

DOI: 10.26693/jmbs05.06.141

УДК 616.895.4-052:616.89-008.47-008.46-06

Марута Н. О.¹, Ярославцев С. О.²

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК КОГНІТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ З ПРОВІДНИМИ СИМПТОМОКОМПЛЕКСАМИ ПРИ БІПОЛЯРНИХ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДАХ

¹ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», Харків, Україна²КНП «Херсонський обласний заклад з надання психіатричної допомоги», Україна

kalenskaya_galina@ukr.net

Метою дослідження стало визначення взаємозв'язку між клініко-психопатологічними особливостями провідних симптомокомплексів та особливостями когнітивних дисфункцій у пацієнтів з біполярними афективними розладами.

У дослідженні взяли участь 141 пацієнтів з біполярними афективними розладами. Вивчення клініко-психопатологічних особливостей депресивних розладів включало в себе аналіз провідних симптомокомплексів та клінічних проявів депресії у пацієнтів з біполярними афективними розладами. Вивчення особливостей когнітивних дисфункцій при депресивних розладах включало в себе аналіз виразності когнітивних порушень і особливостей пізнавальних процесів (розумової, мнестичної, процесу уваги, сприйняття), виконавчих функцій та специфіки соціального функціонування у пацієнтів з біполярними афективними розладами. У більшості пацієнтів було зафіксоване переважання астено-анергетичного, апатико-адиномічного та меланхолійного симптомокомплексів.

У результаті проведення кореляційного аналізу було встановлено, що апатико-адиномічний симптомокомплекс був асоційований з низькою ефективністю роботи, зниженням інтересу, труднощами в прийнятті рішень, вираженими порушеннями виконавчих функцій та вербальної продуктивності, румінаціями, помірними порушеннями зорово-моторної координації, зниженням концентрації, переключення та стійкості уваги, значними порушеннями у сферах суспільно корисної діяльності, особистісної та соціальної взаємодії та самообслуговування. Астено-анергетичний симптомокомплекс був пов'язаний з виснаженістю психічної діяльності, зниженим рівнем відстроченого відтворення, труднощами в прийнятті рішень, низькою ефективністю роботи, низьким рівнем працездатності, зниженням рівню короткострокової пам'яті, помірними порушеннями в сфері суспільно корисної діяльності і самообслуговуванні. Меланхолійний симптомокомплекс корелював з самозвинуваченням, катастрофізацією, помірними порушеннями виконавчих функцій, зниженням рівню переключення уваги, низьким рівнем працездатності, середньою вибірковістю ваги на

негативні стимули, вираженими порушеннями виконавчих функцій та вербальної продуктивності. Дисфоричний симптомокомплекс був асоційований зі звинуваченням інших, підвищеною чутливістю до критики, зниженням концентрації та стійкості уваги, середньою вибірковістю уваги на негативні стимули та значними агресивними патернами поведінки.

Ключові слова: когнітивні порушення, депресивні розлади, клініко-психопатологічні особливості, симптомокомплекс, біполярний афективний розлад

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дане дослідження є фрагментом НДР «Спадкові та соціально стресові фактори в генезі та розвитку рекурентних депресій», НАМН.СФ.1Ф.20.

Вступ. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я на лютий 2017 року, депресією страждало понад 300 мільйонів чоловік по всьому світу [1]. Простежується явна тенденція до неухильного зростання числа хворих, що пов'язано зі складною взаємодією соціальних, психологічних і біологічних чинників, що лежать в основі депресії [2, 3]. Захворюваність у всіх вікових групах населення, за даними різних авторів, становить від 5 до 17%, а ризик розвитку депресії протягом життя досягає 16-17% [1, 4]. Варто відзначити, що часто депресії супроводжуються порушеннями не тільки емоційних, а й вегетативних, рухових і ряду когнітивних функцій, що веде до зниження працездатності (до інвалідизації), професійної та соціальної дезадаптації пацієнтів, а також має несприятливі соціально-психологічні та економічні наслідки [2, 5, 6]. Доведено, що наявність нейрокогнітивних порушень, їх структура і ступінь вираженості дозволяють досить надійно прогнозувати особливості динаміки захворювання, характер соціальної і професійної дезадаптації, ефективність лікування в цілому, рівень комплаєнтності, а також ризик суїцидальної поведінки [3, 7, 8]. Вважається, що у хворих з БАП спостерігаються обмеження обсягу робочої пам'яті, порушення стійкості уваги, процесів запам'ятовування і вербального навчання,

