

*С. О. Ярославцев*

**ПОРУШЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ПАЦІЄНТІВ З КОГНІТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ**

*С. А. Ярославцев*

**Нарушения эмоциональной сферы у пациентов с когнитивными нарушениями при депрессивных расстройствах**

*S. A. Yaroslavtsev*

**Emotional sphere disorders in patients with cognitive impairments in depressive disorders**

Обстежено 362 пацієнти з когнітивними порушеннями при депресивних розладах: 123 пацієнти з рекуррентними депресивними розладами (РДР), 141 пацієнт з біполярними афективними розладами (БАР) та 98 осіб з пролонгованою депресивною реакцією (ПДР). Використовували комплекс методів дослідження: клініко-психопатологічний та статистичний. В результаті проведеного дослідження визначені клініко-психопатологічні особливості афективних порушень при різних типах депресивних розладів: при РДР переважали апатія, емоційна лабільність, гіпотимія, тривога, відчуття незадоволення, зневіри і ангедонія. При БАР відзначалися знижений настрій, апатія, емоційна холодність, гіпотимія, амбівалентність емоцій, дисфорія, незадоволення, відчуття туги та досади. При ПДР переважали відчуття відчаю, тривоги, незадоволення, гіпотимія, побоювання, смуток, відчуття жаху, страху, злості, неприязні та сорому, емоційна лабільність та сенситивність.

**Ключові слова:** пацієнти з когнітивними порушеннями, депресивні розлади, клініко-психопатологічні особливості, афективні прояви, рекуррентний депресивний розлад, біполярний депресивний розлад, пролонгована депресивна реакція

Обследовано 362 пациента с когнитивными нарушениями при депрессивных расстройствах: 123 пациента с рекуррентными депрессивными расстройствами (РДР), 141 пациент с биполярными аффективными расстройствами (БАР) и 98 пациентов с пролонгированной депрессивной реакцией (ПДР). Использовали комплекс методов исследования: клинико-психопатологический и статистический. В результате проведенного исследования определены клинико-психопатологические особенности аффективных нарушений при различных типах депрессивных расстройств: при РДР преобладали апатия, эмоциональная лабильность, гипотимия, тревога, чувство неудовлетворенности, разочарования и ангедонии. При БАР отмечалось пониженное настроение, апатия, эмоциональная холодность, гипотимия, амбивалентность эмоций, дисфория, неудовлетворенность, чувство тоски и досады. При ПДР преобладали ощущения отчаяния, тревоги, неудовлетворенности, гипотимия, опасения, грусть, чувство ужаса, страха, злости, неприязни и стыда, эмоциональная лабильность и сенситивность.

**Ключевые слова:** пациенты с когнитивными нарушениями, депрессивные расстройства, клинико-психопатологические особенности, аффективные проявления, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное депрессивное расстройство, пролонгированная депрессивная реакция

362 patients with cognitive impairment in depressive disorders were examined: 123 patients with recurrent depressive disorder (RDD), 141 patients with bipolar affective disorder (BAD) and 98 patients with prolonged depressive reaction (PDR). A set of research methods was used: clinical-psychopathological and statistical. As a result of the study, the clinical and psychopathological features of affective disorders in different types of depressive disorders were identified: a predominance of apathy, emotional lability, hypothy-mia, anxiety, feelings of dissatisfaction, despair and anhedonia were identified in patients with RDD; a low mood, apathy, emotional coldness, hypothy-mia, ambivalence of emotions, dysphoria, dissatisfaction, feelings of sadness and annoyance were identified in patients with BAD; a feelings of despair, anxiety, dissatisfaction, hypothy-mia, fear, sadness, feelings of horror and fear, emotional lability, feelings of anger, hostility and shame and sensitivity were dominated in patients with PDR.

**Key words:** patients with cognitive impairments, depressive disorders, clinical and psychopathological features, affective manifestations, recurrent depressive disorder, bipolar depressive disorder, prolonged depressive reaction

Проблема депресивних розладів (ДР) займає протягом останніх десятиліть велике місце в роботах багатьох зарубіжних і вітчизняних клініцистів [1—3]. Подібний інтерес зумовлений зростанням частки хворих з афективною патологією, що спостерігалися в психіатричних закладах, і появою великої кількості прихованих, стертих, атипичних форм, а також видозміною «класичних» депресивних картин, появою раніше не описаних депресій [1, 4]. За даними ВООЗ, в Україні за останні 10 років захворюваність на ДР зросла на 6,13 %, а поширеність — на 13,16 % [2].

