $p < 0,0001$ відповідно), а також схильністю до позитивної переоцінки ситуацій та ухвалення (13,48 %, $p < 0,0438$ та 42,55 %, $p < 0,0005$ відповідно), у той час коли для пацієнтів з РДР було більш характерно позитивне перефокусування та розгляд ситуації у перспективі (12,20 %, $p < 0,0309$ та 34,15 %, $p < 0,0001$ відповідно). Треба також зазначити, що пацієнти з ПДР не схильні були до прийняття ситуацій (5,10 %) у порівнянні з пацієнтами з РДР та БД (23,58 %, $p < 0,0001$ та 42,55 %, $p < 0,0001$ відповідно). Схильність до самозвинувачення була більш виражена серед пацієнтів з БД (82,27 %) у порівнянні з хворими на ПДР (74,49 %, $p < 0,0448$), серед яких було більше осіб, що використовували румінації та схильні були розглядати ситуацію у перспективі (87,76 %, $p < 0,0001$ та 36,73 %, $p < 0,0001$ відповідно).

Отже, визначені особливості КП при різних типах ДР, можуть виступати в якості діагностичних критеріїв при проведенні диференціальної діагностики в межах даної патології.

В четвертому розділі представлені результати вивчення клініко-психопатологічних особливостей ДР, що включало в себе аналіз анамнестичних даних щодо особливостей початку депресії і тривалості хвороби до моменту звернення до лікаря у хворих з ДП, оцінку вираженості та особливостей депресивних та тривожних розладів, аналіз особливостей афективних, рухових, сомато-вегетативних та сенсорних проявів ДР та визначення провідних синдромів при різних типах патології.

Аналіз анамнезу захворювання серед пацієнтів з ДР продемонстрував, що у більшості пацієнтів з РДР був зафіксований підгострий початок депресії (50,41 ± 2,91) %, у більшості хворих з БД – гострий початок хвороби (55,32 ± 2,64) %, у більшості пацієнтів з ПДР початок депресії був затяжним (62,24 ± 3,94) %, а в 20,41 % – підгострим (табл. 2).

Таблиця 2

Анамнестичні дані щодо перебігу депресії у хворих з КП при ДР

Найменування показників	РДР		БД		ПДР	
	Абс.	% ± m	Абс.	% ± m	Абс.	% ± m
I. Початок депресії						
- гострий[1,2,3]	12	9,76 ± 0,76	78	55,32 ± 2,64	17	17,35 ± 1,63
- підгострий[1,2,3]	62	50,41 ± 2,91	46	32,62 ± 1,91	20	20,41 ± 1,88
- затяжний[1,2,3]	49	39,84 ± 2,53	17	12,06 ± 0,81	61	62,24 ± 3,94
II. Тривалість поточного епізоду до моменту звернення до лікаря						
- до 3 місяців[1,2,3]	32	26,02 ± 1,83	27	19,15 ± 1,23	8	8,16 ± 0,81
- до 6 місяців[2,3]	61	49,59 ± 2,89	63	44,68 ± 2,37	10	10,20 ± 1,00
- до 1 року[1]	20	16,26 ± 1,22	36	25,53 ± 1,57	22	22,45 ± 2,04
- до 1,5 років[2,3]	6	4,88 ± 0,39	10	7,09 ± 0,49	31	31,63 ± 2,70
- до 2 років[2,3]	3	2,44 ± 0,20	4	2,84 ± 0,20	21	21,43 ± 1,96
- більше 2 років[2,3]	1	0,81 ± 0,07	1	0,71 ± 0,05	6	6,12 ± 0,61
III. Кількість епізодів в анамнезі, враховуючи поточний:						
- від 1 до 2[1]	39	31,71 ± 2,15	22	15,60 ± 1,02	-	-
- від 3 до 5[1,2,3]	65	52,85 ± 2,97	50	35,46 ± 2,03	-	-
- більше 5[1,3]	19	15,45 ± 1,16	69	48,94 ± 2,50	-	-
IV. Тривалість попередньої ремісії:						
- від 6 до 12 місяців[1]	45	36,59 ± 2,39	22	15,60 ± 1,02	-	-
- 12 – 24 місяців	43	34,96 ± 2,31	54	38,30 ± 2,15	-	-
- більше 24 місяців [1,2,3]	35	28,46 ± 1,97	65	46,10 ± 2,42	-	-

Умовні позначення:

[1]- вірогідність розбіжностей на рівні $p < 0,05$ між групами РДР та БД;

[2] - вірогідність розбіжностей на рівні $p < 0,05$ між групами РДР та ПДР;

[3] - вірогідність розбіжностей на рівні $p < 0,05$ між групами ПДР та БД.

Тривалість поточного епізоду у більшості пацієнтів з РДР становила період до року, із них: у 26,02 % – до 3-х місяців, у 49,59 % – до півроку, у 16,26 % – до року. Тривалість депресивного епізоду (ДЕ) серед пацієнтів з БД у більшості випадків складала від 3-х до 6-ти місяців (44,68 ± 2,37) %, у 25,53 % – від 6-ти місяців до 1 року, у 19,15 % – тривалість становила до 3-х місяців. При ПДР тривалість ДЕ у 31,63 % пацієнтів становила від 12-ти місяців до 18-ти місяців, у 22,45 % – від 6-ти до 12-ти місяців, у 21,43 % поточний епізод тривав до 2-х років.

Кількість епізодів в анамнезі у переважної кількості пацієнтів з РДР коливалась у межах від 3-х до 5-ти (52,85 ± 2,97) %, у 31,71 % пацієнтів кількість епізодів в анамнезі становила від 1-го до 2-х. У більшості пацієнтів з БД кількість епізодів в анамнезі становила більше 5-ти (48,94 ± 2,50) %, у 35,46 % – від 3-х до 5-ти, у 15,60 % – від 6-ти до 12-ти місяців. У всіх пацієнтів з ПДР визначався єдиний епізод ДР.

Тривалість попередньої ремісії у 36,59 % пацієнтів з РДР була від 6 до 12 місяців, у 34,96 % – від 12-ти до 24-х місяців та у 28,46 % пацієнтів – більш 24-х місяців. у 46,10 % пацієнтів з БД тривалість ремісії становила більше 24-х місяців, у 38,30 % – від 12-ти до 24-х місяців та у 15,60 % – від 6-ти до 12-ти місяців.

Аналіз особливостей прояву ДР серед пацієнтів з КП продемонстрував, що у пацієнтів з РДР серед депресивних проявів найбільш були виражені порушення концентрації уваги (5,89 ± 2,05 балів), суб'єктивні та об'єктивні ознаки пригніченості (5,88 ± 2,11 та 5,67 ± 2,09 балів відповідно), апатія (5,13 ± 2,42 балів) та втрата здатності відчувати (5,03 ± 3,07 балів) (рис. 4).

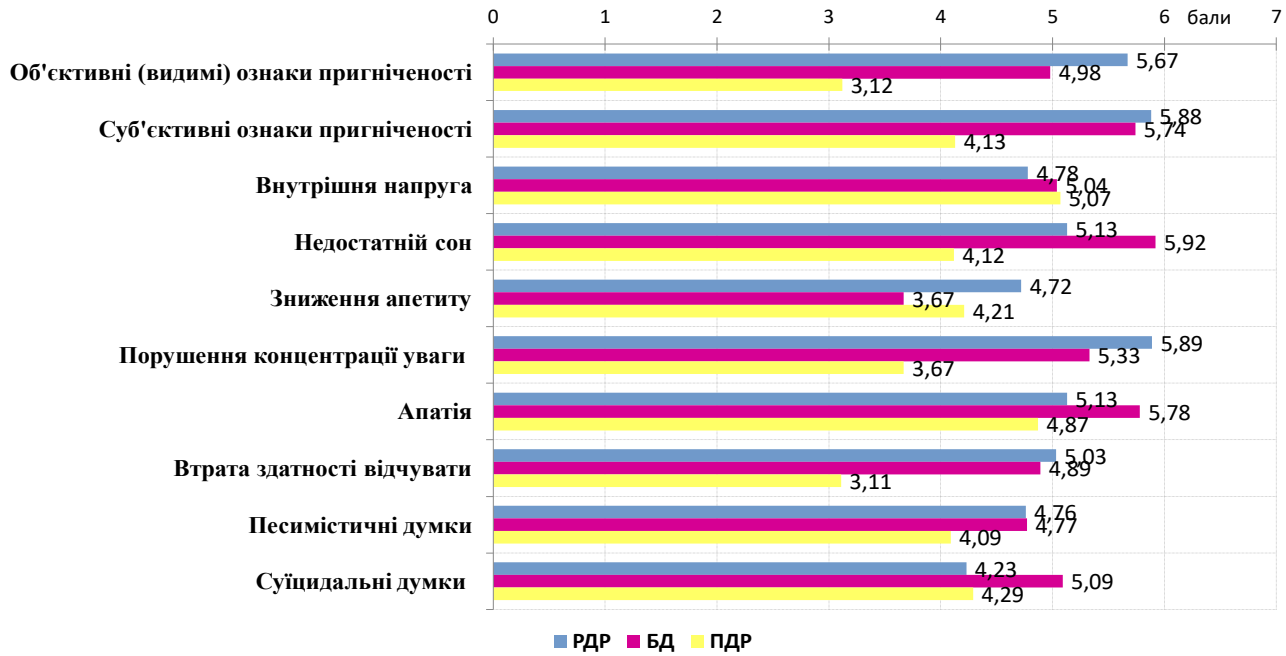

Рис. 4. Особливості депресивних проявів серед пацієнтів з КП при ДР (за даними шкали MADRS)

Серед пацієнтів з БД найбільш вираженими проявами ДР були недостатній сон (5,92 ± 2,89 балів), апатія (5,78 ± 3,06 балів), суб'єктивні ознаки пригніченості (5,74 ± 3,11 балів), порушення концентрації уваги (5,33 ± 2,86 балів) та суїцидальні думки (5,09 ± 3,06 балів). У пацієнтів з ПДР депресивні прояви виражались, насамперед, наявністю внутрішньої напруги (5,07 ± 1,77 балів), апатії (4,87 ± 1,46 балів), суїцидальних думок (4,29 ± 2,46 балів) та зниженням апетиту (4,21 ± 1,80 балів).