виконавчих функцій, що зберігаються також в період інтермісії [9, 10]. Лонгітюдні дослідження виявили факт наявності когнітивних порушень (КП) як при першому епізоді, так і у віддалених періодах захворювання [4, 11]. В цілому, серед пацієнтів з БАР майже 75% пацієнтів мають не менше одного показника зниження когнітивного функціонування по одному з чотирьох стандартних тестів, як мінімум, в легкій формі [3, 6, 8, 12]. Порушення когнітивних функцій у пацієнтів з БАР вимагають подальшого вивчення в зв'язку з тим, що їх кількісна та якісна оцінка є об'єктивним критерієм прогнозу і ефективності терапії БАР [1, 5, 13]. Слід підкреслити, що проблема діагностики і терапії КП у пацієнтів з БАР, незважаючи на певну кількість досліджень, не є повністю вирішеною. Більш того, у вітчизняній науковій медичній літературі практично відсутні роботи, пов'язані з вивченням взаємозв'язку провідних клініко-психопатологічних симптомокомплексів з когнітивним функціонуванням у пацієнтів з БАР [13]. Розуміння взаємозв'язку між клініко-психопатологічними особливостями депресивних проявів та особливостями когнітивних дисфункцій у пацієнтів з БАР сприятиме покращенню диференціальної діагностики та створенню психокорекційних заходів, спрямованих на редукцію КП при ДР.

Мета дослідження – визначити взаємозв'язок між клініко-психопатологічними особливостями провідних симптомокомплексів та особливостями когнітивних дисфункцій у пацієнтів з біполярними афективними розладами (БАР).

Методи та об'єкт дослідження. На базі КНП «Херсонський обласний заклад з надання психіатричної допомоги» проведено суцільне обстеження 141 пацієнтів з когнітивними порушеннями при БАР: 76 чоловіків (53,90±2,61)% та 65 жінок (46,10±2,42)%.

Усі дослідники проводили у відповідності до Конвенції Ради Європи «Про захист прав людини і людської гідності в зв'язку з застосуванням досягнень біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину (ETS № 164)» від 04.04.1997 р., і Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації (2008 р.). Усі пацієнти або їхні законні представники давали письмову згоду на обробку персональних даних.

У дослідженні був використаний комплексний підхід, що полягав у використанні клініко-психопатологічного, психометричного (шкала особистісного та соціального функціонування), психодіагностичного (Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій; модифікована Адденбрукська когнітивна шкала; «Заучування десяти слів» (А. Р. Лурія); коректурна проба; таблиці Шульте; тест Мюнстерберга; тест зв'язку символів; тест вербаль-

ної швидкості; опитувальник когнітивної регуляції емоцій) та статистичного методів дослідження.

Статистична обробка даних застосовувалась для визначення середніх величин кількісних параметрів, їхніх стандартних помилок, достовірності взаємозв'язків (кореляційний аналіз). Статистична обробка результатів проводилась за допомогою Excel-2010 та STATISTICA 6.1.

Вивчення клініко-психопатологічних особливостей ДР включало в себе аналіз провідних симптомокомплексів та клінічних проявів депресії у пацієнтів з БАР. Вивчення особливостей КП при ДР включало в себе аналіз виразності КП і особливостей пізнавальних процесів (розумової, мнестичної, процесу уваги, сприйняття), виконавчих функцій та специфіки соціального функціонування у пацієнтів з БАР. За результатами досліджень був проведений кореляційний аналіз, який дозволив визначити поєднання клініко-психопатологічної симптоматики з особливостями когнітивного функціонування пацієнтів з БАР.

Результати дослідження та їх обговорення. Ретельний аналіз клініко-психопатологічних особливостей ДР дозволив визначити, що у більшості пацієнтів з БАР було зафіксоване переважання астено-анергетичного (25,53±1,57)%, апатико-адинамічного (24,82±1,54)% та меланхолійного (17,02±1,11)% симптомокомплексів. Суттєво менше питому вагу мали сенесто-іпохондричний (6,38±0,44)%, ажитований (7,80±0,54)%, обсессивно-депресивний (8,51±0,58)% та дисфоричний (9,93±0,67)% симптомокомплекси.

У клінічній картині пацієнтів з БАР спостерігалось переважання наступних клінічних ознак депресії: депресивний настрій (3,69 балів), суб'єктивні ознаки пригніченості (5,74 балів), суїцидальні думки (5,09 балів), збудженість (2,69 балів), відчуття напруженості (3,62 балів), сомато-вегетативні симптоми (запори (68,09%), зниження апетиту (63,12%), зниження ваги (53,90%), порушення сну (47,52%), сексуальні порушення (51,77%)), сенсорні прояви (гіпестезія (61,70%), сенестопатія (31,91%), анестезія (31,21%) та розлади схеми тіла (22,70%)), психо-моторні прояви (загальмованість (58,87%), гипомімія (64,54%) та м'язова адинамія (79,30%)) та емоційні прояви (гіпотимія (90,07%), незадоволеність (89,36%), ангедонія (65,96%), апатія (56,03%), емоційна холодність (46,10%), відчуття туги (56,03%) та досади (56,03%)).

Був проведений кореляційний аналіз поєднання когнітивних порушень та синдромальними варіантами БАР, результати якого представлені в **таблиці 1**.

