

С. О. Ярославцев

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСУ СПРИЙНЯТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З КОГНІТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ

С. А. Ярославцев

Особенности процесса восприятия у пациентов с когнитивными нарушениями при депрессивных расстройствах

S. O. Yaroslavtsev

Peculiarities of the perception process in patients with cognitive impairments in depressive disorders

Було обстежено 362 пацієнти з когнітивними порушеннями при депресивних розладах: 123 пацієнти з рекурентними депресивними розладами (РДР), 141 пацієнт з біполярними афективними розладами (БАР) та 98 осіб з пролонгованою депресивною реакцією (ПДР). Використовували комплекс методів дослідження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний (тест Мюнстерберга) та статистичний. Встановлені особливості процесу сприйняття при різних типах депресивних розладів: при РДР переважали середня, підвищена та низька вибірковість уваги на нейтральні стимули (30,89 %, 21,95 % та 21,95 % відповідно), висока вибірковість уваги на негативні стимули (33,33 %) та знижена й низька вибірковість уваги на позитивні стимули (54,47 % та 20,33 % відповідно); при БАР зафіксовано переважання 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); при ПДР встановлено переважання середньої та зниженої вибірковості уваги на нейтральні стимули (42,86 % та 34,69 % відповідно), підвищеної та зниженої вибірковості уваги на негативні стимули (29,59 % та 16,33 % відповідно), підвищеної вибірковості уваги на позитивні стимули (43,88 %).

Ключові слова: пацієнти з когнітивними порушеннями, депресивні розлади, процес сприйняття, рекурентний депресивний розлад, біполярний депресивний розлад, пролонгована депресивна реакція

Было 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, психодиагностический (тест Мюнстерберга) и статистический. Установлены особенности процесса восприятия при различных типах депрессивных расстройств: при РДР отмечалось преобладание средней, повышенной и пониженной избирательности внимания на нейтральные стимулы (30,89 %, 21,95 % и 21,95 % соответственно), высокой избирательности внимания на негативные стимулы (33,33 %) и пониженной и низкой избирательности внимания на положительные стимулы (54,47 % и 20,33 % соответственно); при БАР зафиксировано преобладание средней и сниженной избирательности внимания на нейтральные стимулы (45,39 % и 36,17 % соответственно), средней избирательности внимания на негативные и позитивные стимулы (38,30 % и 38,30 % соответственно); при ПДР установлено преобладание средней и сниженной избирательности внимания на нейтральные стимулы (42,86 % и 34,69 % соответственно), повышенной и пониженной избирательности внимания на негативные стимулы (29,59 % и 16,33 % соответственно), повышенной избирательности внимания на положительные стимулы (43,88 %).

Ключевые слова: пациенты с когнитивными нарушениями, депрессивные расстройства, процесс восприятия, 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, psychodiagnostic (Munsterberg test) and statistical. The features of the perception process were established for various types of depressive disorders: in patients with RDD, there was a predominance of average, increased and decreased selectivity of attention to neutral stimulus (30.89 %, 21.95 % and 21.95 %, respectively), high selectivity of attention to negative stimulus (33.33 %) and decreased and low selectivity of attention to positive stimulus (54.47 % and 20.33 %, respectively); in patients with BAD, a predominance of average and reduced selectivity of attention to neutral stimulus (45.39 % and 36.17 %, respectively) and average selectivity of attention to negative and positive stimulus (38.30 % and 38.30 %, respectively) were recorded; in patients with PDR, the prevalence of average and reduced selectivity of attention to neutral stimulus (42.86 % and 34.69 %, respectively), increased and decreased selectivity of attention to negative stimulus (29.59 % and 16.33 %, respectively), increased selectivity of attention to positive stimulus (43.88 %).