Зростання кількості афективних, зокрема депресивних станів, пов'язано з деякими чинниками: збільшенням частки афективних розладів у структурі психічної патології, патоморфозом психічних захворювань, що зазвичай супроводжується розвитком афективних розладів. Важливу роль для виявлення депресій відіграє більш чітка діагностика афективних порушень [3, 5, 6].

Сьогодні є велика кількість класифікацій, побудованих на різних принципах, які мають неоднозначне теоретичне і практичне значення [4, 7—9].

Однією з найбільш традиційних є класифікація Р. Kielholz, в основу якої покладений нозологічний принцип: він розрізняє органічні, симптоматичні, шизофренічні, циклічні, невротичні і реактивні депресії, однак, автор обминає мовчанкою синдромологічний стан, характерний і найтипівіший для окремих нозологічних форм [7].

Поширена останнім часом у Франції класифікація депресій П. Пишо поділяє їх на первинні, до яких належать ендоморфна і екзоморфна депресії, і вторинні, виникнення яких пов'язане з соматогенними факторами, алкоголізмом і шизофренією [8].

У класифікаціях депресій, поширених в нашій країні, прийнято розрізняти прості і складні депресії, однак, при цьому структура депресії нерідко містить різноманітні види порушень, що включаються авторами цих класифікацій в різні типи станів [10—12].

Труднощі визначення та класифікації депресій пов'язані з оцінкою глибини депресії, ступенем вираженості її окремих компонентів, наявністю радикалів різних видів депресії і лише відносним переважанням одного з них в стані хворих, а також нерівномірністю вираженості різних проявів депресії.

Неоднозначність класифікацій, недостатність діагностичних критеріїв ДР роблять актуальним дослідження клініко-психопатологічних особливостей афективних порушень у пацієнтів з когнітивними порушеннями (КП) при різних типах ДР, що дасть змогу вдосконалити критерії діагностики і сприятиме підвищенню ефективності лікування різних типів ДР.

Мета дослідження — визначити особливості афективних проявів у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах.

У дослідженні взяли участь 362 пацієнти з КП при ДР: 123 пацієнти з рекурентними депресивними розладами (РДР), 141 пацієнт з біполярними афективними розладами (БАР) та 98 пацієнтів з пролонгованою депресивною реакцією (ПДР).

У дослідженні був застосований комплексний підхід, що полягав у використанні клініко-психопатологічного та статистичного методів дослідження. Статистичну обробку даних застосовували для визначення середніх величин кількісних параметрів, їхніх стандартних помилок (у форматі  $\% \pm m \%$ ), достовірності відмінностей (критерії Стьюдента, точний метод Фішера [t], Колмогорова — Смірнова [ $\lambda$ ]). Статистичне оброблення результатів проводили за допомогою Excel-2010 та Statistica 6.1.

Серед обстежених пацієнтів з КП при РДР було 57 чоловіків ( $46,34 \pm 2,78$ ) % і 66 жінок ( $53,66 \pm 2,99$ ) %, серед пацієнтів з БАР було 76 чоловіків ( $53,90 \pm 2,61$ ) % та 65 жінок ( $46,10 \pm 2,42$ ) %, а серед пацієнтів з ПДР було 43 чоловіки ( $43,88 \pm 3,39$ ) % та 55 жінок ( $56,12 \pm 3,83$ ) %, що загалом відповідає типовому розподілу за статтю при ДР. Тобто, серед обстежених переважали особи жіночої статі ( $51,38$  %, ДК = 0,66, MI = 0,02,  $p = 0,046$ ), лише в групі пацієнтів з БАР було більше чоловіків ( $53,90$  %, ДК = 0,66, MI = 0,02,  $p = 0,046$ ).

Здебільшого пацієнти з КП при ДР характеризувалися віком 30—44 роки (38,12 %). Осіб молодого віку (18—29 років) було більше серед пацієнтів з ПДР (21,43 %, ДК = 8,19, MI = 0,74,  $p = 0,0001$ ) та серед хворих з БАР (31,21 %, ДК = 9,82, MI = 1,37,  $p = 0,0001$ ), а осіб середнього віку (45—59 років) та осіб похилого віку (60—65 років) — серед пацієнтів з РДР (37,40 %, ДК = 1,54, MI = 0,09,  $p = 0,016$  та 17,07 %, ДК = 4,78, MI = 0,27,  $p = 0,002$ ).