Так, апатико-адинамічний симптомокомплекс був асоційований з низькою ефективністю роботи

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

Найменування показників		Симптомокомплекси			
		апатико-динамічний	астено-анергетичний	меланхолійний	дисфоричний
Мислення	зниження інтересу	0,769	0,546	0,483	
	підвищена чутливість до критики у свій бік				0,721
	труднощі в прийнятті рішень	0,761	0,755		
	ідеї малоцінності			0,587	
	виснаженість психічної діяльності	0,587	0,886		
Пам'ять	зниження рівню короткострокової пам'яті	0,511	0,645		
	середній рівень відстроченого відтворення	0,639			0,576
	знижений рівень відстроченого відтворення		0,784		
Виконавчі функції	помірні порушення зорово-моторної координації	0,645	0,587		0,465
	помірні порушення виконавчих функцій		0,788	0,683	
	виражені порушення виконавчих функцій	0,768			
	помірні порушення вербальної продуктивності			0,675	
	виражені порушення вербальної продуктивності	0,879	0,611		
Увага	зниження концентрації уваги	0,675	0,641		0,702
	знижений рівень переключення уваги	0,704		0,745	
	низька ефективність роботи	0,833	0,745	0,622	
	знижена стійкість уваги	0,684			0,845
	знижений рівень працездатності	0,679			
	низький рівень працездатності		0,744	0,769	
Сприйняття	знижена вибірковість уваги на нейтральні стимули				
	середня вибірковість уваги на негативні стимули			0,785	0,654
Соціальне функціонування	самозвинувачення			0,898	
	катастрофізація		0,432	0,785	0,677
	звинувачення інших				0,879
	румінації	0,768		0,647	
	помірні порушення в сфері суспільно корисної діяльності		0,622	0,658	0,543
	значні порушення в сфері суспільно корисної діяльності	0,738			
	значні порушення особистісної та соціальної взаємодії	0,687		0,577	0,587
	помірні порушення в самообслуговуванні		0,765		
	значні порушення в самообслуговуванні	0,576			
	значні агресивні патерни поведінки				0,689

($r=0,833$), зниженням інтересу ($r=0,769$), труднощами в прийнятті рішень ($r=0,761$), вираженими порушеннями виконавчих функцій та вербальної продуктивності ($r=0,768$ та $r=0,879$ відповідно), румінаціями ($r=0,768$), помірними порушеннями зорово-моторної координації ($r=0,645$), зниженням концентрації, переключення та стійкості уваги ($r=0,675$, $r=0,704$ та $r=0,684$ відповідно), зниженим рівнем працездатності ($r=0,679$), середнім рівнем відстроченого відтворення ($r=0,639$), ви-

снаженістю психічної діяльності ($r=0,587$), зниженням рівню короткострокової пам'яті ($r=0,511$), значними порушеннями у сферах суспільно корисної діяльності, особистісної та соціальної взаємодії та самообслуговування ($r=0,738$, $r=0,687$ та $r=0,576$ відповідно).

Астено-анергетичний симптомокомплекс був пов'язаний з виснаженістю психічної діяльності ($r=0,886$), зниженим рівнем відстроченого відтворення ($r=0,784$), труднощами в прийнятті рішень

($r=0,755$), низькою ефективністю роботи ($r=0,745$), низьким рівнем працездатності ($r=0,744$), зниженням рівню короткострокової пам'яті ($r=0,645$), зниженням концентрації уваги ($r=0,641$), зниженням інтересу ($r=0,546$), помірними порушеннями зорово-моторної координації та виконавчих функцій ($r=0,587$ та $r=0,788$ відповідно), вираженими порушеннями вербальної продуктивності ($r=0,611$), катастрофізацією ($r=0,432$), помірними порушеннями в сфері суспільно корисної діяльності і самообслуговуванні ($r=0,622$ та $r=0,765$ відповідно).

Меланхолійний симптомокомплекс корелював з самозвинуваченням ($r=0,898$), катастрофізацією ($r=0,785$), помірними порушеннями виконавчих функцій ($r=0,734$), зниженням рівню переключення уваги ($r=0,745$), низьким рівнем працездатності ($r=0,769$), середньою вибірковістю уваги на негативні стимули ($r=0,785$), вираженими порушеннями виконавчих функцій та вербальної продуктивності ($r=0,683$ та $r=0,675$ відповідно), низькою ефективністю роботи ($r=0,622$), румінаціями ($r=0,647$), ідеями малоцінності ($r=0,587$), зниженням інтересу ($r=0,483$), а також з помірними порушеннями в сфері суспільно корисної діяльності ($r=0,658$) та значними порушеннями особистісної та соціальної взаємодії ($r=0,577$).