Оцінка вираженості окремих проявів депресії у пацієнтів з КП при ДР продемонструвала у пацієнтів з РДР переважання депресивного настрою (3,87 ± 1,02 балів), зниження працездатності (3,69 ± 1,09 балів), наявності соматичної та психічної тривоги (3,06 ± 1,21 балів та 3,06 ± 1,21 балів відповідно), почуття провини (3,18 ± 1,34 балів) та загальмованості (3,03 ± 2,01 балів). У пацієнтів з БД переважали депресивний настрій (3,98 ± 1,65 балів), загальмованість (3,78 ± 1,13 балів), суїцидальні наміри (3,01 ± 1,12 балів), апатія (2,96 ± 2,04 балів), симптоми деперсоналізації /дереалізації (2,78 ± 2,01 балів) та збудженість (2,69 ± 1,11 балів). Серед пацієнтів з ПДР - психічна тривога (3,87 ± 2,89 балів), почуття провини (3,86 ± 2,08 балів), депресивний настрій (3,76 ± 1,45 балів), суїцидальні наміри (3,21 ± 2,16 балів), збудженість (3,05 ± 2,07 балів) та соматична тривога (3,05 ± 1,68 балів).

Виражений рівень тривоги був встановлений у 39,80 % пацієнтів з РДР, у 34,10 % пацієнтів визначався підвищений рівень тривоги, у 22,80 % – помірний; у 34,75 % пацієнтів з БД був встановлений виражений, у 36,88 % – підвищений, у 20,57 % – помірний рівень тривоги; у 35,71 % пацієнтів з ПДР був виявлений виражений рівень тривоги, у 28,57 % пацієнтів – підвищений рівень, у 16,33 % – помірний рівень, у 12,24 % - знижений рівень та у 7,14 % пацієнтів тривога була низького рівня. Доведено, що кількість пацієнтів з низьким та зниженим рівнем тривоги була більшою серед пацієнтів з ПДР у порівнянні з РДР (0,81 %, $p < 0,0138$ та 2,44 %, $p < 0,0036$ відповідно) та БД (2,13 %, $p < 0,0457$ та 5,67 %, $p < 0,0384$ відповідно). Пацієнтів з підвищеним рівнем тривоги було більше серед хворих на БД, ніж серед пацієнтів з ПДР (28,57 %, $p < 0,0458$).

При дослідженні провідного типу афекту було виявлено, що у пацієнтів з РДР переважали апатико-адинамічний (27,64 %), астено-анергетичний (26,83 %), тривожний (13,01 %) та сенесто-іпохондричний (11,38 %) симптомокомплекси (рис. 5). Переважання антено-анергетичного (25,53 %), апатико-адинамічного (24,82 %) та меланхолійного (17,02 %) синдромів було характерним для пацієнтів з БД. У пацієнтів з ПДР перше місце серед типових афективних синдромів належить тривожному (59,18 %), а також апатико-адинамічному (23,47 %), обсесивно-депресивному (13,27 %) та сенесто-іпохондричному (10,20 %) симптомокомплексам.

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

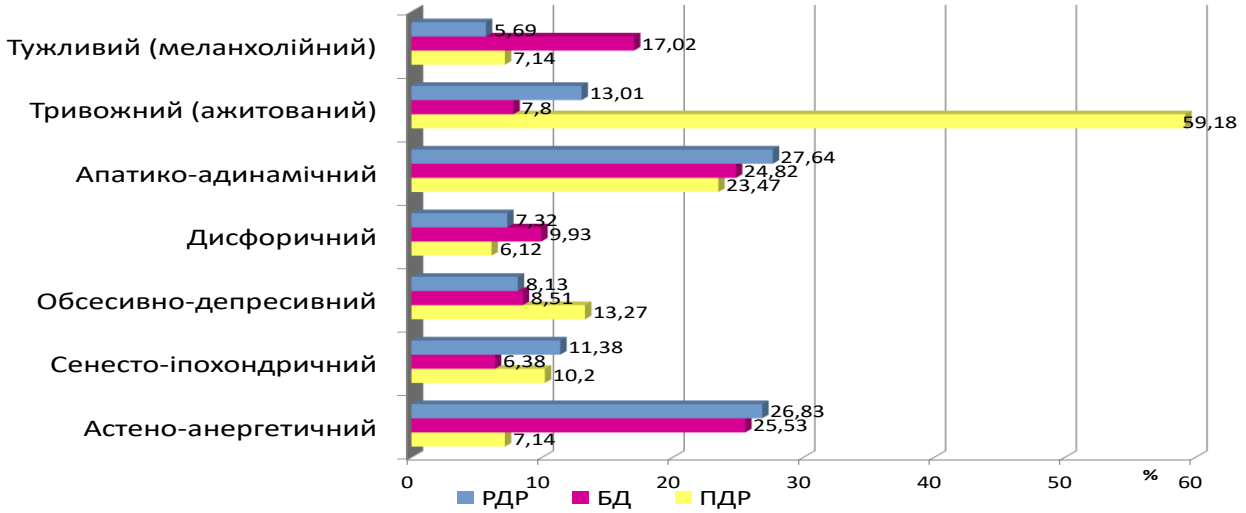

Рис. 5. Синдромальні варіанти депресивних проявів серед пацієнтів з КП

Так *в структурі мислення* при РДР зниження інтересу було пов'язано з апатією (r = 0,817) та депресивним настроєм (r = 0,887); труднощі в прийнятті рішень – з тривалістю епізоду «до 6-ти місяців» (r = 0,744) та апатією (r = 0,797); труднощі в абстрагуванні - з затяжним початком депресії (r = 0,611), тривалістю ДЕ «до 6-ти місяців» (r = 0,698) та тривожним симптомокомплексом (r = 0,766); ригідність мислення – з наявністю 3-5 епізодів в анамнезі (r = 0,754), почуттям провини (r = 0,745) та загальмованістю (r = 0,779) (рис. 6). *Виражені порушення виконавчих функцій* характеризувалися наявністю кореляцій з тривалістю ДЕ «до 6-ти місяців» (r = 0,812), наявністю в анамнезі 3-5 епізодів (r = 0,808), апатією (r = 0,774); виражені порушення вербальної продуктивності – з загальмованістю (r = 0,795); виражені порушення зорово-моторної координації – з вираженим рівнем тривоги (r = 0,821). В *сфері уваги* при РДР зниження концентрації уваги поєднувалось з наявністю 3-5 епізодів в анамнезі (r = 0,828), астено-анергетичним симптомокомплексом (r = 0,866) та порушенням сну (r = 0,802); низький рівень переключення уваги – з затяжним початком депресії (r = 0,786), сенесто-іпохондричним симптомокомплексом (r = 0,779); зниження ефективності роботи – з тривалістю епізоду «до 6-ти місяців» (r = 0,811), великим ДЕ (r = 0,802), вираженою тривогою (r = 0,755), астено-анергетичним симптомокомплексом (r = 0,855) та порушеннями апетиту (r = 0,834); низький рівень працездатності - з тривалістю депресії до 6-ти місяців (r = 0,774) та почуттям провини (r = 0,832). *У сфері сприйняття* низька вибірковість уваги на позитивні стимули була пов'язана з затяжним початком депресії (r = 0,812), сенесто-іпохондричним симптомокомплексом (r = 0,745) та гіпомімією (r = 0,772); висока вибірковість уваги на негативні стимули – з вираженим рівнем тривоги (r = 0,777), тривожним та сенесто-іпохондричним симптомокомплексами (r = 0,773 та r = 0,756 відповідно), почуттям провини (r = 0,783), відчуттям зневіри (r = 0,756) та втратою ваги (r = 0,745).

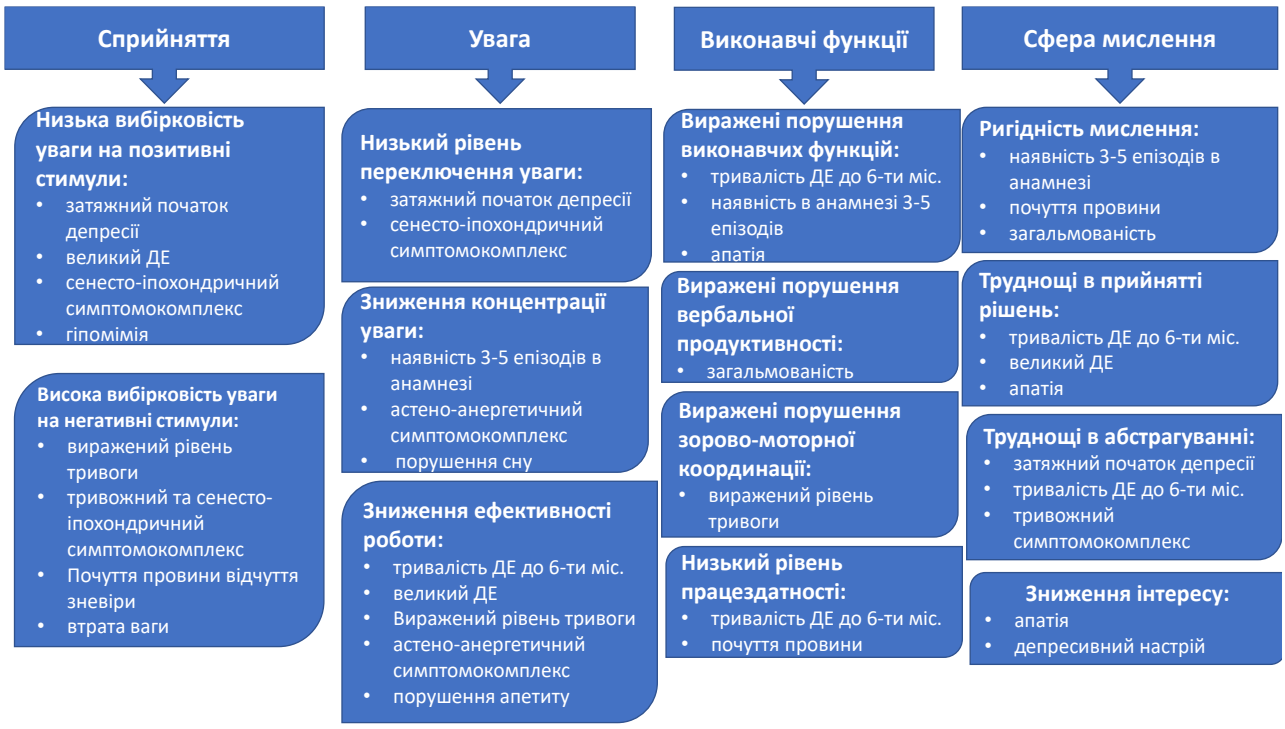

Рис. 6. Кореляційні зв'язки клініко-психопатологічних особливостей пацієнтів з РДР та їх провідними КП