В дослідженні аналізували афективні особливості депресивних проявів у пацієнтів з КП. Було визначено, що афективні порушення емоційної сфери виявлялись порушеннями вираженості емоцій, порушеннями стійкості емоцій та порушеннями настрою (таблиця).

**Особливості емоційних порушень у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах**

Найменування емоційних порушень	Рекурентні депресивні розлади (n = 123)		Біполярні афективні розлади (n = 141)		Пролонгована депресивна реакція (n = 98)	
	абс.	% ± m %	абс.	% ± m %	абс.	% ± m %
<b>Порушення вираженості емоцій</b>						
Сенситивність	45	36,59 ± 2,39	52	36,88 ± 2,09	48	48,98 ± 3,61
Емоційна холодність	21	17,07 ± 1,27	65	46,10 ± 2,42	22	22,45 ± 2,04
Емоційна тупість	28	22,76 ± 1,64	24	17,02 ± 1,11	23	23,47 ± 2,12
Апатія	67	54,47 ± 3,01	79	56,03 ± 2,65	58	59,18 ± 3,90
<b>Порушення адекватності емоцій</b>						
Емоційна амбівалентність	19	15,45 ± 1,16	56	39,72 ± 2,20	28	28,57 ± 2,49
Емоційна неадекватність	7	5,69 ± 0,45	31	21,99 ± 1,39	16	16,33 ± 1,54
<b>Порушення стійкості емоцій</b>						
Емоційна лабільність	64	52,03 ± 2,95	48	34,04 ± 1,97	74	75,51 ± 3,85
Експлозивність	8	6,50 ± 0,52	34	24,11 ± 0,25	18	18,37 ± 1,71
Легкодушність	36	29,27 ± 2,02	27	19,15 ± 1,23	34	34,69 ± 2,89
<b>Порушення настрою</b>						
Гіпотимія	103	83,74 ± 2,77	127	90,07 ± 2,03	83	84,69 ± 3,42
Дисфорія	12	9,76 ± 0,76	23	16,31 ± 1,07	13	13,27 ± 1,27
Тривога	65	52,85 ± 2,97	35	24,82 ± 2,42	79	80,61 ± 3,66
Страх	28	22,76 ± 1,64	26	18,44 ± 1,19	56	57,14 ± 3,86

Порушення вираженості емоцій виявлялись в тому, що 54,47 % пацієнтів з РДР відчували апатію, у 36,59 % пацієнтів була зафіксована сенситивність, у 17,07 % хворих з РДР була встановлена емоційна холодність та 22,76 % пацієнтів відчували байдужість. У пацієнтів з БАР здебільшого визначалась апатія ( $56,03 \pm 2,65$ ) %, у чималой кількості хворих виявлялись емоційна холодність ( $46,10 \pm 2,42$ ) % та сенситивність ( $36,88 \pm 2,09$ ) %. У 59,18 % пацієнтів з ПДР була визначена апатія, у 48,98 % — сенситивність.

Порушення стійкості емоцій у пацієнтів з РДР виявлялось в емоційній лабільності ( $52,03 \pm 2,95$ ) %, а також легкодушності ( $29,27 \pm 2,02$ ) %. У 34,04 % пацієнтів з БАР порушення стійкості емоцій виявлялись в емоційній лабільності. У більшій частини пацієнтів з ПДР також була виражена емоційна лабільність ( $75,51 \pm 3,85$ ) % та у 34,69 % виявлялась в легкому коливанні настрою.