Дисфоричний симптомокомплекс був асоційований зі звинуваченням інших ($r=0,879$), підвищеною чутливістю до критики ($r=0,721$), зниженням концентрації та стійкості уваги ($r=0,702$ та $r=0,845$ відповідно), середньою вибірковістю уваги на негативні стимули ($r=0,654$), катастрофізацією ($r=0,677$), помірними порушеннями в сфері суспільно корисної діяльності ($r=0,543$), середнім рівнем відстроченого відтворення ($r=0,576$), помірними порушеннями зорово-моторної координації ($r=0,465$), значними порушеннями особистісної та соціальної взаємодії ($r=0,587$) та значними агресивними патернами поведінки ($r=0,689$).

Для більш детального розуміння поєднання провідних симптомів депресії з провідними когнітивними порушеннями при БАР був проведений кореляційний аналіз та визначені взаємозв'язки між когнітивними особливостями пацієнтів з БАР та клінічними проявами депресії (табл. 2). Так, загальмованість при БАР була пов'язана з труднощами в прийнятті рішень ($r=0,884$), зниженням рівнів переключення уваги та відстроченого відтворення ($r=0,874$ та $r=0,865$ відповідно), вираженими порушеннями виконавчих функцій ($r=0,867$), виснаженістю психічної діяльності ($r=0,798$), низьким рівнем працездатності ($r=0,784$), вираженими порушеннями вербальної продуктивності ($r=0,767$), зниженням вибірковості уваги на нейтральні стимули ($r=0,744$), зниженням інтересу ($r=0,768$), помірними порушеннями зоро-

во-моторної координації ($r=0,653$), зниженням концентрації уваги ($r=0,665$), низькою ефективністю роботи ($r=0,609$), зниженням рівню короткострокової пам'яті ($r=0,478$), самозвинуваченням ($r=0,545$), катастрофізацією ($r=0,487$), значними порушеннями в сфері суспільно корисної діяльності ($r=0,786$) та помірними порушеннями в самообслуговуванні ($r=0,834$).

Апатія при БАР була асоційована з зниженням інтересу ($r=0,978$), низькою ефективністю роботи ($r=0,978$), зниженою стійкістю уваги ($r=0,877$), зниженням вибірковості уваги на нейтральні стимули ($r=0,856$), зниженням концентрації уваги ($r=0,745$), зниженим рівнем працездатності ($r=0,779$), труднощами в прийнятті рішень ($r=0,756$), виснаженістю психічної діяльності ($r=0,755$), середнім рівнем відстроченого відтворення ($r=0,745$), помірними порушеннями виконавчих функцій ($r=0,687$), румінаціями ($r=0,576$), помірними порушеннями в сфері суспільно корисної діяльності ($r=0,876$) та значними порушеннями особистісної та соціальної взаємодії ($r=0,564$).

Збудженість корелювала зі зниженням стійкості уваги ($r=0,818$), катастрофізацією ($r=0,884$), підвищеною чутливістю до критики ($r=0,756$), помірними порушеннями виконавчих функцій ($r=0,709$), низькою ефективністю роботи ($r=0,744$), виснаженістю психічної діяльності ($r=0,659$), ідеями малоцінності ($r=0,543$), зниженим рівнем відстроченого відтворення ($r=0,544$), помірними порушеннями зорово-моторної координації ($r=0,614$), звинуваченням інших ($r=0,576$), а також з помірними порушеннями в сфері суспільно корисної діяльності ($r=0,611$), значними порушеннями особистісної та соціальної взаємодії ($r=0,709$) та помірними агресивними патернами поведінки ($r=0,795$).

Відчуття туги при БАР поєднувалось з підвищеною чутливістю до критики ($r=0,883$), труднощами в прийнятті рішень ($r=0,698$), ідеями малоцінності ($r=0,883$), вираженими порушеннями виконавчих функцій ($r=0,566$), зниженням рівню переключення уваги ($r=0,768$), низьким рівнем працездатності ($r=0,675$), зниженням вибірковості уваги на нейтральні стимули ($r=0,744$), середньою вибірковістю уваги на негативні стимули ($r=0,798$), самозвинуваченням ($r=0,657$), катастрофізацією ($r=0,766$), румінаціями ($r=0,845$), значними порушеннями особистісної та соціальної взаємодії ($r=0,632$).