Key words: patients with cognitive impairment, depressive disorders, perception process, recurrent depressive disorder, bipolar depressive disorder, prolonged depressive reaction

За останніх років істотно підвищився інтерес до ролі когнітивних порушень при депресивних розладах [1, 2]. Це зумовлено тим, що нейромедіаторна концепція депресії, що панувала тривалий час, в терапевтичному плані майже себе вичерпала [3]. Унаслідок дослідники звернулися до пошуку нових теоретичних підходів, які прийшли б на зміну колишнім моделям лікування депресивних розладів [2—4].

Когнітивні порушення при різних формах патології є неоднорідною групою порушень, функція та структура яких є предметом тривалої дискусії [1—3, 5].

Багато науковців ототожнюють їх з порушенням уваги, пам'яті і мислення, а методологію когнітивного підходу — з нейропсихологічними і психофізіологічними тестами [6, 7]. Проте когнітивний напрямок потребує ширшого ракурсу для оцінювання психічних розладів, які якісно відрізняються від проявів нормального психічного життя [8]. По суті когнітивний підхід проєктує різні психопатологічні синдроми та симптоми в єдину площину аналізу — площину інформаційних систем [2, 3, 9]. Зокрема, відповідно до когнітивного підходу, депресія — це стан, при якому відбуваються специфічні порушення аналізу і синтезу інформації. Інформація не тільки селективно відбирається,

а й обробляється односторонньо і неповно [10, 11]. Ці порушення описуються в термінах помилок судження (наприклад, дихотомічне мислення або надгенералізація), «автоматичних» думок, базисних переконань і когнітивних схем тощо [11, 12]. Крім того, при депресії виявляється так зване «депресивне зрушення», яке міцно переплітається зі сферою уваги, сприйняття, мислення, пам'яті та прогнозування [2, 5, 9, 11, 13]. В основі зазначених проявів депресії лежать порушення механізмів оцінювання інформації, які призводять до того, що у хворих починають переважати негативні, песимістичні і гальмівні установки та відбувається порушення процесів сприйняття. Однак в сучасній науці відсутні систематизовані уявлення про специфіку порушень процесу сприйняття при різних типах депресивних розладів, що робить актуальним дослідження в цьому напрямку.

Мета дослідження — визначити особливості процесу сприйняття у пацієнтів з депресіями різного генезу.

Проведене суцільне обстеження 362 пацієнтів з депресивними розладами. Критеріями включення пацієнтів в групу дослідження були такі: усвідомлення та підписання форми інформованої згоди на участь у дослідженні; наявність поточного депресивного епізоду в межах психіатричних діагнозів за діагностичними критеріями МКХ-10: депресивний епізод (F32.1, F32.2), рекурентний депресивний розлад (F33.1, F33.2), біполярний афективний розлад (F31.3, F31.4) та розлади пристосувальних реакцій (F43.20, F43.21) помірного та тяжкого ступеня вираженості; наявність когнітивних порушень, визначених під час бесіди з пацієнтом; вік від 18 до 65 років; відсутність декомпенсованої важкої соматичної патології. Критеріями виключення були депресивний стан в межах інших нозологій (депресії при шизофренії, органічні і соматогенні депресії); небажання або нездатність пацієнта підписати інформовану згоду на участь в дослідженні; вагітність, годування грудьми. Усі обстежені були поділені на три групи порівняння за механізмом розвитку депресивних розладів, що встановлювали під час клінічного інтерв'ю та динамічного спостереження. Порівняльний аналіз проводили між 123 пацієнтами з рекурентними депресивними розладами (РДР), 141 пацієнтом з біполярними афективними розладами (БАВ) і 98 пацієнтами з пролонгованою депресивною реакцією (ПДР).

У дослідженні був використаний комплексний підхід, що полягав у використанні клініко-психопатологічного, психодіагностичного (тест Мюнстерберга) та статистичного методів дослідження [14]. Статистичну обробку даних застосовували для визначення середніх величин кількісних параметрів, їхніх стандартних помилок (у форматі $\% \pm m$), достовірності відмінностей (критерії Стьюдента — Фішера [t], Колмогорова — Смірнова [λ]). Статистичну обробку результатів проводили за допомогою Excel-2010 та Statistica 6.1.