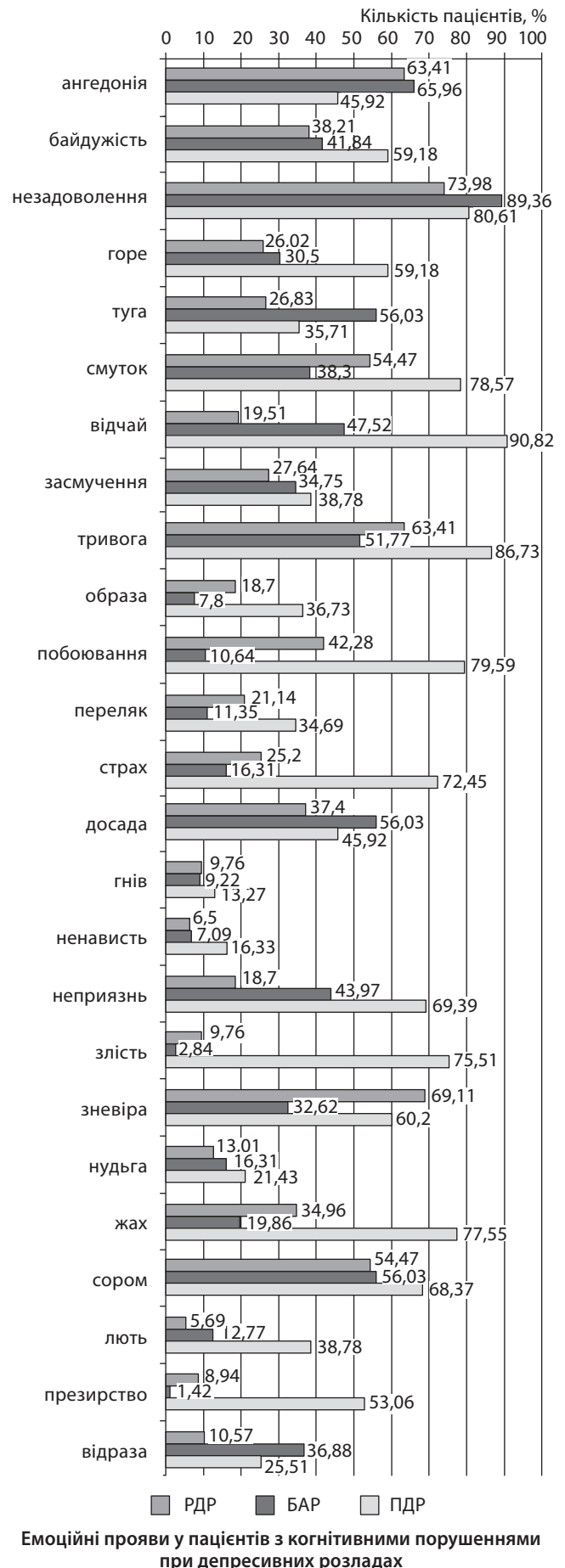
Також були визначені порушення настрою: у більшій частини пацієнтів з РДР визначено гіпотимію

(83,74 ± 2,77) %, яка виявлялась в зниженому настрої, відчутті безвиході і безпорадності. У чималой кількості пацієнтів з РДР виявлялись тривога (52,85 ± 2,97) % та відчуття страху (22,76 ± 1,64) %. Знижений настрій, зневіра, яка супроводжувалась відчуттям пасивності і фізичного неблагополуччя, спостерігались у пацієнтів з БАР (90,07 ± 2,03) %, а також їм було характерно відчуття тривоги (24,82 ± 2,42) %. У пацієнтів з ПДР провідними емоційними порушеннями виявилися гіпотимія (84,69 ± 3,42) %, тривога (80,61 ± 3,66) % та страхи (57,14 ± 3,86) %.

Статистичний аналіз отриманих результатів дав змогу визначити, що серед пацієнтів з ПДР було більше осіб з сенситивністю (48,98 %) та страхом (57,14 %) порівняно з хворими на РДР (36,59 %, ДК = 1,27, MI = 0,08,  $p < 0,0198$  та 22,76 %, ДК = 4,00, MI = 0,69,  $p < 0,0001$  відповідно) та БАР (36,88 %, ДК = 1,23, MI = 0,07,  $p < 0,0188$  та 18,44 %, ДК = 4,91, MI = 0,95,  $p < 0,0001$  відповідно). Також серед пацієнтів з ПДР було більше пацієнтів з емоційною лабільністю (75,51 %) та тривогою (80,61 %), ніж серед пацієнтів з РДР (52,03 %, ДК = 1,62, MI = 0,19,  $p < 0,001$  та 52,85 %, ДК = 1,83, MI = 0,25,  $p < 0,0001$  відповідно) та БАР (34,04 %, ДК = 3,46, MI = 0,72,  $p < 0,0001$  та 24,82 %, ДК = 5,12, MI = 1,43,  $p < 0,0001$  відповідно). Також було встановлено, що емоційна лабільність була виражена більше у пацієнтів з РДР (52,03 %), ніж у хворих на БАР (34,04 %, ДК = 1,84, MI = 0,17,  $p < 0,0012$ ).