Гіпотимія була пов'язана зі зниженням вибірковості уваги на нейтральні стимули ($r=0,812$) та середньою вибірковістю уваги на негативні стимули ($r=0,834$), з самозвинуваченням ($r=0,749$), зниженням інтересу ($r=0,745$), середнім рівнем відстроченого відтворення ($r=0,756$), низькою ефективністю роботи ($r=0,688$), зниженим рівнем

Таблиця 2 – Взаємозв'язок між когнітивними дисфункціями пацієнтів з БАР та клінічними проявами депресії (r)

Найменування показників		загальмова-ність	апатія	збудженість	відчуття туги	гіпотимія	порушення сну	суїцидальні думки	незадоволеність	м'язова адинамія	сексуальні порушення
Мислення	зниження інтересу	0,768	0,978			0,745					0,898
	підвищена чутливість до критики у свій бік			0,756	0,883				0,843		
	труднощі в прийнятті рішень	0,884	0,756		0,698		0,798				
	ідеї малоцінності			0,543	0,883		0,498	0,879			
	виснаженість психічної діяльності	0,798	0,755	0,659		0,551	0,843			0,711	
Пам'ять	зниження рівню короткострокової пам'яті	0,478					0,576		0,509		
	середній рівень відстроченого відтворення		0,745			0,756					
	знижений рівень відстроченого відтворення	0,865		0,544			0,843				
Виконавчі функції	помірні порушення зорово-моторної координації	0,653		0,614		0,498	0,745				
	помірні порушення виконавчих функцій		0,687	0,709							0,591
	виражені порушення виконавчих функцій	0,867			0,566		0,685	0,678	0,755	0,498	
	виражені порушення вербальної продуктивності	0,767									
Увага	зниження концентрації уваги	0,665	0,745			0,598	0,833				
	знижений рівень переключення уваги	0,874			0,768			0,844	0,854		0,756
	низька ефективність роботи	0,609	0,978	0,744		0,688	0,822				
	знижена стійкість уваги		0,877	0,818							
	знижений рівень працездатності		0,779			0,634			0,598		
	низький рівень працездатності	0,784			0,675		0,741				
Сприйняття	знижена вибірковість уваги на нейтральні стимули	0,744	0,856		0,744	0,812			0,833		0,765
	середня вибірковість уваги на негативні стимули				0,798	0,834		0,687	0,687		0,811
Соціальне функціонування	самозвинувачення	0,545			0,657	0,749		0,879			
	катастрофізація	0,487		0,884	0,766		0,665	0,834	0,897		0,732
	звинувачення інших			0,576					0,713		
	румінації		0,576		0,845	0,633	0,859	0,799			0,745
	помірні порушення в сфері суспільно корисної діяльності		0,876	0,611						0,674	
	значні порушення в сфері суспільно корисної діяльності	0,786									
	значні порушення особистісної та соціальної взаємодії		0,564	0,709	0,632	0,447			0,798		0,811
	помірні порушення в самообслуговуванні	0,834				0,498				0,511	
	помірні агресивні патерни поведінки			0,795			0,785		0,978		

працездатності ($r = 0,634$), румінаціями ($r = 0,633$), виснаженістю психічної діяльності ($r = 0,551$), помірними порушеннями зорово-моторної координації ($r = 0,498$), зниженням концентрації уваги ($r = 0,598$), значними порушеннями особистісної та соціальної взаємодії ($r = 0,447$) та помірними порушеннями в самообслуговуванні ($r = 0,498$).

Порушення сну поєднувались з виснаженістю психічної діяльності ($r = 0,843$), зниженим рівнем відстроченого відтворення ($r = 0,843$), зниженням концентрації уваги ($r = 0,833$), низькою ефективністю роботи ($r = 0,822$), низьким рівнем працездатності ($r = 0,741$), труднощами в прийнятті рішень ($r = 0,798$), помірними порушеннями зорово-моторної координації ($r = 0,745$), вираженими порушеннями виконавчих функцій ($r = 0,685$), ідеями малоцінності ($r = 0,498$), зниженням рівню короткострокової пам'яті ($r = 0,576$), а також з катастрофізацією ($r = 0,665$), румінаціями ($r = 0,859$) та помірними агресивними патернами поведінки ($r = 0,785$).

Суїцидальні думки при БАП були асоційовані з виснаженістю психічної діяльності ($r = 0,879$), зниженням рівню переключення уваги ($r = 0,844$), середньою вибірковою увагою на негативні стимули ($r = 0,687$), вираженими порушеннями виконавчих функцій ($r = 0,678$) та з когнітивними засобами регулювання емоцій: самозвинуваченням ($r = 0,879$), катастрофізацією ($r = 0,834$) та румінаціями ($r = 0,799$).

Незадоволеність корелювала з помірними агресивними патернами поведінки ($r = 0,978$), катастрофізацією ($r = 0,897$), підвищеною чутливістю до критики ($r = 0,843$), зниженням рівню переключення уваги ($r = 0,854$), зниженням вибіркової уваги на нейтральні стимули ($r = 0,833$), середньою вибірковою увагою на позитивні стимули ($r = 0,734$), вираженими порушеннями виконавчих функцій ($r = 0,755$), звинуваченням інших ($r = 0,713$), значними порушеннями особистісної та соціальної взаємодії ($r = 0,798$), середньою вибірковою увагою на негативні стимули ($r = 0,687$), зниженим рівнем працездатності ($r = 0,598$) та зниженням рівню короткострокової пам'яті ($r = 0,509$).