Серед обстежених пацієнтів з РДР було 57 чоловіків ($46,34 \pm 2,78$) % і 66 жінок ($53,66 \pm 2,99$) %, серед пацієнтів з БАВ 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 депресивних розладах. Тобто, серед обстежених

переважали особи жіночої статі (51,96 %, ДК = 0,66, MI = 0,02, $p = 0,046$), лише в групі пацієнтів з БАВ було більше чоловіків (53,90 %, ДК = 0,66, MI = 0,02, $p = 0,046$).

Переважаюча кількість пацієнтів з депресивними розладами характеризувалась 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 БАВ (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, $p = 0,002$).

Аналіз процесу сприйняття відбувався за допомогою тесту Мюнстерберга та був спрямований на визначення вибірковості уваги у пацієнтів з депресивними порушеннями. Тест був проведений в три етапи. На першому етапі пред'являли бланк з прихованими 25 словами нейтрального значення, на другому етапі — бланк з 25 емоційно негативними словами, та на третьому етапі — бланк з 25 емоційно позитивними словами.

Дослідження вибірковості сприйняття у хворих на РДР продемонструвало, що при сприйнятті нейтральних стимулів у 30,89 % пацієнтів виявляли середній рівень вибірковості уваги, у 21,95 % осіб — підвищений та низький рівень, у 16,26 % — знижений рівень та у 8,94 % пацієнтів рівень вибірковості уваги був високим (таблиця). Під час оцінювання особливостей сприйняття негативних стимулів визначено, що у більшій частині пацієнтів був зафіксований підвищений ($33,33 \pm 2,23$) % та високий ($31,71 \pm 2,15$) % рівень вибірковості уваги, у 21,95 % пацієнтів — середній рівень та лише у невеликій кількості пацієнтів визначався знижений та низький рівень вибірковості уваги ($9,76 \pm 0,76$ % та $4,07 \pm 0,33$ % відповідно). Під час аналізу сприйняття емоційно позитивних стимулів визначено, що у більшій частині пацієнтів з РДР визначався знижений рівень вибірковості уваги ($54,47 \pm 3,01$) %, у 20,33 % осіб зафіксований низький рівень вибірковості, у 13,82 % пацієнтів — середній та лише у невеликій кількості пацієнтів встановлений підвищений та високий рівень вибірковості сприйняття ($8,13 \pm 0,64$ % та $3,25 \pm 0,26$ % відповідно).

У більшій частині пацієнтів з БАВ при сприйнятті нейтральних стимулів виявляли середній та знижений рівні вибірковості уваги ($45,39 \pm 2,40$ % та $36,17 \pm 2,06$ % відповідно), а у невеликій кількості пацієнтів встановлений високий ($4,26 \pm 0,30$) %, підвищений ($5,67 \pm 0,39$) % та низький ($8,51 \pm 0,58$) % рівні вибірковості сприйняття. Під час сприйняття негативних стимулів у більшій частині пацієнтів визначений середній ($38,30 \pm 2,15$) %, підвищений ($34,04 \pm 1,97$) % та високий ($20,57 \pm 1,31$) % рівні вибірковості уваги, лише у невеликій кількості пацієнтів — знижений та низький рівень ($4,96 \pm 0,35$ % та $2,13 \pm 0,15$ % відповідно). Під час аналізу вибірковості уваги на позитивні стимули було з'ясовано, що у більшій частині пацієнтів з БАВ визначався знижений та середній рівні вибірковості уваги ($36,17 \pm 2,06$ % та $38,30 \pm 2,15$ % відповідно), у 8,51 % осіб був зафіксований підвищений рівень, у 7,09 % осіб — високий та у 9,93 % пацієнтів — низький рівень вибірковості уваги.

Особливості процесу вибіркової уваги при різних варіантах депресивних розладів

Рівень вибіркової уваги	РДР		БАР		ПДР	
	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
Вибірковість уваги на нейтральні стимули						
високий	11	8,94 ± 0,70	6	4,26 ± 0,30	3	3,06 ± 0,31
вище середнього	27	21,95 ± 1,59	8	5,67 ± 0,39	10	10,20 ± 1,00
середній	38	30,89 ± 2,11	64	45,39 ± 2,40	42	42,86 ± 3,34
нижче середнього	20	16,26 ± 1,22	51	36,17 ± 2,06	34	34,69 ± 2,89
низький	27	21,95 ± 1,59	12	8,51 ± 0,58	9	9,18 ± 0,90
Вибірковість уваги на негативні стимули						
високий	39	31,71 ± 2,15	29	20,57 ± 1,31	27	27,55 ± 2,42
вище середнього	41	33,33 ± 2,23	48	34,04 ± 1,97	29	29,59 ± 2,56
середній	27	21,95 ± 1,59	54	38,30 ± 2,15	18	18,37 ± 1,71
нижче середнього	12	9,76 ± 0,76	7	4,96 ± 0,35	16	16,33 ± 1,54
низький	5	4,07 ± 0,33	3	2,13 ± 0,15	8	8,16 ± 0,81
Вибірковість уваги на позитивні стимули						
високий	4	3,25 ± 0,26	10	7,09 ± 0,49	15	15,31 ± 1,45
вище середнього	10	8,13 ± 0,64	12	8,51 ± 0,58	43	43,88 ± 3,39
середній	17	13,82 ± 1,05	54	38,30 ± 2,15	24	24,49 ± 2,19
нижче середнього	67	54,47 ± 3,01	51	36,17 ± 2,06	13	13,27 ± 1,27
низький	25	20,33 ± 1,49	14	9,93 ± 0,67	3	3,06 ± 0,31

Дослідження вибіркової сприйняття у пацієнтів з ПДР дозволило констатувати, що при сприйнятті нейтральних стимулів у більшості пацієнтів виявлені середній та знижений рівні вибіркової уваги (42,86 ± 3,34 % та 34,69 ± 2,89 % відповідно), у 10,20 % осіб — підвищений рівень, у 9,18 % — низький рівень та у 3,06 % пацієнтів рівень вибіркової уваги був високим. Під час оцінювання особливостей сприйняття негативних стимулів визначено, що у 27,55 % пацієнтів встановлений високий рівень вибіркової, у 29,59 % осіб — підвищений, у 18,37 % осіб — середній рівень, у 16,33 % — знижений рівень та у 8,16 % — низький рівень вибіркової уваги. Під час аналізу сприйняття емоційно позитивних стимулів визначено, що у більшості пацієнтів з ПДР визначений підвищений рівень вибіркової уваги (43,88 ± 3,39) %, у 24,49 % осіб зафіксований середній рівень вибіркової, у 15,31 % пацієнтів — високий рівень вибіркової сприйняття, у 13,27 % осіб — знижений рівень та у 3,06 % — низький рівень вибіркової уваги.

Статистичний аналіз отриманих даних проводили як усередині групи, так і між групами з різними типами депресивних розладів.

Дослідження вибіркової уваги серед пацієнтів з РДР дозволило визначити, що вибірковість сприйняття негативних стимулів була вищою за сприйняття нейтральних стимулів: кількість пацієнтів з високим, підвищеним рівнями сприйняття негативних стимулів (31,71 % та 33,33 % відповідно) була більшою порівняно з кількістю осіб при сприйнятті нейтральних стимулів (8,94 %, ДК = 5,50, MI = 0,63, $p < 0,0001$ та 21,95 %, ДК = 1,81, MI = 0,10, $p < 0,015$). Водночас вибірковість сприйняття нейтральних стимулів була вищою за сприйняття позитивних стимулів: кількість