У пацієнтів з БД *в структурі мислення* зниження інтересу асоціювалось з апатією (r = 0,878); підвищена чутливість до критики – з відчуттям туги (r = 0,783); труднощі в прийнятті рішень - з загальмованістю (r = 0,784); ідеї малоцінності – з відчуттям туги (r = 0,785) та суїцидальними думками (r = 0,879); виснаженість психічної діяльності - з тривалістю епізоду «до 1 року» (r = 0,811), порушеннями сну (r = 0,743) і астено-анергетичним симптомокомплексом (r = 0,886) (рис. 7). В *мнестичній сфері* при БД знижений рівень відтермінованого відтворення був пов'язаний з загальмованістю (r = 0,765) та порушеннями сну (r = 0,743). В *структурі виконавчих функцій* при БД виражені порушення виконавчих функцій були пов'язані з тривалістю депресивного епізоду «до 1 року» (r = 0,811); виражені порушення вербальної продуктивності – з наявністю більше 5-ти епізодів в анамнезі (r = 0,813), великим ДЕ (r = 0,811), апатико-адинамічним симптомокомплексом (r = 0,779). В *сфері уваги* при БД зниження концентрації уваги асоціювалось з порушенням сну (r = 0,833); зниження переключення уваги – з тривалістю епізоду «до 1 року» (r = 0,613), наявністю 1-2 та більше 5-ти епізодів в анамнезі (r = 0,623 та r = 0,648 відповідно), тривалості ремісії 12-24 місяців (r = 0,638), апатико-адинамічним і меланхолійним симптомокомплексами (r = 0,704 та r = 0,745 відповідно), помірним рівнем тривоги (r = 0,683), відчуттям туги (r = 0,768) та сексуальними порушеннями (r = 0,756); низька ефективність роботи – з гострим початком депресії (r = 0,889), апатією (r = 0,878), порушеннями сну (r = 0,822), апатико-адинамічним симптомокомплексом (r = 0,833); знижена стійкість уваги – з апатією (r = 0,771), збудженістю (r = 0,818) та дисфоричним

симптомокомплексом (r = 0,845); низький рівень працездатності – з наявністю в анамнезі більше 5-ти епізодів (r = 0,812). У *сфері сприйняття* при БД знижена вибірковість уваги на нейтральні стимули корелювала з апатією (r = 0,756), гіпотимією (r = 0,812) та незадоволеністю (r = 0,733); середня вибірковість уваги на негативні стимули – з гіпотимією (r = 0,834) та сексуальними порушеннями (r = 0,811).

Рис. 7. Кореляційні зв'язки клініко-психопатологічних особливостей пацієнтів з БД та їх провідними КП

У пацієнтів з ПДР *в структурі мислення* нав'язливі думки були пов'язані з вираженим рівнем тривоги (r = 0,828), обсесивно-депресивним симптомокомплексом (r = 0,869), відчаєм (r = 0,809) та психічною тривогою (r = 0,833); суїцидальні думки – з затяжним початком депресії (r = 0,811), слабкою вираженістю депресії (r = 0,832), почуттям провини (r = 0,767) і відчаю (r = 0,775); іпохондричні ідеї – з підвищеним рівнем тривоги (r = 0,775), тривожним і сенесто-іпохондричним симптомокомплексами (r = 0,817 та r = 0,856 відповідно) і соматичною тривогою (r = 0,877); труднощі в прийнятті рішень – з апатико-адинамічним симптомокомплексом (r = 0,776) і почуттям провини (r = 0,785) (рис. 8). В *структурі виконавчих функцій* при ПДР слабке порушення виконавчих функцій поєднувалось з апатико-адинамічним та обсесивно-депресивним симптомокомплексами (r = 0,854 та r = 0,756 відповідно). В *сфері уваги* при ПДР середній рівень концентрації уваги був пов'язаний з психічною тривогою (r = 0,756); низький рівень переключення уваги – з тривалістю епізоду до 2-х років (r = 0,845) та апатико-адинамічним

симптомокомплексом (r = 0,845); середня ефективність роботи - з низьким рівнем тривоги (r = 0,745); мобілізація психічних процесів – з тривалістю ремісії більше 24 місяців (r = 0,786) та зниженим рівнем тривоги (r = 0,745). У *сфері сприйняття* при ПДР знижена вибірковість уваги на нейтральні стимули поєднувалась з апатико-адинамічним симптомокомплексом (r = 0,752) і почуттям страху (r = 0,756); висока вибірковість уваги на негативні стимули - з тривалістю епізоду до 2-х років (r = 0,843), вираженим рівнем тривоги (r = 0,843), тривожним симптомокомплексом (r = 0,786), почуттям страху (r = 0,776), провини (r = 0,804) і відчаю (r = 0,787).

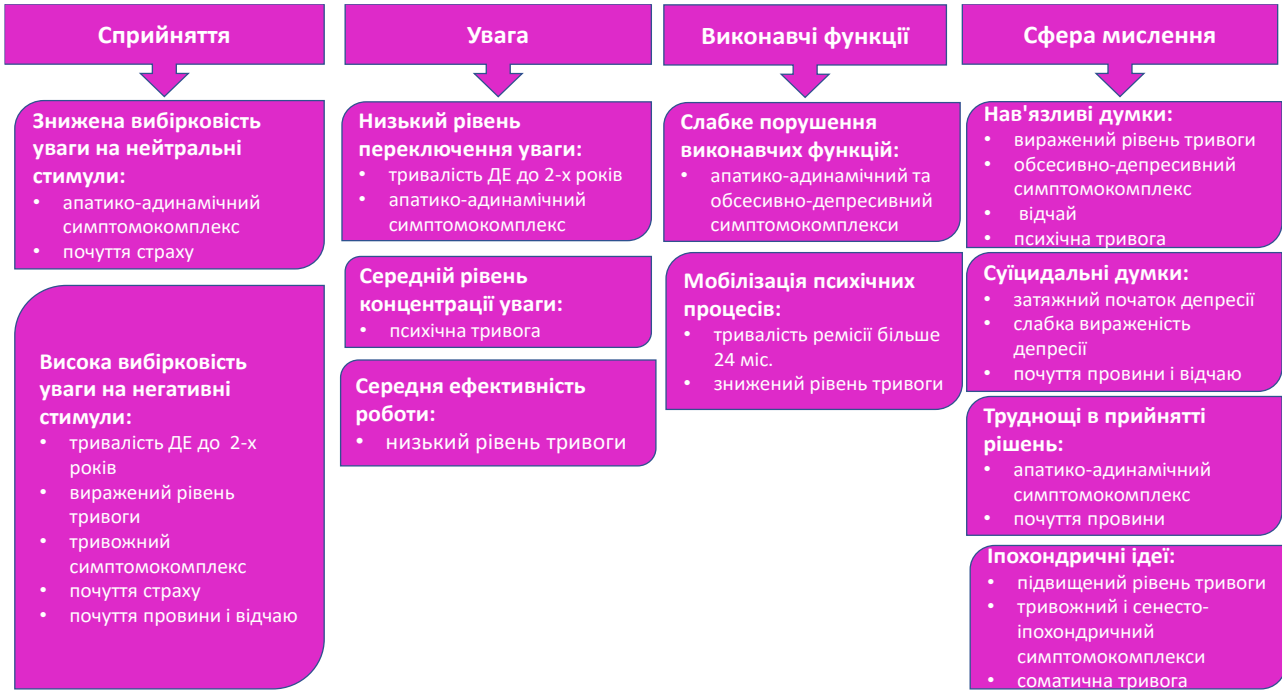

Рис. 8. Кореляційні зв’язки клініко-психопатологічних особливостей пацієнтів з ПДР та їх провідними КП

Визначені клініко-психопатологічні особливості КП при різних типах ДР, можуть виступати в якості діагностичних критеріїв при проведенні диференціальної діагностики пацієнтів з когнітивними розладами при різних варіантах депресії.

В п’ятому розділі представлені результати аналізу особливостей суїцидальної поведінки (СП) у пацієнтів з КП при ДР, який включав у себе оцінку вираженості суїцидального ризику (СР), діагностику симптомів, рівня стресу, СП в минулому, комунікативні можливості й реакції значущих інших, вираженість аутоагресивних предикторів та суїцидальних намірів.

Було встановлено, що у пацієнтів з РДР у 31,71 % пацієнтів був виявлений низький рівень СР, у 40,65 % - помірний рівень та у 27,64 % – високий рівень СР (рис. 9а).

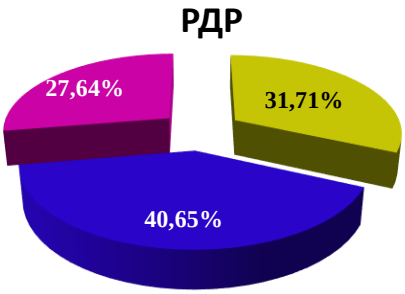

Рис. 9а. Рівень СР при РДР

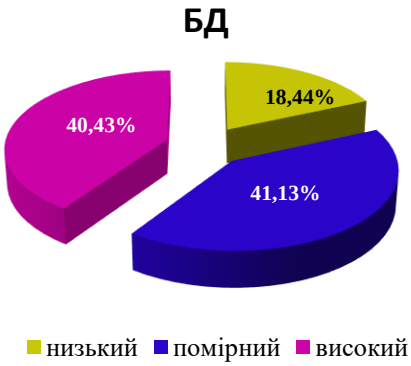

Рис. 9б. Рівень СР при БД

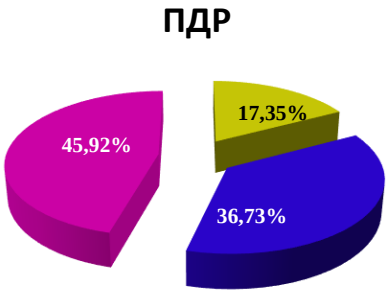

Рис. 9в. Рівень СР при ПДР

У 41,13 % пацієнтів з БД був зафіксований помірний, у 40,43 % – високий та у 18,44 % – низький рівень СР (рис. 9б). У більшості пацієнтів з ПДР був встановлений високий рівень СР (45,92 %), у значної кількості пацієнтів з ПДР визначався помірний рівень СР (36,73 %) та у 17,35 % пацієнтів був зафіксований низький рівень СР (рис. 9в). Доведено, що пацієнтів з низьким СР було більше серед пацієнтів з РДР у порівнянні з хворими на БД (18,44 %, $p < 0,0051$) та ПДР (17,35 %, $p < 0,0062$), серед яких переважали особи з високим рівнем СР (40,43 %, $p < 0,0096$ та 45,92 %, $p < 0,0021$ відповідно).