М'язова адинамія при БАП була пов'язана з виснаженістю психічної діяльності ($r = 0,711$), помірними порушеннями в сферах суспільно корисної діяльності і самообслуговування ($r = 0,734$ та $r = 0,734$ відповідно) та вираженими порушеннями виконавчих функцій ($r = 0,498$).

Сексуальні порушення асоціювались з зниженням інтересу ($r = 0,898$), значними порушеннями особистісної та соціальної взаємодії ($r = 0,811$), вираженими порушеннями виконавчих функцій ($r = 0,734$), зниженням рівню переключення уваги ($r = 0,756$), середньою вибірковою увагою на негативні стимули ($r = 0,811$), зниженням вибіркової

уваги на нейтральні стимули ($r = 0,765$), катастрофізацією ($r = 0,732$), румінаціями ($r = 0,745$) та помірними порушеннями виконавчих функцій ($r = 0,591$).

Отримані дані співвідносяться з дослідженнями сучасних авторів, які вказують на поліморфність симптомів та вираженості коморбідних розладів при БАП [2,3,6,9,14-16].

Отримані дані співвідносяться з даними, що були отримані в дослідженні Підкоритова В. С. зі співав. (2019), за результатами якого було визначено, що когнітивні порушення у пацієнтів з БАП виявляються незалежно від типу афективної симптоматики у вигляді широкого спектру психопатологічних феноменів та проявляється у вигляді більш виразного погіршення вербальної пам'яті, швидкості обробки інформації; більш виражених порушень просторових уявлень, погіршення зорової пам'яті, вербальної асоціативної продуктивності та виконавчих функцій; зменшення обсягу уваги та порушення її розподілу [6]. Також в результаті попередніх досліджень Марути Н. О. (2017) було визначено, що когнітивні порушення у пацієнтів з БАП реєструються у вигляді ригідності мислення; порушення концентрації уваги та виконавчої функції (порушення планування та прийняття рішень) та доведено, що загальною рисою для всіх фаз БАП є наявність порушень виконавчої функції (планування та прийняття рішень) [15].

Колягін В. В. (2015) доводить, що для БАП більш характерні голотимний афект, який є первинним проявом тужливого афекту, який виникає аутохтонно в дебюті депресивної фази та наростає в процесі перебігу депресії та визначає її структуру [16]. При цьому автор підкреслює, що коли депресія формується в реєстрі розладів соматопсихічної сфери, то серед клінічних проявів провідне місце займають інсомнія, розлади апетиту, коливання добового ритму, зниження лібідо, зниження ваги, тривожні думки щодо здоров'я. Ці дані співвідносяться з результатами нашого дослідження.

Проведене дослідження співвідноситься з результатами досліджень інших авторів та доводить значний вклад депресивної складової у формуванні когнітивних порушень при БАП.

Висновки. Отримані дані щодо взаємозв'язку провідних симптомокомплексів у пацієнтів з БАП та їх провідними КП. У більшості пацієнтів було зафіксоване переважання астено-анергетичного (25,53%), апатико-динамічного (24,82%) та меланхолійного (17,02%) симптомокомплексів.

Апатико-динамічний симптомокомплекс був асоційований з низькою ефективністю роботи, зниженням інтересу, труднощами в прийнятті рішень, вираженими порушеннями виконавчих функцій та вербальної продуктивності, румінаціями, помірними

порушеннями зорово-моторної координації, зниженням концентрації, переключення та стійкості уваги, значними порушеннями у сферах суспільно корисної діяльності, особистісної та соціальної взаємодії та самообслуговування.

Астено-анергетичний симптомокомплекс був пов'язаний з виснаженістю психічної діяльності, зниженим рівнем відстроченого відтворення, труднощами в прийнятті рішень, низькою ефективністю роботи, низьким рівнем працездатності, зниженням рівню короткострокової пам'яті, помірними порушеннями в сфері суспільно корисної діяльності і самообслуговуванні.

Меланхолійний симптомокомплекс корелював з самозвинуваченням, катастрофізацією, помірними порушеннями виконавчих функцій, зниженням рівню переключення уваги, низьким рівнем пра-

цездатності, середньою вибірковою уваги на негативні стимули, вираженими порушеннями виконавчих функцій та вербальної продуктивності.

Дисфоричний симптомокомплекс був асоційований зі звинуваченням інших, підвищеною чутливістю до критики, зниженням концентрації та стійкості уваги, середньою вибірковою уваги на негативні стимули та значними агресивними патернами поведінки.

Перспективи подальших досліджень. В результаті дослідження був визначений взаємозв'язок між клініко-психопатологічними особливостями депресивних проявів та особливостями когнітивних дисфункцій у пацієнтів з БАР, який слід враховувати при проведенні диференціальної діагностики та при створенні психокорекційних заходів, спрямованих на редукцію КП при ДР.