Пацієнти з БАР відрізнялись від хворих з РДР та ПДР тим, що в цієї групі було більше пацієнтів, які відчували емоційну холодність (46,10 %) та амбівалентність емоцій (39,72 %), а також меншу легкодухість (19,15 %) порівняно з пацієнтами з РДР (17,07 %, ДК = 4,31, MI = 0,63,  $p < 0,0001$ ; 15,45 %, ДК = 4,10, MI = 0,50,  $p < 0,0001$  та 29,27 %, ДК = 1,84, MI = 0,09,  $p < 0,0183$  відповідно) та ПДР (22,45 %, ДК = 3,12, MI = 0,37,  $p < 0,0001$ ; 28,57 %, ДК = 1,43, MI = 0,08,  $p < 0,0229$  та 34,69 %, ДК = 2,58, MI = 0,20,  $p < 0,003$  відповідно). Треба зазначити, що пацієнтів з емоційної амбівалентністю було більше серед хворих з ПДР (28,57 %), ніж серед хворих на РДР (15,45 %, ДК = 2,67, MI = 0,18,  $p < 0,0082$ ). Серед пацієнтів з РДР було менше осіб з емоційною неадекватністю (5,69 %) та експлозивністю (6,50 %), ніж серед хворих на БАР (21,99 %, ДК = 5,87, MI = 0,48,  $p < 0,0001$  та 24,11 %, ДК = 5,69, MI = 0,50,  $p < 0,0001$  відповідно) та з ПДР (16,33 %, ДК = 4,58, MI = 0,24,  $p < 0,006$  та 18,37 %, ДК = 4,51, MI = 0,27,  $p < 0,004$  відповідно). Пацієнтів з гіпотимією та дисфорією було більше серед хворих на БАР (90,07 % та 16,31 % відповідно), ніж серед пацієнтів з РДР (83,74 %, ДК = 0,32, MI = 0,01,  $p < 0,0459$  та 9,76 %, ДК = 2,23, MI = 0,07,  $p < 0,0432$  відповідно).

Для більш детального розуміння особливостей афективних порушень у пацієнтів з КП при ДР був проведений аналіз емоційних проявів (рисунок), з якого видно, що пацієнти з РДР характеризувались вираженістю незадоволення (73,98 ± 3,09) %, відчуттям зневіри (69,11 ± 3,15) %, тривоги (63,41 ± 3,14) %, ангедонії (63,41 ± 3,14) %, смутку (54,47 ± 3,01) %, побоювання (42,28 ± 2,63) % і байдужості (38,21 ± 2,46) %. У пацієнтів з БАР серед емоційних проявів депресивного розладу переважали незадоволення (89,36 ± 2,08) %, ангедонія (65,96 ± 2,75) %, відчуття туги (56,03 ± 2,65) %, досади (56,03 ± 2,65) % та сорому (56,03 ± 2,65) %, а також була виражена тривога (51,77 ± 2,57) %, відчай (47,52 ± 2,46) %, неприязнь (43,97 ± 2,35) % та байдужість (41,84 ± 2,28) %.





У хворих з ПДР емоційні прояви депресивного розладу були представлені, насамперед, відчуттям відчаю (90,82 ± 2,84) %, тривоги (86,73 ± 3,26) %, незадоволенням (80,61 ± 3,66) %, побоюваннями (79,59 ± 3,71) %, смутком (78,57 ± 3,75) %, відчуттям жаху і страху (77,55 ± 3,79 % та 72,45 ± 3,92 % відповідно), наявністю злості (75,51 ± 3,85) %, неприязні (69,39 ± 3,96) % та сорому (68,37 ± 3,96) %.

Статистичний аналіз результатів дав змогу встановити, що при ПДР емоційні реакції були більш вираженими та полягали в переважанні в афективному спектрі емоційних проявів, як-от байдужість, горе, смуток, відчай, тривога, побоювання, відчуття жаху та страху, неприязнь, злість та сором, тоді як у пацієнтів з РДР (38,21 %, ДК = 1,90, MI = 0,20,  $p < 0,003$ ; 26,02 %, ДК = 3,57, MI = 0,59,  $p < 0,0001$ ; 54,47 %, ДК = 1,59, MI = 0,19,  $p < 0,0001$ ; 19,51 %, ДК = 6,68, MI = 2,38,  $p < 0,0001$ ; 63,41 %, ДК = 1,36, MI = 0,16,  $p < 0,0001$ ; 42,28 %, ДК = 2,75, MI = 0,51,  $p < 0,0001$ ; 34,96 %, ДК = 3,46, MI = 0,74,  $p < 0,0001$  та 25,20 %, ДК = 4,59, MI = 1,08,  $p < 0,0001$ ; 18,70 %, ДК = 5,69, MI = 1,44,  $p < 0,0001$ ; 9,76 %, ДК = 8,89, MI = 2,92,  $p < 0,0001$  та 54,47 %, ДК = 0,99, MI = 0,07,  $p < 0,012$  відповідно) та БАР (41,84 %, ДК = 1,51, MI = 0,13,  $p < 0,003$ ; 30,50 %, ДК = 2,88, MI = 0,41,  $p < 0,0001$ ; 38,30 %, ДК = 3,12, MI = 0,63,  $p < 0,0001$ ; 47,52 %, ДК = 2,81, MI = 0,61,  $p < 0,0001$ ; 51,77 %, ДК = 2,24, MI = 0,39,  $p < 0,0001$ ; 10,64 %, ДК = 8,74, MI = 3,01,  $p < 0,0001$ ; 19,86 %, ДК = 5,92, MI = 1,71,  $p < 0,0001$  та 16,31 %, ДК = 6,48, MI = 1,82,  $p < 0,0001$ ; 43,97 %, ДК = 1,98, MI = 0,25,  $p < 0,0001$ ; 2,84 %, ДК = 14,25, MI = 5,18,  $p < 0,0001$  та 56,03 %, ДК = 0,86, MI = 0,05,  $p < 0,016$  відповідно) ці емоційні прояви були виражені набагато менше. Пацієнти з РДР відрізнялись більшою вираженістю зневіри порівняно з хворими на БАР та з ПДР (32,62 %, ДК = 3,26, MI = 0,59,  $p < 0,0001$  та 60,20 %, ДК = 0,60, MI = 0,03,  $p < 0,044$  відповідно), а хворі на БАР відрізнялись більшою вираженістю незадоволення, туги та досади порівняно з пацієнтами з РДР (73,98 %, ДК = 0,82, MI = 0,06,  $p < 0,0007$ ; 26,83 %, ДК = 3,20, MI = 0,47,  $p < 0,0001$  та 37,40 %, ДК = 1,70, MI = 0,16,  $p < 0,001$  відповідно) та з ПДР (80,61 %, ДК = 0,45, MI = 0,02,  $p < 0,025$ ; 35,71 %, ДК = 1,96, MI = 0,20,  $p < 0,001$  та 45,92 %, ДК = 0,86, MI = 0,04,  $p < 0,032$  відповідно).

В результаті проведеного дослідження були визначені клініко-психопатологічні особливості афективних порушень при різних типах ДР:

— при РДР відзначалось переважання апатії (54,47 %), емоційної лабільності (52,03 %,  $p < 0,05$ ), гіпотимії (83,74 %), тривоги (63,41 %,  $p < 0,05$ ), відчуття незадоволення (73,98 %), зневіри (69,11 %,  $p < 0,05$ ) і ангедонії (63,41 %);

— при БАР відзначався знижений настрій (90,07 %), апатія (56,03 %), емоційна холодність (46,10 %,  $p < 0,05$ ), гіпотимія (90,07 %,  $p < 0,05$ ), амбівалентність емоцій (39,72 %,  $p < 0,05$ ), дисфорія (16,31 %,  $p < 0,05$ ), незадоволення (89,36 %,  $p < 0,05$ ), відчуття туги та досади (56,03 %,  $p < 0,05$ );

— при ПДР переважали відчуття відчаю (90,82 %,  $p < 0,05$ ), тривоги (86,73 %,  $p < 0,05$ ), незадоволення (80,61 %), гіпотимія (84,69 %), побоювання (79,59 %,  $p < 0,05$ ), смуток (78,57 %,  $p < 0,05$ ), відчуття жаху і страху (77,55 % та 72,45 % відповідно,  $p < 0,05$ ), емоційна лабільність (75,51 %,  $p < 0,05$ ), відчуття злості, неприязні

та сорому (75,51 %, 69,39 %, 68,37 % відповідно,  $p < 0,05$ ) та сенситивність (48,98 %,  $p < 0,05$ ).

Отже, в результаті дослідження були визначені клініко-психопатологічні особливості афективних проявів у пацієнтів з когнітивними порушеннями при різних типах депресивних розладів, які можуть виступати як діагностичні критерії під час проведення диференціальної діагностики когнітивних порушень при депресивних розладах.

### Список літератури

1. Mathews A., MacLeod C. Cognitive vulnerability to emotional disorders // Annual Review of Clinical Psychology. 2005; 1: 167—195. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143916.
2. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013—2020 гг. Женева : ВОЗ, 2013. URL: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R8-ru.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-ru.pdf?ua=1).
3. Краснов В. Н. Расстройства аффективного спектра. М. : Изд-во Практическая медицина, 2011. 432 с.
4. Derakshan N., Eysenck M.W. Introduction to the special issue: Emotional states, attention, and working memory // Cognition & Emotion. 2010. Vol. 24, No. 2. P. 189—199. DOI: <https://doi.org/10.1080/02699930903412120>.
5. Марута Н. А., Явдак И. А., Чередынкова Е. С., Марута О. С. Нейротрофическая терапия депрессий: возможности и перспективы // Международный неврологический журнал. 2014. № 4 (66). С. 70—79. <http://www.mif-ua.com/archive/article/38955>.
6. Abnormal brain anatomical topological organization of the cognitive-emotional and the frontoparietal circuitry in major depressive disorder / J. Qin, M. Wei, H. Liu [et al.] // Magn. Reson. Med. 2014. Vol. 72, Issue 5. P. 1397—1407. DOI: <https://doi.org/10.1002/mrm.25036>.
7. Беккер Р. А., Быков Ю. В., Морозов П. В. Польша Кильхольц и его вклад в мировую психиатрию // Выдающиеся психиатры XX века: М. : Издательский Дом «Городец», 2019. С. 97—113.
8. Ковалев Ю. В. Взгляд клинициста на феномен тревоги // Медицинская психология в России. 2009. № 1. URL: [http://mprj.ru/archiv\\_global/2009-1-1/nomer/nomer05.php](http://mprj.ru/archiv_global/2009-1-1/nomer/nomer05.php).
9. Research Domain Criteria (RDoC): Domain: Cognitive Systems / National Institute of Mental Health. 2019. URL: <https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc/constructs/cognitive-systems.shtml>.
10. Гимоян Л. Г., Силванян Г. Г. Нарушение когнитивных функций: актуальность проблемы, факторы риска, возможности профилактики и лечения // Архивъ внутренней медицины. 2013. № 2 (10). С. 35—40. URL: <https://www.medarhive.ru/jour/article/view/352/353>.
11. Захаров В. В., Вахнина Н. В. Когнитивные и эмоционально-поведенческие нарушения у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией // Consilium medicum. 2015. Т. 15, № 2. С. 10—5. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=19671245>.
12. Алфимова М. В., Лапин И. А., Аксенова Е. В., Мельникова Т. С. Влияние тревоги на когнитивные процессы при депрессивном синдроме // Социальная и клиническая психиатрия, 2017. Т. 27, № 1. С. 5—12.

Надійшла до редакції 28.10.2020

**ЯРОСЛАВЦЕВ Сергій Олександрович**, кандидат медичних наук, лікар-психіатр Комунального некомерційного підприємства «Херсонський обласний заклад з надання психіатричної допомоги» Херсонської обласної ради, Херсонська область, с. Степанівка, Україна; <https://orcid.org/0000-0001-6673-2157>; e-mail: [kalenskaya\\_galina@ukr.net](mailto:kalenskaya_galina@ukr.net)

**YAROSLAVTSEV Serhii**, MD, PhD, Physician-psychiatrist of the Communal nonprofit Enterprise "Kherson regional institution for the provision of psychiatric care" of Kherson regional council, Kherson region, Stepanivka, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0001-6673-2157>; e-mail: [kalenskaya\\_galina@ukr.net](mailto:kalenskaya_galina@ukr.net)