Були визначені диференційовані особливості СР серед пацієнтів з КП при ДР. У пацієнтів з **РДР** особливості СП визначались:

– вираженістю симптомів депресії (7,89 ± 1,22), напруги (7,12 ± 1,11), тривоги (7,12 ± 1,11), почуття провини (7,04 ± 1,09), безнадії та виснаженості (6,45 ± 1,01);

– багаторазовими зверненнями до лікарів за допомогою (6,11 ± 0,95);

– наявністю стресових факторів (несподівані зміни в житті (5,92 ± 0,93), втрата роботи, грошей або статусу (5,88 ± 0,92)) та їх повторюваністю (7,24 ± 1,12);

– анамнестичною обтяженістю (наявність попередніх депресивних епізодів (8,79 ± 1,35), небезпека для життя попередніх суїцидальних спроб (4,12 ± 0,65), загроза методів суїцидальної спроби);

– порушеннями комунікативних стосунків (порушення міжособистісних відносин (5,47 ± 0,86), відсутність емоційної, фінансової підтримки (6,78 ± 1,06 та 4,97 ± 0,78 відповідно), турботи та розуміння від оточуючих (5,87 ± 0,92));

– наявністю аутоагресивних предикторів (помірного рівню аутоагресії (38,21 %) та агресії (34,96 %), низького рівню імпульсивності (48,78 %), високого та вираженого рівнів звуження когнітивних функцій (35,77 % та 39,02 %), вираженого звуження міжособистісних стосунків (42,28 %), вираженістю афективних порушень (43,09 %), середнього та вираженого рівню вегетативних розладів (27,64 % та 39,84 %));

– особливостями суїцидальних намірів (переважанням слабкого бажання жити (55,28 %) та відсутністю бажання померти (40,65 %), переважанням доводів за життя (56,10 %), слабкого бажання здійснити активну суїцидальну спробу (52,63 %), покладанням на випадок у разі пасивної суїцидальної спроби (46,34 %));

– ідеаторними особливостями суїцидальних думок (переважанням тривалих суїцидальних думок (61,79 %), негативним ставленням до них (65,04 %), не впевненістю у можливості їх проконтролювати (63,41 %), прийняттям до уваги стримуючих факторів (69,92 %) та переважанням бажання скінчити страждання (90,24 %));

– характеристиками передбачувальної суїцидальної спроби (переважання обміркованості в загальному вигляді майбутніх суїцидальних спроб (54,47 %), необхідність їх підготовки (68,29 %), невпевненістю в спроможності здійснити суїцидальну спробу (59,35 %), відсутність та слабке передбачення суїцидальної спроби (45,53 % та 48,78 %), відсутність реальної підготовки, передсмертної записки, останніх распоряджень та відкритих висловлювань щодо суїцидальних намірів (87,80 %, 100 %, 98,37 % та 72,36 %) та відсутність попередніх спроб в минулому (95,12 %).

У пацієнтів з **БД** особливості СП характеризувалися:

– вираженістю симптомів безнадії та безпорадності (8,12 ± 1,44), слабкого імпульсивного контролю (8,12 ± 1,44), недостатньої розсудливості (8,12 ± 1,44), дезорганізованості (6,23 ± 1,12), роздратованості (7,19 ± 1,28), алкоголізму (7,13 ± 1,27);

– наявністю стресових факторів (несподівані зміни в житті (7,13 ± 1,27)) та їх гострим та випадковим початком і повторюваністю (5,79 ± 1,04);

– анамнестичною обтяженістю (наявність попередніх ДЕ (8,79 ± 1,55), небезпека для життя попередніх суїцидальних спроб (5,82 ± 1,05), загроза методів суїцидальної спроби (3,11 ± 0,57));

– порушеннями комунікативних стосунків (порушення міжособистісних контактів (3,11 ± 0,57), відсутність емоційної підтримки (7,34 ± 1,31), турботи та розуміння від оточуючих (7,11 ± 1,27), їх агресивна позиція (5,11 ± 0,92), відгородженість пацієнтів та їх заперечення потреби у допомозі (6,45 ± 1,16));

– наявністю аутоагресивних предикторів (вираженого та помірного рівню аутоагресії (38,30 % та 39,72 %), агресії (25,53 % та 47,52 %) та імпульсивності (41,84 % та 34,04 %), високого та вираженого рівнів звуження когнітивних функцій (26,95 % та 43,97 %), вираженого звуження міжособистісних стосунків (54,61 %), вираженістю афективних порушень (36,88 %), середнього та вираженого рівню вегетативних розладів (33,33 % та 36,17 %));

– особливостями суїцидальних намірів (переважанням слабкого бажання жити (62,41 %) та сильного бажання померти (52,48 %) або здійснити активну суїцидальну спробу (47,52 %), переважання доводів за життя (44,68 %), покладання на випадок (50,35 %) або відсутність запобіжних заходів (41,84 %) у разі пасивної суїцидальної спроби);

– ідеаторними особливостями суїцидальних думок (переважанням нав'язливих та постійних суїцидальних думок (46,10 % та 40,43 %), нейтральним або амбівалентним ставленням до них (51,77 %), не впевненістю у можливості їх проконтролювати (63,12 %), прийняттям до уваги або ігнорування стримуючих факторів (54,61 % та 30,50 %) та переважанням бажання скінчити страждання (93,62 %));

– характеристиками передбачувальної суїцидальної спроби (переважанням обміркованості в загальному вигляді майбутніх суїцидальних спроб (43,97 %), необхідності їх підготовки (65,25 %), невпевненості в спроможності здійснити суїцидальну спробу (58,87 %), слабким передбаченням суїцидальної спроби (56,03 %), відсутністю реальної підготовки, передсмертної записки, останніх распоряджень, попередніх спроб в минулому та відкритих висловлювань щодо суїцидальних намірів (86,52 %, 100 %, 97,16 %, 86,52 % та 51,06 %).

У пацієнтів з **ПДР** особливості СП визначались:

– вираженістю тривоги (8,79 ± 1,95), почуття провини (8,29 ± 1,85), безнадії та безпорадності (7,93 ± 1,77), хронічних послаблюючих захворювань та психосоматичних симптомів (7,13 ± 1,60);

– наявністю гострого впливу стресових факторів (8,12 ± 1,51) (втрата коханої людини (7,19 ± 1,61), роботи, грошей або статусу (6,13 ± 1,38), наявність небезпечної хвороби (3,11 ± 0,71)) та їх повторюваністю (6,89 ± 1,55);

– порушеннями комунікативних стосунків (порушення міжособистісних контактів (6,75 ± 1,52), відсутність емоційної (8,11 ± 1,81), фінансової підтримки (6,45 ± 1,45), турботи та розуміння від оточуючих (7,45 ± 1,67), їх мінлива або нерішуча позиція (5,44 ± 1,23), очікування ініціативи від оточуючих та заперечення пацієнтами потреби у допомозі (6,89 ± 1,55));

– наявністю аутоагресивних предикторів (помірного рівню аутоагресії (37,76 %) і звуження когнітивних функцій (45,92 %), низького рівня агресії (48,98 %), вираженого рівня імпульсивності (48,98 %), афективних порушень (45,92 %) і звуження міжособистісних стосунків (41,84 %) та високого рівня вегетативних розладів (50,00 %));

– особливостями суїцидальних намірів (переважанням сильного бажання жити (56,12 %) поряд з сильним бажанням померти (56,12 %) або здійснити активну суїцидальну спробу (57,14%), амбівалентність доводів «за та «проти» життя (57,14 %), прийняття запобіжних заходів у разі пасивної суїцидальної спроби (42,86 %));

– ідеаторними особливостями суїцидальних думок (переважанням тривалих суїцидальних думок (45,92 %), періодичного характеру (59,18 % негативним ставленням до них (76,53 %), впевненістю у можливості їх проконтролювати (56,12 %), важливість стримуючих факторів (57,14 %) та переважанням бажання вирішити проблеми поєднанні з маніпулюванням (79,59 % та 15,31%));

–

– характеристиками передбачувальної суїцидальної спроби (переважанням обміркованості в загальному вигляді майбутніх суїцидальних спроб (69,39 %), необхідність їх підготовки (65,31 %), невпевненістю в спроможності здійснити суїцидальну спробу (60,20 %), відсутністю очікування суїцидальної спроби (63,27 %), відсутність реальної підготовки, передсмертної записки, останніх распоряджень, попередніх спроб в минулому та відкритих висловлювань щодо суїцидальних намірів (77,55 %, 100 %, 94,90 %, 98,98 % та 65,31 %).

Результати кореляційного аналізу дозволили визначити взаємозв'язок СР з КП при різних типах депресій.

Було встановлено, що високий СР у пацієнтів з РДР мав сильний кореляційний зв'язок з наявністю тужливого симптомокомплексу (r = 0,897), катастрофізацією (r = 0,884)та високою вибірковістю уваги на негативні стимули (r = 0,877); помірний зв'язок – з низькою вибірковістю уваги на позитивні стимули (r = 0,713), низьким рівнем переключення уваги (r = 0,733) та самозвинуваченням (r = 0,723). Помірний рівень СР мав помірний кореляційний зв'язок з слабким рівнем когнітивної дисфункції (r = 0,765), зниженою вибірковістю уваги на позитивні стимули (r = 0,734) та наявністю великого ДЕ (r = 0,722). Низький СР мав сильний кореляційний зв'язок з високим рівнем тривоги (r = 0,875), зниженням інтересу (r = 0,821) та помірний зв'язок – з високим рівнем когнітивної дисфункції (r = 0,733), наявністю астено-анергетичного симптомокомплексу (r = 0,745) та «розглядом у перспективі» (r = 0,734).