References

1. Osnovnye svedeniya o depressii: informatsionnyy byulleten VOZ [Key facts about depression: WHO fact sheet]. 2017. [Russian] Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/ru/>
2. Kozhevnikova IS, Gribanov AV, Pankov MN, Startseva LF, Tikhonova EV. Neyrofiziologicheskie korrelyaty depressivnykh rasstroystv (obzor literatury) [Neurophysiological correlates of depressive disorders (literature review)]. *Ekologiya cheloveka*. 2017; 12: 26-32. [Russian] doi: 10.33396/1728-0869-2017-12-26-32
3. Verbenko GN. Osobennosti kognitivnykh narusheniy u patsientov s bipolyarnym affektivnym rasstroystvom [Features of cognitive impairment in patients with bipolar disorder]. *Tavricheskiy zhurnal psikiatrii*. 2014; 1(66): 18-23. [Russian]
4. Shmukler AB. Kognitivnye narusheniya v strukture depressivnogo sindroma [Cognitive impairments in the structure of depressive syndrome]. *Sotsialnaya i klinicheskaya psikiatriya*. 2016; 26(1): 72-76. [Russian]
5. Sole B, Martinez-Aran A, Torrent C. Are bipolar II patients cognitive impairment? A systematic review. *Psychol Med*. 2011; 41(9): 1791-1803. doi: 10.1017/S0033291711000018
6. Pidkoritov VS, Syerikova OI, Skrinnik OV, Ukrainskiy SO, Serikova OS. Kognitivni funktsiyi pri zmishanomu epizodi bipolyarnoho afektivnoho rozladu [Cognitive functions in case of a small episode of bipolar affective breakdown]. *Psikiatriya, nevrolohiya ta medichna psikhologhiya*. 2019; 12: 8-16. [Ukrainian] doi: 10.26565/2312-5675-2019-12-01
7. Serna E, Vila M, Sanchez-Gistau V. Neuropsychological characteristics of child and adolescent offspring of patients with bipolar disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2016; 65: 54-9. doi: 10.1016/j.pnpbp.2015.08.014
8. Bora E, Pantelis C. Meta-analysis of Cognitive Impairment in First-Episode Bipolar Disorder: Comparison With First-Episode Schizophrenia and Healthy Controls. *Schizophrenia Bulletin*. 2015; 41(5): 1095-104. doi: 10.1093/schbul/sbu198
9. Shmukler AB. Kognitivnye narusheniya v strukture depressivnogo sindroma [Cognitive impairments in the structure of depressive syndrome]. *Sotsialnaya i klinicheskaya psikiatrii*. 2016; 26(1): 72-76. [Russian]
10. Samame C, Martino DJ, Strejilevich SA. Longitudinal course of cognitive deficits in bipolar disorder: a meta-analytic study. *Journal of Affective Disorders*. 2014; 164: 130-38. doi: 10.1016/j.jad.2014.04.028
11. Ershov BB, Tagiltseva AV, Petrov MV. Sovremennye issledovaniya kognitivnogo defitsita pri affektivnykh rasstroystvakh: neyropsikhologicheskiy podkhod (obzor literatury) [Modern research on cognitive deficits in affective disorders: a neuropsychological approach (literature review)]. *Vestnik Yuzhno-Uralskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psikhologiya*. 2015; 8(3): 65-76. [Russian]
12. Halvorsen M, Hoifodt RS, Myrbakk IN. Cognitive function in unipolar major depression: a comparison of currently depressed, previously depressed, and never depressed individuals. *J Clin Exp Neurops*. 2012; 34(70): 782-90. doi: 10.1080/13803395.2012.683853
13. Krasnov VN, Alfimova VM, Melnikova TS. Vzaimosvyazi kognitivnykh i emotsionalnykh narusheniy pri depressiyakh (obzor literatury) [The relationship between cognitive and emotional disorders in depression (literature review)]. *Doktor.Ru*. 2013; 5(83): 70-76. [Russian]
14. Antonyuk T. Novi pidkhodi do kuratsiyi bipolyarnogo rozladu [New approaches to the treatment of bipolar disorder]. Za materialami shchorichnoyi naukovo-praktichnoyi konferentsiyi z mizhnarodnoyu uchastyu «Ukrayinska

- psikhiatriya v sviti, shcho shvidko zminyuyetsya» (25–27 kvitnya 2018 r., Kiyiv, Ukrayina). *Hejponews*. 2018; 4-5(97): 24-26. [Ukrainian]
15. Maruta NO, Verbenko GM. Kognitivni porushennya u khvorikh na bipolyarniy afektivniy rozlad [Cognitive disorders in patients with bipolar disorder]. *Nevrologiya, Psikhiatriya, Psikhoterapiya*. 2017; 3 (42): 32-34. [Ukrainian]
16. Kolyagin VV. Bipolyarnoe affektivnoe rasstroystvo: posobie dlya vrachey [Bipolar Affective Disorder: A Guide for Physicians]. V 2 ch. Part 1. Irkutsk: RIOGBOU DPOIGMAPO; 2015. 56 c. [Russian]

УДК 616.895.4-052:616.89-008.47-008.46-06

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОГНИТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ И ВЕДУЩИХ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОВ ПРИ БИПОЛЯРНЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Марута Н. А., Ярославцев С. А.