пацієнтів з високим, підвищеним та середнім рівнями сприйняття нейтральних стимулів (8,94 %, 21,95 % та 30,89 % відповідно) була більшою порівняно з кількістю осіб при сприйнятті позитивних стимулів (3,25 %, ДК = 4,39, MI = 0,13, $p < 0,038$; 8,13 %, ДК = 4,31, MI = 0,30, $p < 0,001$ та 13,82 %, ДК = 3,49, MI = 0,30, $p < 0,0006$). Також визначено, що у пацієнтів з РДР вибірковість уваги на негативні стимули була вищою, ніж на позитивні стимули: кількість пацієнтів з високим, підвищеним та середнім рівнями сприйняття негативних стимулів (31,71 %, 33,33 % та 21,95 % відповідно) була більшою порівняно з кількістю осіб при сприйнятті позитивних стимулів (3,25 %, ДК = 9,89, MI = 1,41, $p < 0,0001$; 8,13 %, ДК = 6,13, MI = 0,77, $p < 0,0001$ та 13,82 %, ДК = 2,01, MI = 0,08, $p < 0,0336$).

Вибірковість уваги серед пацієнтів з БАР характеризувалась тим, що сприйняття негативних стимулів було вищим за сприйняття нейтральних стимулів: кількість пацієнтів з високим, підвищеним рівнями сприйняття негативних стимулів (20,57 % та 34,04 % відповідно) була більшою порівняно з кількістю осіб при сприйнятті нейтральних стимулів (4,26 %, ДК = 6,84, MI = 0,56, $p < 0,0001$ та 5,67 %, ДК = 7,78, MI = 1,10, $p < 0,0001$). Водночас вибірковість сприйняття нейтральних стимулів була вищою за сприйняття позитивних стимулів: кількість пацієнтів з середнім рівнем сприйняття нейтральних стимулів (45,39 %) була більшою порівняно з кількістю осіб при сприйнятті позитивних стимулів (38,30 %, ДК = 0,74, MI = 0,03, $p < 0,0466$). Було також визначено, що у пацієнтів з БАР вибірковість уваги на негативні стимули була вищою, ніж на позитивні стимули: кількість пацієнтів з високим та підвищеним рівнями сприйняття негативних стимулів (20,57 % та 34,04 % відповідно) була більшою порівняно з кількістю осіб при сприй-

натті позитивних стимулів (7,09 %, ДК = 4,62, MI = 0,31, $p < 0,0005$ та 8,51 %, ДК = 6,02, MI = 0,77, $p < 0,0001$).

Під час дослідження вибірковості уваги у пацієнтів з ПДР було встановлено, що вибірковість сприйняття негативних та позитивних стимулів була вищою за вибірковість сприйняття нейтральних стимулів: кількість пацієнтів з високим та підвищеним рівнями вибірковості сприйняття негативних (27,55 % та 29,59 % відповідно) та позитивних (15,31 % та 43,88 % відповідно) стимулів була більшою порівняно з кількістю осіб при сприйнятті нейтральних стимулів (3,06 %, ДК = 9,54, MI = 1,17, $p < 0,0001$ та ДК = 6,99, MI = 0,43, $p < 0,0021$; 10,20 %, ДК = 4,62, MI = 0,45, $p < 0,0004$ та ДК = 6,33, MI = 1,07, $p < 0,0001$ відповідно). Водночас було доведено, що вибірковість уваги на негативні стимули високого рівня (27,55 %) була вищою за сприйняття позитивних стимулів (15,31 %, ДК = 2,55, MI = 0,16, $p < 0,0159$), при якому переважали особи з підвищеним рівнем (43,88 %, ДК = 1,71, MI = 0,12, $p < 0,0140$).

Також проводили статистичний аналіз отриманих даних між групами хворих з різними депресивними розладами. Було доведено, що серед пацієнтів з РДР було більше пацієнтів з високим рівнем вибірковості сприйняття нейтральних стимулів (8,94 %) порівняно з пацієнтами з ПДР (3,06 %, ДК = 4,66, MI = 0,14, $p < 0,0470$), більше хворих з підвищеним та низьким рівнями вибірковості уваги на нейтральні стимули (21,95 % та 21,95 % відповідно) порівняно з хворими на БАР (5,67 %, ДК = 5,88, MI = 0,48, $p < 0,0001$ та 8,51 %, ДК = 4,11, MI = 0,28, $p < 0,001$ відповідно) та ПДР (10,20 %, ДК = 3,33, MI = 0,20, $p < 0,01$ та 9,18 %, ДК = 3,78, MI = 0,24, $p < 0,0053$ відповідно). Переважання середнього та зниженого рівнів вибірковості уваги на нейтральні стимули відрізняло пацієнтів з БАР (45,39 % та 36,17 % відповідно) від хворих на РДР (30,89 %, ДК = 1,67, MI = 0,12, $p < 0,0055$ та 16,26 %, ДК = 3,47, MI = 0,35, $p < 0,0001$ відповідно) та пацієнтів з ПДР (42,86 % та 34,69 % відповідно) від хворих на РДР (30,89 %, ДК = 1,42, MI = 0,09, $p < 0,020$ та 16,26 %, ДК = 3,29, MI = 0,30, $p < 0,001$ відповідно).

Високий рівень вибірковості уваги на негативні стимули переважав у хворих на РДР (31,71 %) на відміну від пацієнтів з БАР (20,57 %, ДК = 1,88, MI = 0,10, $p < 0,0135$), серед яких переважали особи з середнім рівнем вибірковості уваги на негативні стимули (38,30 %, ДК = 2,42, MI = 0,20, $p < 0,001$), що відрізняло їх від хворих на ПДР (18,37 %, ДК = 3,19, MI = 0,32, $p < 0,0004$), серед яких переважали пацієнти з високим та підвищеним рівнями вибірковості сприйняття негативних стимулів (27,55 % та 29,59 % відповідно).

Оцінення вибірковості сприйняття позитивних стимулів показало, що переважання високого та підвищеного рівня сприйняття позитивних стимулів відрізняло пацієнтів з ПДР (15,31 % та 43,88 % відповідно) від хворих на БАР (7,09 %, ДК = 3,34, MI = 0,14, $p < 0,0222$ та 8,51 %, ДК = 7,12, MI = 1,26, $p < 0,0001$ відповідно) та РДР (3,25 %, ДК = 4,66, MI = 0,14, $p < 0,047$ та 8,13 %, ДК = 3,33, MI = 0,20, $p < 0,01$ відповідно). Пацієнти з БАР відрізнялись переважанням середнього рівня вибірковості сприйняття позитивних стимулів (38,30 %) порівняно з хворими на ПДР та РДР (24,49 %, ДК = 1,94, MI = 0,13, $p < 0,01$ та 13,82 %, ДК = 4,43, MI = 0,54, $p < 0,0001$ відповідно). У хворих з РДР частіше визначено знижений та низький рівні вибірковості уваги на пози-

тивні стимули (54,47 % та 20,33 % відповідно) порівняно з пацієнтами з БАР (36,17 %, ДК = 1,78, MI = 0,16, $p < 0,001$ та 9,93 %, ДК = 3,11, MI = 0,16, $p < 0,009$ відповідно) та ПДР (13,27 %, ДК = 4,36, MI = 0,50, $p < 0,0001$ та 3,06 %, ДК = 5,11, MI = 0,18, $p < 0,025$ відповідно).

В результаті проведеного дослідження було визначено та доведено, що пацієнти з різними варіантами депресивних розладів мають специфічні особливості сприйняття:

— при РДР визначено переважання середньої, підвищеної та низької вибірковості уваги на нейтральні стимули (30,89 %, 21,95 % та 21,95 % відповідно), високої та підвищеної вибірковості уваги на негативні стимули (31,71 % та 33,33 % відповідно) та зниженої й низької вибірковості уваги на позитивні стимули (54,47 % та 20,33 % відповідно);

— при БАР було зафіксовано переважання 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);

— при ПДР встановлено переважання середньої та зниженої вибірковості уваги на нейтральні стимули (42,86 % та 34,69 % відповідно), високої та підвищеної вибірковості уваги на негативні стимули (27,55 % та 29,59 % відповідно), підвищеної вибірковості уваги на позитивні стимули (43,88 %).

Отже, отримані результати дають змогу стверджувати, що пацієнти з РДР були більш фіксовані на негативних переживаннях та схильні були не помічати позитивних факторів; у пацієнтів з БАР визначено зниження вибірковості уваги на різні види стимулів, що відображає, найімовірніше, загальні порушення процесу сприйняття у цієї категорії пацієнтів; у пацієнтів з ПДР відзначалось поєднання фіксації на негативних стимулах з одночасним фокусуванням на позитивних стимулах, що, ймовірно, відображає існування, поряд з депресивними переживаннями, надії на позитивне вирішення ситуації.

В результаті дослідження були визначені особливості сприйняття пацієнтів з різними типами депресивних розладів, які можуть слугувати діагностичними критеріями під час проведення диференціальної діагностики та бути мішенями для психосоціальної реабілітації цієї патології.

Список літератури

1. Gotlib H., Joormann J. Cognition and Depression: Current Status and Future Directions. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2010; 6: 285—312. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305.
2. Бобров А. Е., Краснослободцева Л. А., Мутных Е. М., Курсаков А. А. Когнитивные нарушения при депрессии и перспективы применения антидепрессантов с прокогнитивным эффектом // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски* № 11, 2014 (Вып. 2. В помощь практическому врачу). С. 10—14. DOI: 10.17116/jnevro201411141210-14.
3. Exploratory analyses of efficacy data from major depressive disorder trials submitted to the US Food and Drug Administration in support of new drug applications / Khin N., Chen Y., Yang Y. [et al.] // *J Clin Psychiatry.* 2011; 72: 4: 464—472. DOI: 10.4088/JCP.10m06191.
4. Mathew S. M., Manji H. K., Charney D. S. Novel drugs and therapeutic targets for severe mood disorders // *Neuropsychopharmacology* 2008; 33: 9: 2080—2092. DOI: 10.1038/sj.npp.1301652.

5. DSM-5 and RDoC: progress in psychiatry research? Nature reviews / Casey B., Craddock N., Cuthbert B. [et al.] // Nature Reviews Neuroscience. 2013; 14: 810—814. DOI: 10.1038/nrn3621.
6. Systematic review of the neural basis of social cognition in patients with mood disorders / Cusi A., Nazarov A., Holshausen K. [et al.] // J Psychiatry Neurosci. 2012; 37: 3: 154—169. DOI: 10.1503/jpn.100179.
7. Elliott R., Zahn R., Deakin J., Anderson I. Affective Cognition and its Disruption in Mood Disorders // Neuropsychopharmacology Reviews. 2011; 36: 153—182. DOI: 10.1038/npp.2010.77.
8. Mor N., Haran D. Cognitive-Behavioral Therapy for Depression // Isr J Psychiatry Relat Sci. 2009; 46: 4: 269—273. PMID: 20635774.
9. Papazacharias A., Nardini M. The relationships between depression and cognitive deficits // Psychiatria Danubina. 2012; 24: Suppl 1: 179—182. URL: <https://psycnet.apa.org/record/2012-26285-041>.
10. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes // World Psychiatry 2012; 11: 12—21. DOI: 10.1016/j.wpsyc.2012.01.004.
11. Діагностичні критерії депресивних розладів на етапах надання медичної допомоги / Н. О. Марута, Т. В. Панько, В. Ю. Федченко [та ін.] // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 135. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2017_25_1_135.
12. Mathews A., MacLeod C. Cognitive vulnerability to emotional disorders // Annu Rev Clin Psychol. 2005; 1: 167—195. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143916.
13. Cohen R., Lohr I., Paul R., Boland R. Impairments of attention and effort among patients with major affective disorders // J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2001; 13: 385—395. URL: <https://neuro.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/jnp.13.3.385>.
14. Психологические тесты / сост. С. Касьянов. М. : Эксмо, 2006. 608 с. (с. 336).

Надійшла до редакції 23.06.2020

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

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