Високий СР у пацієнтів з **БД** характеризувався наявністю сильного кореляційного зв'язку з ідеями малоцінності (r = 0,833) та помірного – з катастрофізацією (r = 0,789), наявністю меланхолійного симптомокомплексу (r = 0,633), високою вибірковістю уваги на негативні стимули (r = 0,622). Помірний рівень СР мав сильний кореляційний зв'язок з самозвинуваченням (r = 0,843) і румінаціями (r = 0,713), середньою вибірковістю уваги на негативні стимули (r = 0,834) та помірний зв'язок – з наявністю великого та помірного депресивного епізоду (r = 0,689 та r = 0,745 відповідно), обсесивно-депресивного та дисфоричного симптомокомплексів (r = 0,799 та r = 0,713 відповідно). Низький СР мав помірний кореляційний зв'язок з виснаженістю психічної діяльності (r = 0,798), зниженою стійкістю уваги (r = 0,788), вираженими порушеннями виконавчих функцій (r = 0,731) та високим рівнем когнітивної дисфункції (r = 0,713).

Високий СР у пацієнтів з **ПДР** помірно корелював з підвищеною вибірковістю уваги на негативні стимули (r = 0,799), катастрофізацією (r = 0,799) і румінацією (r = 0,657), наявністю обсесивно-депресивного симптомокомплексу (r = 0,768). Помірний рівень СР був пов'язаний помірними кореляціями з підвищеною чутливістю до критики (r = 0,788), нав'язливими думками (r = 0,713), слабким рівнем або відсутністю когнітивної дисфункції (r = 0,688 та r = 0,734 відповідно). Низький СР мав помірний кореляційний зв'язок з помірним рівнем когнітивної дисфункції (r = 0,651), високим рівнем тривоги

(r = 0,633), труднощами в прийнятті рішень (r = 0,602), середньою вибірковістю уваги на нейтральні стимули, підвищеною вибірковістю уваги на позитивні стимули (r = 0,719) та «позитивним перефокусуванням» (r = 0,732).

Таким чином, в результаті дослідження були визначені особливості СП у пацієнтів з КП при ДР, оцінений взаємозв'язок СП з КП при різних типах депресій, які можуть виступати в якості діагностичних критеріїв та предикторів СП при даній патології.

Шостий розділ був присвячений розробці та апробації комплексної програми терапії та реабілітації пацієнтів з КП при ДР. На основі отриманих даних, що відображають клініко-психопатологічні і патопсихологічні особливості КП при ДР, були розроблені критерії їх диференціальної діагностики та корекції з диференційованим використанням медикаментозного лікування і психотерапевтичних методик.

В результаті проведення дослідження були визначені диференційовані діагностичні маркери-мішені КП при ДР. Було встановлено, що диференціально-діагностичні критерії поєднують у собі когнітивні та клініко-психопатологічні маркери-мішені. До когнітивних маркерів-мішеней при РДР віднесені: зниження інтересу, труднощі в прийнятті рішень та абстрагуванні, ригідність мислення, іпохондричні ідеї, нав'язливі думки, зниження рівню короткострокової пам'яті, помірні порушення відтермінованого відтворення і вербальної продуктивності, помірні та виражені порушення зорово-моторної координації, виконавчих функцій та лексичної системи, знижений й низький рівень концентрації, переключення уваги й працездатності, знижений рівень ефективності роботи, середній рівень стійкості уваги, підвищена та низька вибірковість уваги на нейтральні стимули, висока вибірковість уваги на негативні стимули, знижена і низька вибірковість уваги на позитивні стимули.

Клініко-психопатологічні маркери-мішені при РДР включали: підгострий початок депресії, тривалість депресивного епізоду від 3-х та до 6-ти місяців, наявність 3-5 епізодів в анамнезі, вираженість астено-анергетичного, апатико-адинамічного та тривожного симптомокомплексів, наявність депресивного настрою, суб'єктивних та об'єктивних ознак пригніченості, почуття провини, соматичної тривоги, загальмованості, серцево-судинні та гастроінтестинальних симптомів, порушення сну, зниження апетиту, втрати ваги, гіпестезії, анестезії, емоційної лабільності, загальмованості рухів, гипомімії та відчуття зневіри.

До когнітивних маркерів-мішеней при БД віднесені: виснаженість психічної діяльності, параноїдні розлади, зниження абстрактного мислення, апатія, підвищена чутливість до критики, труднощі в прийнятті рішень, ідеї малоцінності, знижений рівень відтермінованого відтворення та короткострокової пам'яті, помірні та виражені порушення зорово-моторної координації, виконавчих функцій, лексичної системи, вербальної продуктивності, знижений та низький рівень концентрації уваги і працездатності, середній та підвищений рівні переключення уваги, низький рівень ефективності роботи та психічної стійкості, знижений рівень стійкості

уваги, середня та знижена вибірковість уваги на нейтральні стимули, середня вибірковість уваги на негативні та позитивні стимули.

Клініко-психопатологічні маркери-мішені при БД включали: гострий початок депресії, тривалість депресивного епізоду до 1 року, наявність більше 5 епізодів в анамнезі, переважання астено-анергетичного, апатико-адинамічного та тужливого симптомокомплексів, наявність загальмованості, суб'єктивних ознак пригніченості, апатії, збудженості, деперсоналізації/дереалізації, емоційної холодності, емоційної амбівалентності, дисфорії, порушення сну, гипотимії, незадоволеності, відчуття туги і досади, загальмованості рухів, м'язової адинамії, запорів, сексуальних порушень, гіпестезії, сенестопатії та розладів схеми тіла.

До когнітивних маркерів-мішеней при ПДР віднесені: нав'язливі та суїцидальні думки, іпохондричні ідеї, підвищена чутливість до критики, високий рівень відтермінованого відтворення, слабкі порушення зорово-моторної координації, виконавчих функцій, лексичної системи та вербальної продуктивності, середній рівень концентрації уваги, психічної стійкості і працездатності, знижений та низький рівні переключення уваги, середній та підвищений рівень ефективності роботи та стійкості уваги, середня та знижена вибірковість уваги на нейтральні стимули, знижена та низька вибірковість уваги на негативні стимули, підвищена вибірковість уваги на позитивні стимули.

До клініко-психопатологічних маркерів-мішеней при ПДР віднесені: затяжний початок депресії, переважання тривожного симптомокомплексу, внутрішня напруга, психічна та соматична тривога, почуття провини, сенситивність, емоційна лабільність, відчуття відчаю, побоювань, злості, неприязні, сорому, наявність рухового занепокоєння, вегето-вісцеральних кризів, головного болю, сексуальних порушень, порушення з боку ШКТ та гіперстезії.

Запропонована комплексна програма терапія і реабілітація (КПТР) КР при ДП базується на принципах комплексного, індивідуально-орієнтованого та диференційованого підходу, забезпечення етапності, послідовності та оптимальності лікувально-реабілітаційних заходів. Її цілями визначено регрес КП в структурі ДР, зміна патологічних когнітивних патернів, асоційованих з наявністю ДР, проведення профілактики СП та рецидивів ДР, запобігання хроніфікації КП, забезпечення ранньої реінтеграції та соціальної адаптації пацієнтів, поліпшення якості життя та соціального функціонування пацієнтів. Мішенями терапії визначено клінічні прояви ДР, КП при різних типах депресій, неадекватність когнітивного регулювання емоцій, порушення соціального функціонування.

КПТР пацієнтів з КП при ДР реалізовувалась в чотири етапи: діагностичний, терапевтичний, реабілітаційний та профілактичний (рис. 10).

Рис. 10. Зміст комплексної програми терапії та реабілітації хворих з когнітивними порушеннями при депресивних розладах

I етап – діагностичний – включає клініко-психопатологічну оцінку наявних у хворого розладів когнітивної сфери, аналіз анамнестичних даних, клінічної симптоматики, динаміки та прогнозу захворювання, взаємозв'язку клінічних та соціально-психологічних факторів. На цьому етапі здійснюються оцінка психічного статусу хворого, а саме: верифікація діагнозу ДР; визначення етіопатогенетичних механізмів розвитку ДР у даного хворого, особливостей клініки, динаміки та прогнозу; детальний аналіз особливостей КП з використанням клініко-психопатологічного, психодіагностичного та психометричного методів. На підставі даних обстеження розробляється план заходів з корекції КП, усунення проявів ДР, адаптації та реадаптації пацієнта. Тривалість даного етапу складає 4-7 днів.

II етап – терапевтичний – включає комплекс заходів фармакотерапії та психотерапії, спрямованих на корекцію КП, купірування ДР, нормалізацію психоемоційного стану та соціальну адаптацію пацієнта. Фармакотерапія на цьому етапі спрямована на корекцію КП, редукцію депресивної симптоматики. Психотерапевтичні та реабілітаційні втручання передбачають поєднання психоосвітніх заходів, когнітивно-поведінкової психотерапії, тренінгу когнітивних функцій. Тривалість даного етапу складає 1-2 місяці.

III етап – реабілітаційний – включає комплекс заходів фармакотерапії та психотерапії, спрямованих на відновлення когнітивних функцій, укріплення ефекту від антидепресивної терапії, відновлення соціального функціонування пацієнта. Реабілітаційний етап може розпочинатися вже на етапі стаціонарного лікування (за умови редукції депресивної симптоматики) і триває 3-12 місяців після виписки зі стаціонару. Основним завданням цього етапу є формування стійкого адекватного емоційно-поведінкового патерну, відновлення когнітивних

функцій, максимальна адаптація та реадаптація хворого, недопущення рецидивування ДР.

Фармакотерапія на реабілітаційному етапі є аналогічною такій, що застосовувалася на терапевтичному етапі, з відповідною корекцією дозування препаратів в залежності від актуального стану пацієнта.

На реабілітаційному етапі продовжується диференційована психотерапевтична робота з пацієнтами, що полягає в поєднанні когнітивно-поведінкової психотерапії, тренінгу ефективних копінг-стратегій та комунікативного тренінгу. На цьому етапі також особливого значення набувають заходи з соціальної реабілітації та реадаптації пацієнта. Соціальна реабілітація передбачає заходи з соцільно-середовищної та соціально-побутової підтримки з метою відновлення втрачених та формування нових соціальних зв'язків та відносин. Пацієнтів стимулюють до різних видів соціальної діяльності (робота, навчання, творчість, оздоровлення, суспільна діяльність тощо), відновлення професійного статусу і ефективну професійну реалізацію.

IV етап – профілактичний – призначений для підтримання нормального психоемоційного стану, ефективного спротиву стресам, запобіганню рецидивуванню ДР та орієнтований на тривалий час (до 2-х років). Фармакотерапія на цьому етапі включає лікування основного захворювання та сезонну профілактику депресій. Психотерапія представлена переважно техніками саморегуляції, що спрямовані на самоконтроль емоційного стану і попередження рецидивування ДР.

Особливості терапевтичної тактики пацієнтів з КП при ДР визначались особливостями самого ДР, провідного симптомокомлпексу та характером наявних КП. Фармакотерапія КП при РДР включала призначення антидепресантів з групи інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну-норадреналіну – венлафаксина у дозі 75-150 мг/добу та чотирициклічного антидепресанту – міртазапіну у дозі 15-30 мг/добу з одночасним призначення нейролептику кветирону 100-300 мг/добу (при наявності показань).

Фармакотерапія КП при БД полягала в призначенні чотирициклічних антидепресантів – тразадон у дозі 150-300 мг/добу з додаванням нейролептиків – кветирону 300 мг/добу, нормотиміків – ламотриджину 50-200 мг/добу (при наявності показань).

Фармакотерапія КП при ПДР включала призначення чотирициклічного антидепресанту – тразадону у дозі 150 мг/добу та мелотонінергічного антидепресанту – агомелатину у дозі 25-50 мг/добу, з призначення нормотиміків – карбамазепіну 100-200 мг/добу (при наявності показань).

Усім пацієнтам в комплексній терапії призначалися засоби, що покращують мозковий кровообіг (ніцерголін 5-10 мг/добу, мексидол 300-500 мг/добу, гінго білоба 120-360 500 мг/добу та інші).

Психотерапія застосовувалась диференційовано в залежності від типу ДР: при РДР акцент психотерапевтичного впливу робився на когнітивно-поведінковій психотерапії, що допомагала в зміні дезадаптивних думок та стратегій поведінки та на комунікативному тренінгу, осоновною метою якого було розвиток соціальної компетентності, створення навичок спілкування,

розширення кола спілкування та зниження тривоги щодо спілкування. При БД акцент у психтерапевтичних заходах здійснювався на тренінгі когнітивних функцій, метою якого було покращення функціонування пізнавальних процесів, на аутосугестивній психотерапії та саморегуляції, метою якої було створення навичок саморегуляції емоційного стану. При ПДР психотерапевтичні заходи були спрямовані на тренінг ефективних копінг-стратегій, метою якого було розвинення адаптивних та адекватних стратегій подолання стресу, та на аутосугестивній психотерапії та саморегуляції, якібули спрямовані на створення навичок саморегуляції емоційного стану.

Порівняльна оцінка ефективності розробленої КПТР пацієнтів з КП при ДР відносно традиційної проводилася шляхом співставлення даних клініко-психологічного та психометричного дослідження. Критеріями ефективності КПТР були: клінічна динаміка ДР; ступінь поліпшення/погіршення когнітивних функцій (погіршення, відсутність ефекту, мінімальне поліпшення, помірне поліпшення); особливості когнітивного регулювання емоцій; рівень соціального функціонування і ступінь відновлення основних функцій життєдіяльності.

В апробації розробленої КПТР брало участь 190 пацієнтів з КП при ДР: 97 осіб, що пройшли курс КПТР за розробленою програмою (основна група) та 93 осіб, які пройшли курс терапії за традиційною схемою (контрольна група). При оцінці ефективності КПТР були використані: клініко-психопатологічний метод, шкала депресії (MADRS), Монреальская шкала когнітивної оцінки (МоСа), модифікована Адденбрукська когнітивна шкала (ACE-R), опитувальник когнітивної регуляції емоцій (ОКРЕ) та шкала особистісного та соціального функціонування (PSP).

Клінічна динаміка психічного стану хворих основної групи після проведення КПТР визначалось суттєвим зменшенням об’єктивних та суб’єктивних ознак пригніченості, зниженням внутрішньої напруги, покращенням сну та концентрації уваги, редукцією апатії, песимістичних та суїцидальних думок. У пацієнтів контрольної групи описані зміни були менш вираженими. Оцінка динаміки когнітивних функцій продемонструвала, що у більшості пацієнтів основної групи (50,52 %) після лікування за розробленою КПТР визначалось помірне поліпшення когнітивних функцій (ДК = 3,10, МІ = 0,40), у більшості пацієнтів контрольної групи (50,54 %) – мінімальне покращення когнітивних функцій функцій (ДК = 1,11, МІ = 0,06) та у 18,28 % осіб - відсутність ефекту (ДК = 3,46, МІ = 0,17).

Аналіз динаміки особливостей когнітивного регулювання емоцій продемонстрував, що у пацієнтів основної групи після лікування відмічалась виражена позитивна динаміка, що виражалась в зниженні неадаптивних когнітивних стратегій регулювання емоцій (самозвинувачення, румінацій та катастрофізації) та суттєвому підвищенні адаптивних стратегій («ухвалення», «позитивне перефокусування», «фокусування на плануванні», «позитивна переоцінка» та «розгляд в перспективі»). У пацієнтів контрольної групи була зафіксована позитивна динаміка, що полягала в зменшенні неадаптивних когнітивних стратегій регулювання емоцій («самозвинувачення», «румінації» та

«катастрофізація»), однак не було встановлено суттєвих відмінностей щодо збільшення адаптивних стратегій регулювання емоцій.

Динаміка соціального функціонування у пацієнтів основної групи визначалась суттєвим зменшенням порушень в сферах суспільно корисної діяльності, особових та соціальних взаємовідносин, самообслуговування, зниженням агресивних патернів поведінки, а у пацієнтів контрольної групи визначалась позитивна динаміка соціального функціонування пацієнтів в сфері самообслуговування та особових та соціальних взаємовідносин.

Оцінка показників клінічної ефективності лікування хворих з КП при ДР показала, що в результаті використання розробленої КПТР, у 13,40 % пацієнтів було зафіксовано «одужання», у 49,48 % пацієнтів було діагностовано «значне поліпшення», а у 35,05 % хворих - «поліпшення» стану, у той час коли в результаті використання традиційних форм лікування у хворих контрольної групи «одужання» зареєстровано лише у 5,37 %, «значне поліпшення» – у 21,50 % пацієнтів, «покращення» – у 43,01 % хворих, «відсутність позитивної динаміки» – у 25,80 % (табл. 3).

При цьому число хворих з «одужанням» ($p \leq 0,034$) та «значним поліпшенням» ($p \leq 0,0001$) в групі хворих, які лікувалися з використанням розроблених методів, було достовірно вищим, порівняно з групою, що лікувалися традиційної програми. Разом з тим, кількість пацієнтів з «відсутністю позитивної динаміки» достовірно переважало в групі, де використовувалися традиційні методи терапії ($p \leq 0,0001$).

Таблиця 3

Оцінка клінічної ефективності КПТР серед пацієнтів з КП при ДР

Критерії оцінки ефективності терапії	Хворі, в лікуванні які пройшли курс КПТР (n=97)		Хворі, які лікувалися за традиційними схемами (n=93)	
	Абс.	% ± m %	Абс.	% ± m %
Одужання	13	13,40 ± 1,29*	5	5,37 ± 0,56
Значне поліпшення	48	49,48 ± 3,66*	20	21,50 ± 2,07
Поліпшення	34	35,05 ± 2,94	40	43,01 ± 3,52
Відсутність позитивної динаміки	2	2,06 ± 0,21	24	25,80 ± 2,41*
Погіршення стану	0	-	4	4,30 ± 0,45
Умовні позначення: * - вірогідність розбіжностей $p<0,05$				

Доведена ефективність запропонованої КПТР пацієнтів з ДП, що полягала в більш вираженій редукції клінічних проявів ДР, поліпшенні когнітивних функцій, зниженні неадаптивних та підвищення адаптивних стратегій когнітивного регулювання емоцій, покращенні соціального функціонування у основних сферах життєдіяльності.

ВИСНОВКИ

1. У дисертаційній роботі на основі проведеного аналізу представлено теоретичне узагальнення і нове вирішення наукової проблеми, яка полягала в комплексному дослідженні клініко-психологічних, психометричних та патопсихологічних особливостей когнітивних порушень при депресивних розладах, предикторів суїцидального ризику, специфіки когнітивного регулювання емоцій і особливостей соціального функціонування пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах, що дозволило удосконалити систему диференційної діагностики, розробити і впровадити в психіатричну практику комплексну програму терапії та реабілітації пацієнтів з когнітивними розладами при депресіях.

2. Доведено, що когнітивні розлади при депресіях окреслені наявністю порушень розумових і мнестичних процесів, виконавчих функцій, уваги, сприйняття і когнітивного регулювання емоцій. Встановлено, що різним варіантам депресивних розладів відповідають специфічні порушення пізнавальних процесів:

2.1. Когнітивні порушення при РДР проявляються в труднощах прийняття рішень (90,24 %), зниженому рівні концентрації уваги (80,94 %), ригідності мислення (79,67 %), помірних порушеннях вербальної продуктивності (58,54 %) і відтермінованого відтворення (50,41 %), помірних та виражених порушеннях виконавчих функцій (54,47 %), зорово-моторної координації (39,84 %) та лексичної системи (39,84 %), зниженому рівні ефективності роботи (43,90 %), зниженому і низькому сприйнятті позитивних стимулів (50,47 %), високому сприйнятті негативних стимулів (33,33 %).

2.2. Когнітивні порушення при БД включають зниження концентрації уваги (93,62 %), виснаженість психічної діяльності (90,07 %); підвищену чутливість до критики (73,76 %), труднощі в прийнятті рішень (70,21 %), ідеї малоцінності (68,79 %), наявність помірних порушень зорово-моторної координації (41,13 %), виконавчих функцій (65,96 %), вербальної продуктивності (58,16 %) та виконавчих функцій лексичної системи (47,52 %), знижений рівень працездатності (53,90 %) і стійкості уваги (48,23 %), помірне сприйняття нейтральних стимулів (45,39 %), помірне сприйняття негативних і позитивних стимулів (38,30 % та 38,30 %); вираженість таких когнітивних стратегій регулювання емоцій, як «самозвинувачення» (82,27 %), «катастрофізація» (69,50 %), «звинувачення інших» (68,79 %) та «румінації» (56,74 %).

2.3. Когнітивні порушення при ПДР полягають у вираженості нав'язливих (85,71 %) та суїцидальних (73,47 %) думок, іпохондричних ідей (62,24 %), підвищеної чутливості до критики (82,65 %), наявності слабких порушень виконавчих функцій (66,33 %) і вербальної продуктивності (58,16 %), переважанні зниженого рівня переключення

уваги (44,90 %), помірного сприйняття нейтральних стимулів (42,86 %) та підвищеного сприйняття позитивних (43,88 %) стимулів; вираженості таких когнітивних стратегій регулювання емоцій, як «румінації» (87,76 %), «звинувачення інших» (85,71 %), «катастрофізація» (79,59 %).

3. Клініко-психопатологічна структура депресивних розладів у пацієнтів з когнітивними порушеннями характеризується наявністю апатико-адинамічного (27,64 %), астено-анергетичного (26,83 %) та тривожного (13,01 %) симптомокомплексів помірного та сильного ступеню вираженості при РДР; астено-анергетичного (25,53 %), апатико-адинамічного (24,82 %) та меланхолійного (17,02 %) симптомокомплексів помірного та сильного ступеню вираженості при БД; тривожного (59,18 %), апатико-адинамічного (23,47 %) та обсесивно-депресивного (13,27 %) симптомокомплексів помірного та слабкого ступеню вираженості при ПДР.

4. Предикторами наявності когнітивних порушень при різних варіантах депресій є: при РДР підгострий початок депресії (50,41 %), тривалість депресивного епізоду від 3-х до 6-ти місяців (26,02 % та 49,59 %), переважання 3-5 епізодів в анамнезі (52,85 %); при БД: гострий початок депресії (55,32 %), тривалість депресивного епізоду до 1 року (44,68 %), наявність більше 5-ти епізодів в анамнезі (46,94 %); при ПДР: затяжний початок депресії (62,24 %), тривалість депресивного епізоду до 1,5 років (31,65).

5. Доведено, що суїцидальна поведінка у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах визначалась вираженістю клініко-психопатологічних симптомів депресії, наявністю стресових факторів та їх повторюваністю; анамнестичною обтяженістю; порушеннями комунікативних стосунків; наявністю аутоагресивних предикторів; суперечливим характером суїцидальних намірів; ідеаторними особливостями суїцидальних думок; характеристиками суїцидальної спроби, яка планується.

6. Предикторами суїцидальної поведінки у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах є наявність тужливого симптомокомплексу (r = 0,897), катастрофізації (r = 0,884) та високої вибірковості уваги на негативні стимули (r = 0,877), низької вибірковості уваги на позитивні стимули (r = 0,713), самозвинувачення (r = 0,723) та низького рівню переключення уваги (r = 0,733) при РДР; наявність ідей малоцінності (r = 0,833), катастрофізації (r = 0,789), меланхолійного симптомокомплексу (r = 0,633), високої вибірковості уваги на негативні стимули (r = 0,632) при БД; наявність обсесивно-депресивного симптомокомплексу (r = 0,768), підвищеної вибірковості уваги на негативні стимули (r = 0,799), катастрофізації (r = 0,799) і румінації (r = 0,657) при ПДР.

Факторами антиризику суїцидальної поведінки у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах виступають високий рівень тривоги (r = 0,875), зниження інтересу (r = 0,821), високий рівень когнітивної дисфункції (r = 0,733), наявність астено-анергетичного симптомокомплексу (r = 0,745) та зниження значущості події (r = 0,734) при РДР; виснаженість психічної діяльності (r = 0,798), зниження стійкості уваги (r = 0,788), виражені порушення

виконавчих функцій (r = 0,731) та високий рівень когнітивної дисфункції (r = 0,713) при БД; помірний рівень когнітивної дисфункції (r = 0,651), високий рівень тривоги (r = 0,633), труднощі в прийнятті рішень (r = 0,602), середня вибірковість уваги на нейтральні стимули (r = 0,719), підвищена вибірковість уваги на позитивні стимули (r = 0,678) та відволікання від стресових подій (r = 0,732) при ПДР.

7. На підставі отриманих даних розроблена і впроваджена комплексна програма терапії та реабілітації пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах, яка базується на принципах комплексного, індивідуально-орієнтованого та диференційованого підходу, забезпечення етапності, послідовності та оптимальності лікувально-реабілітаційних заходів. Мішенями терапії визначено клінічні прояви депресивних розладів, когнітивні порушення при різних типах депресивних розладів, неадекватність когнітивного регулювання емоцій, порушення соціального функціонування. Комплексна програма терапії та реабілітації реалізується в чотири етапи: діагностичний, терапевтичний, реабілітаційний та профілактичний. Їх базовим засобом є адекватна психофармакотерапія, ефекти якої зпотенційовані когнітивно-поведінковою терапією та різними видами реабілітаційних втручань (психоосвіта, тренінг когнітивних функцій, тренінг ефективних копінг-стратегій, комунікативний тренінг та техніки саморегуляції).

8. Доведена ефективність запропонованої комплексної системи терапії когнітивних порушень при депресивних розладах, що полягала в більш вираженій редукції клінічних проявів депресивних розладів (зменшенні об’єктивних та суб’єктивних ознак пригніченості, зниженні внутрішньої напруги, покращенні сну та концентрації уваги, редукції апатії, песимістичних та суїцидальних думок, поліпшенні когнітивних функцій, зниженні неадаптивних когнітивних стратегій регулювання емоцій (самозвинувачення, румінацій та катастрофізації та суттєвому підвищенні адаптивних («ухвалення», «позитивне перефокусування», «фокусування на плануванні», «позитивна переоцінка» та «розгляд в перспективі») стратегій когнітивного регулювання емоцій, покращенні соціального функціонування у основних сферах життєдіяльності (сфери суспільно корисної діяльності, особових й соціальних взаємовідносин і самообслуговуванні та зниженні агресивних патернів поведінки).

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. У прогнозі розвитку КП у пацієнтів з ДР необхідно використовувати виділені в дисертації основні особливості перебігу хвороби, клініко-психопатологічні особливості проявів депресії, особливості суїцидального ризику та специфіку когнітивного регулювання емоцій.

2. У діагностиці КП у пацієнтів з ДР слід враховувати розроблені диференційно-діагностичні критерії, що стосуються пізнавальної сфери

(розумових і мнестичних процесів, сфери уваги і сприйняття, виконавчих функцій, когнітивного регулювання емоцій), перебігу хвороби, провідного симптомокомплексу, клініко-психопатологічних проявів депресії, особливостей суїцидальної поведінки та соціального функціонування.

3. Предикторами СП у пацієнтів з КП при ДР є вираженість клініко-психопатологічних симптомів депресії, наявність стресових факторів та їх повторюваність; анамнестична обтяженість; порушення комунікативних стосунків; наявність аутоагресивних предикторів; особливості суїцидальних намірів; ідеаторні особливості суїцидальних думок; характеристики ймовірної суїцидальної спроби.

4. В оцінці порушень соціального функціонування пацієнтів з КП при ДР доцільно використовувати визначені диференційно-діагностичні критерії, які включають порушення сфери самообслуговування, соціально корисної діяльності, особистісної та соціальної взаємодії та агресивних патернів поведінки.

5. З метою підвищення ефективності психосоціальної реабілітації пацієнтів з КП при ДР необхідно використовувати розроблену в дисертації КПТР пацієнтів з КП при ДР, що базується на принципах комплексного, індивідуально-орієнтованого та диференційованого підходу, забезпечення етапності, послідовності та оптимальності лікувально-реабілітаційних заходів. Мішенями терапії є клінічні прояви ДР, КП при різних типах ДР, неадекватність когнітивного регулювання емоцій, порушення соціального функціонування. Базовими компонентами розробленого комплексу є фармакотерапія, когнітивно-поведінкова психотерапія, психоосвіта, тренінг когнітивних функцій, тренінг ефективних копінг-стратегій, комунікативний тренінг та техніки саморегуляції. Проведений аналіз свідчить про високу ефективність розробленої комплексної програми.

ПЕРЕЛІК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Ярославцев С.О. Соціально-демографічна характеристика пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах. Вісник проблем біології і медицини. 2020. Вип. 3 (157). С.165-169.

2. Ярославцев С.О. Взаємозв'язок когнітивних дисфункцій з провідними симптомокомплексами при рекурентних депресивних розладах. Norwegian Journal of development of the International Science. № 46/2020. VOL.1. С.34-41. ISSN 3453-9875

3. Ярославцев С.О. Особливості процесу сприйняття у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах. Український вісник психоневрології. 2020. Т. 28, вип. 3 (104). С. 58-62.

4. Марута Н.О., Ярославцев С.О. Особливості суїцидальних намірів серед пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах. Український медичний часопис: 5(2) (139) – IX/X 2020. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.139.191034

5. Марута Н.О., Ярославцев С.О. Принципи терапії когнітивних розладів при депресивних порушеннях. Український медичний часопис: 6 (140), Т. 2 – XI/XII 2020. С. 1-5.

6. Yaroslavtsev S., Kalenska G. Syndromal characteristics of depressive manifestations among patients cognitive impairments in depressive disorders. Inter Collegas, 2020. VOL. 7, No.3. P. 152-156. https://doi.org/10.35339/ic.7.3.152–156

7. Ярославцев С.О. Характеристика виконавчих функцій у пацієнтів із когнітивними порушеннями за наявності депресивних розладів. Lviv clinical bulletin 2020, 3(31): 46-52. DOI: https://doi.org/10.25040/lkv2020.03.046

8. Марута Н.О., Ярославцев С.О. Взаємозвязок когнітивних дисфункцій з провідними симптомокомплексами при біполярних афективних розладах. Український журнал медицини, біології та спорту. 2020, Т. 5, № 6(28): 39-40.

9. Ярославцев С.О. Соціально-демографічні та клініко-анамнестичні предиктори когнітивних порушень при депресіях різного ґенезу. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2020; 3: 179-185. DOI: https://doi.org/10.11603/1811-2471.2020.v.i3.11280

10. Марута Н.О., Ярославцев С.О. Предиктори суїцидальної поведінки у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах. Буковинський медичний вісник. 2020. Том 24, № 4 (96). С.58-64.

11. Ярославцев С.О. Порушення емоційної сфери у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах. Український вісник психоневрології 2020. Том 28, випуск 4 (105). С. 51-54. ISSN 2079-0325 DOI: https://doi.org/10.36 927/2079-0325-V28-is4-2020-9

12. Марута Н.О., Ярославцев С.О. Взаємозв'язок когнітивних порушень і клініко-психопатологічних особливостей при пролонгованій депресивній реакції. Клінічна та профілактична медицина. 2020. Том 4, № 14. С. 52-61. DOI: https://doi.org/10.31612/2616-4868.4(14).2020.04

13. Ярославцев С.О. Характеристика когнітивних порушень у пацієнтів з депресивними розладами. Експериментальна і клінічна медицина. 2020. № 1 (86). С. 41-49. https://doi.org/10.35339/ekm.2020.86.01.06

14. Ярославцев С.О. Феноменологічний аналіз суїцидальної поведінки у пацієнтів з біполярним афективним розладом. Експериментальна і клінічна медицина. 2020. № 2 (87). С. 36-44. https://doi.org/10.35339/ekm.2020.87.02.05

15. Ярославцев С.О. Роль когнітивних дисфункцій у формуванні клінічної картини пацієнтів з пролонгованою депресивною реакцією. Експериментальна і клінічна медицина. 2020. № 3 (88). С. 73-82. https://doi.org/10.35339/ekm. 2020.88.03.10

16. Факторы суицидального риска у пациентов с когнитивными нарушениями при депрессивных расстройствах. Ярославцев С.А., Опря Е.В., Каленская Г.Ю., Денисенко М.М., Панько Т.В. Georgian Medical News. No 6 (315). 2021. С. 119-125.

17. Maruta N., Yaroslavtsev S., Oprya Ye., Kalenskaya G., Kutikov O. Structure of Cognitive Impairments in Depressive Disorders and Principles of their Therapy. Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology, 2021, vol. 12, No 3. P. 400-414.

18. Maruta N.O., Kolyadko S.P., Fedchenko V.Y., Panko T.V., Cherednyakova O.S., Yaroslavtsev S.O. Clinical, genealogical and psychogenic factors in the genesis of recurrent depression. Світ медицини та біології. 2021. № 3 (77). С. 121-126.

19. Phenomenological analysis of suicidal behavior in patients with cognitive impairment in recurrent depressive disorder / N. A. Maruta, S. A. Yaroslavcev, G.Yu. Kalenskaya, Ye.V. Oprya, O.A. Korop, M. M. Denysenko, V. I. Zavorotniy . Wiad Lek. 2022; 75 (1 p.2): 293-299. DOI: 10.36740/WLek202201225

20. Ярославцев С.О. Комплексна програма терапії та реабілітації пацієнтів із когнітивними порушеннями при депресивних розладах. Медицина сьогодні і завтра. 2020. No 3 (88). С. 101-111.

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

21. Ярославцев С.О. Взаємозв'язок когнітивних дисфункцій з клініко-психопатологічними особливостями при рекурентних депресивних розладах. Annali d'Italia № 11. 2020. VOL.1 С.18-25. ISSN 3572-2436

22. Ярославцев С.О. Особливості процесу уваги при депресивних розладах // Український вісник психоневрології. 2020. Т. 28, вип. 2 (103). С. 55-59. DOI: https://doi.org/10.36927/2079-0325-V28-is2-2020-11

23. Ярославцев С.О. Анамнестичні клініко-психопатологічні особливості депресивних проявів у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах. Вісник медичних і біологічних досліджень. 2020; 3(5): 132-137. DOI: https://doi.org/10.11603/bmbr.2706-6290.2020.3.11347

24. Ярославцев С.О. Характеристика тривожних і депресивних проявів у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах. Медична психологія, 2020, №1-2 С.125-132.

Праці, в яких додатково висвітлені результати дисертації:

25. Ярославцев С.О. Взаємозв'язок клініко-психопатологічних особливостей і вираженості когнітивних порушень при біполярному афективному розладі. Znanstvena misel journal №46/2020 VOL.1. С. 46-53. ISSN 3124-1123

26. Марута Н.О., Ярославцев С.О., Каленська Г.Ю. Клінічна картина депресивних проявів серед пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах. Вісник проблем біології і медицини. 2020, випуск 4 (158), С. 160-166. DOI: 10.29254/2077-4214-2020-4-158-160-166

27. Ярославцев С.О. Особливості когнітивного регулювання емоцій та соціального функціонування у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах. Архів психіатрії Т. 26, № 1 (100). 2020. С.21-27. DOI:10.37822/2410-7484.2020.26.1.21-27

АНОТАЦІЯ

Ярославцев С.О. **Когнітивні порушення при депресивних розладах.** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія – Державна установа “Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України”. – Харків, 2024.

Проведено дослідження 362 пацієнтів з когнітивними порушеннями (КП) при депресивних розладах (ДР): 128 пацієнтів з рекурентними депресивним розладом (РДР) (F 32-33), 141 пацієнтів з біполярною депресією (БД) (F 31.3-31.4) та 98 пацієнтів з пролонгованою депресивною реакцією (ПДР) (F 43.21).

Доведено, що когнітивні розлади при депресіях окреслені наявністю порушень розумових і мнестичних процесів, виконавчих функцій, уваги , сприйняття і когнітивного регулювання емоцій.

Представлено комплексну клінічну характеристику КП при різних типах ДР, визначено їх структуру в залежності від типу ДР, визначені клініко-психопатологічні та патопсихологічні критерії діагностики КП при різних типах ДР.

Встановлено клініко-психопатологічні особливості депресивних проявів у пацієнтів з КП, проведено їх порівняльний аналіз та визначений взаємозв'язок клініко-психопатологічних особливостей і вираженості КП при різних типах ДР.

Проаналізовано предиктори формування КП при різних варіантах ДР.

Систематизовано особливості суїцидального ризику у пацієнтів з КП при різних типах ДР, визначені психопатологічні та патопсихологічні предиктори суїцидальної поведінки та чинники антиризику у пацієнтів з КП при ДР, встановлений взаємозв'язок клініко-психопатологічних особливостей, виразності суїцидального ризику і КП при різних типах ДР.

Вивчено особливості соціального функціонування у пацієнтів з КП при різних типах ДР.

На основі комплексного аналізу результатів дослідження розроблено, доведено ефективність і впроваджено в практику охорони здоров'я чотирьох етапну комплексну програму терапії та реабілітації КП при ДР, яка базується на принципах біопсихосоціального підходу, спрямована на редукцію клінічних ознак депресії, поліпшення когнітивних функцій та відновлення соціального функціонування пацієнта.

Ключові слова: когнітивні порушення, депресивні розлади, рекурентний депресивний розлад, біполярна депресія, пролонгована депресивна реакція, суїцидальних ризик, терапія та реабілітація.

ANNOTATION

Yaroslavtsev S.O. **Cognitive impairment in depressive disorders.** – Manuscript.

Dissertation for the scientific doctor of medical sciences degree in speciality 14.01.16 – Psychiatry – State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine". – Kharkiv, 2024.

A study of 362 patients with cognitive impairment (CI) with depressive disorders (DD) were investigated: 128 patients with recurrent depressive disorder (RDD) (F 32-33), 141 patients with bipolar depression (BD) (F 31.3-31) and 98 patients with prolonged depressive reaction (PDR) (F 43.21).

It has been proven that cognitive disorders in depression are defined by the presence of disorders of mental and mnestic processes, executive functions, attention, perception, and cognitive regulation of emotions.

The complex of clinical characteristics of CI in different types of DD are presented, their structure is determined depending on the type of DD, clinical, psychopathological and pathopsychological criteria for the diagnosis of CI in different types of DD are determined.

Clinical and psychopathological features of depressive manifestations in patients with CI were established, their comparative analysis were carried out, and the relationship between clinical and psychopathological features and the severity of CI in different types of DD was determined.

The predictors of the formation of CI with different variants of DD were analyzed.

The features of suicidal risk in patients with CI for different types of DD have been systematized, psychopathological and pathopsychological predictors of suicidal behavior and anti-risk factors in DD patients with CI have been identified, the relationship between clinical and psychopathological features, the severity of suicidal risk and CI in various types of DD has been established.

The features of social functioning in patients with CI with different types of DD have been studied.

On the basis of a comprehensive analysis of the research results, a four-stage comprehensive program for the therapy and rehabilitation of DD patients with CD, based on the principles of a biopsychosocial approach, aimed at reducing the clinical signs of depression, improving cognitive functions and restoring the social functioning of patients, has been developed, proved its effectiveness and introduced into healthcare practice.

Key words: cognitive impairment, depressive disorders, recurrent depressive disorder, bipolar depression, prolonged depressive reaction, suicidal risk, therapy and rehabilitation.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

БД – біполярна депресія

ВООЗ – всесвітня організація охорони здоров’я

ДЕ – депресивний епізод

ДК – діагностичний коефіцієнт

ДР – депресивний розлад

КП – когнітивні порушення

КПТР – комплексна програма терапії та реабілітації

МД – метод дослідження

МІ – міра інформативності Кульбака

МКХ-10 – міжнародна класифікація хвороб 10 перегляду

ОКРЕ – опитувальник когнітивної регуляції емоцій

ПДР – пролонгована депресивна реакція

РДР – рекурентний депресивний розлад

СП – суїцидальна поведінка

СР – суїцидальний ризик

ТМТ – тест зв'язку символів

ACE-R – модифікована Адденбрукська когнітивна шкала

HDRS – шкала Гамільтона для оцінки депресії

HARS – шкала Гамільтона для оцінки тривоги

MADRS – шкала Монтгомері-Айсберг для оцінки депресії

MoCa – Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій

PSP – шкала особистісного та соціального функціонування

VFT – тест вербальної швидкості