Резюме. Целью исследования стало определение взаимосвязи между клинико-психопатологическими особенностями ведущих симптомокомплексов и особенностями когнитивных дисфункций у пациентов с биполярными аффективными расстройствами.

В исследовании приняло участие 141 пациентов с биполярными аффективными расстройствами. Изучение клинико-психопатологических особенностей депрессивных расстройств включало в себя анализ ведущих симптомокомплексов и клинических проявлений депрессии у пациентов с биполярными аффективными расстройствами. Изучение особенностей когнитивных дисфункций при депрессивных расстройствах включало в себя анализ выраженности когнитивных нарушений и особенностей познавательных процессов (умственной, мнестической, процесса внимания, восприятия), исполнительных функций и специфики социального функционирования у пациентов с биполярными аффективными расстройствами.

У большинства пациентов было зафиксировано преобладание астено-анергетического, апатико-динамического и меланхолического симптомокомплексов. В результате проведения корреляционного анализа было установлено, что астено-анергетический симптомокомплекс был связан с истощаемостью психической деятельности, пониженным уровнем отсроченного воспроизведения, трудностями в принятии решений, низкой эффективностью работы, низким уровнем работоспособности, снижением уровня краткосрочной памяти, умеренными нарушениями в сфере общественно полезной деятельности и самообслуживании.

Меланхолический симптомокомплекс коррелировал с самообвинением, катастрофизацией, умеренными нарушениями исполнительных функций, снижением уровня переключения внимания, низким уровнем работоспособности, средней избирательностью внимания на негативные стимулы, выраженными нарушениями исполнительных функций и вербальной продуктивности. Дисфорический симптомокомплекс был ассоциирован с обвинением других, повышенной чувствительностью к критике, снижением концентрации и устойчивости внимания, средней избирательностью внимания на негативные стимулы и значительными агрессивными паттернами поведения.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, депрессивные расстройства, клинико-психопатологические особенности, симптомокомплекс, биполярное аффективное расстройство.

UDC 616.895.4-052:616.89-008.47-008.46-06

Relationship of Cognitive Dysfunctions and Leading Symptomocomplexes in Bipolar Affective Disorders

Maruta N. O., Iaroslavtsev S. O.

Abstract. The purpose of the study was to determine the relationship between clinical and psychopathological features of the leading symptom complexes and features of cognitive dysfunction in patients with bipolar affective disorder.

Material and methods. The study involved 141 patients with bipolar affective disorder. The study of clinical and psychopathological features of depressive disorders included the analysis of the leading symptom complexes and clinical manifestations of depression in patients with bipolar affective disorder. The study of the features of cognitive dysfunctions in depressive disorders included an analysis of the severity of cognitive disorders and features of cognitive processes (mental, mnesic, attention, perception), executive functions and the specifics of social functioning in patients with bipolar affective disorder.

Results and discussion. The study result showed that majority of patients had a predominance of asthenic-energetic, apathetic-adyamic and melancholic symptom complexes. According to the results of the research, a correlation analysis was performed, which allowed to determine the combination of clinical and psychopathological symptoms with the peculiarities of the cognitive functioning of patients with bipolar

affective disorder. As a result of correlation analysis it was found that the apathic-adyamic symptom complex was associated with low work efficiency, decreased interest, difficulties in decision-making, severe impairment of executive functions and verbal productivity, rumination, moderate impairment of visual-motor coordination, decreased concentration, switching and attention stability, significant impairments in the areas of socially useful activities, personal and social interaction and self-service. The astheno-energetic symptom complex was associated with exhaustion of mental activity, a decreased level of delayed reproduction, difficulties in decision-making, low work efficiency, a low level of performance, a decrease in the level of short-term memory, moderate impairments in socially useful activities and self-care.

Conclusion. The melancholic symptom complex correlated with self-accusation, catastrophization, moderate impairment of executive functions, a decrease in the level of attention switching, a low level of efficiency, an average selectivity of attention to negative stimuli, pronounced impairments of executive functions and verbal productivity. Dysphoric symptom complex was associated with blaming others, increased sensitivity to criticism, decreased concentration and stability of attention, average selectivity of attention to negative stimuli, and significant aggressive patterns of behavior.

Keywords: cognitive impairment, depressive disorders, clinical and psychopathological features, symptom complex, bipolar affective disorder.

The authors of this study confirm that the research and publication of the results were not associated with any conflicts regarding commercial or financial relations, relations with organizations and/or individuals who may have been related to the study, and interrelations of coauthors of the article.

Стаття надійшла 08.10.2020 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування