

С. О. Ярославцев

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСУ УВАГИ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ

С. А. Ярославцев

Особенности процесса внимания при депрессивных расстройствах

S. O. Yaroslavtsev

Peculiarities of the attention process at depressive disorders

Було обстежено 362 пацієнти з когнітивними порушеннями при депресивних розладах: 123 пацієнти з рекурентними депресивними розладами, 141 — з біполярними афективними розладами (БАР) та 98 осіб з пролонгованою депресивною реакцією. Особливості процесу уваги пацієнтів з депресивними розладами полягали в наявності зниження концентрації, стійкості та переключення уваги, зниження ефективності роботи та працездатності. Були визначені особливості функціонування показників уваги при різних типах депресивних розладів, які можуть виступати як діагностичні критерії під час проведення диференціальної діагностики когнітивних порушень при депресивних розладах.

Ключові слова: когнітивні порушення, депресивні розлади, стійкість, концентрація та переключення уваги, 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, 141 пациент с биполярными аффективными расстройствами и 98 человек с пролонгированной депрессивной реакцией. Особенности процесса внимания пациентов с депрессивными расстройствами заключались в наличии снижения концентрации, устойчивости и переключения внимания, снижения эффективности работы и работоспособности. Были определены особенности функционирования показателей внимания при различных типах депрессивных расстройств, которые могут выступать в качестве диагностических критериев при проведении дифференциальной диагностики когнитивных нарушений при депрессивных расстройствах.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, депрессивные расстройства, стойкость, концентрация и переключение внимания, 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, 141 patients with bipolar affective disorder and 98 people with prolonged depressive reaction. Peculiarities of the process of attention of patients with depressive disorders were the presence of a decrease in concentration, stability and switching of attention, decrease in work efficiency and working capacity. The peculiarities of the functioning of attention indicators were determined for various types of depressive disorders, which can use as diagnostic criteria in the differential diagnosis of cognitive impairment in depressive disorders.

Key words: cognitive impairment, depressive disorders, persistence, concentration and switching of attention, recurrent depressive disorder, bipolar depressive disorder, prolonged depressive reaction

На сучасному етапі розвитку суспільства серед загальнономедичних проблем особливої актуальності набуває проблема патології афективної сфери [1, 2]. За даними ВООЗ, в цей час більш ніж у 110 млн осіб в світі виявлені ті чи ті клінічно значущі прояви депресивних розладів [2]. Аналогічна тенденція спостерігається і в Україні [3]. Зростання актуальності проблеми депресій зумовлене їх поширеністю, пояснюється істотним впливом хвороби на якість життя і соціальне функціонування людини, а також найбільшим серед психічних розладів рівнем суїцидів, скоєних хворими на депресивні розлади [1, 3, 4].

Відомо, що депресія супроводжується різними когнітивними порушеннями [2, 5—8]. Когнітивний компонент депресії робить істотний внесок в загальну картину захворювання, що відображується в описі клінічних симптомів і діагностичних критеріях депресії. В останні роки когнітивному аспекту депресії надають особливу увагу [3, 6, 9]. Показано, що корекція когнітивних розладів має першорядне значення для нормалізації повсякденного функціонування пацієнтів при досягненні ремісії, зокрема для відновлення порушеної працездатності [1, 7, 10]. За даними опитування пацієнтів з встановленим діагнозом депресії, труднощі концентрації і зниження розумової працездатності вони відчують майже весь час [2, 4, 8, 11]. І навіть незважаючи на нормалізацію емоційного стану під час ремісії, пацієнти нерідко і далі відчують когні-

тивні труднощі, що заважає в роботі і повсякденному життю [5, 8, 12]. Отже, досягнення задовільного рівня повсякденного функціонування неможливо без відновлення нормального рівня розумової працездатності пацієнта, тобто без додаткового впливу на когнітивний складник. Тому дослідження, спрямовані на оцінювання особливостей когнітивних порушень при різних типах депресивних розладів є актуальним і має велике медико-соціальне значення.

Мета дослідження — визначити особливості та вираженість когнітивних дисфункцій у сфері уваги серед пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах.

Проведене суцільне обстеження 362 пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах. 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 (БАР) та 98 пацієнтами з пролонгованою депресивною реакцією (ПДР).

У дослідженні був застосований комплексний підхід, що полягав у використанні клініко-психопатологічного, психодіагностичного (коректурна проба Бурдона та таблиці Шульте) та статистичного методів дослідження, що дало змогу оцінити рівень концентрації, переключення і стійкості уваги, процес стомлюваності та витривалості у пацієнтів з когнітивними порушеннями

при депресивних розладах [13]. Статистичну обробку даних застосовували для визначення середніх величин кількісних параметрів, їхніх стандартних помилок (у форматі $M \pm m$), вірогідності відмінностей (критерії Стьюдента — Фішера [t], Колмогорова — Смірнова [λ]). Маркери-мішені когнітивних порушень визначали обчисленням діагностичних коефіцієнтів (ДК) і мір інформативності Кульбака (MI). Статистичне оброблен-

ня результатів проводили за допомогою Excel-2010 та Statistica 6.1 [14].

Виявлено такі особливості процесу уваги (табл. 1): концентрація уваги у 36,59 % пацієнтів з РДР була нижче середнього, у 27,64 % осіб — середнього рівня, у 16,26 % пацієнтів — низькою, у 14,63 % — вище середнього рівня та лише у 4,88 % осіб концентрація уваги була високою рівня.

Таблиця 1. Особливості процесу уваги у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах (за тестом Бурдона)

Найменування показників	РДР (n = 123)		БАР (n = 141)		ПДР (n = 98)	
	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
Концентрація уваги						
високий рівень	6	4,88 ± 0,39	4	2,84 ± 0,20	11	11,22 ± 1,09
вище середнього	18	14,63 ± 1,11	20	14,18 ± 0,94	27	27,55 ± 2,42
середній рівень	34	27,64 ± 1,93	47	33,33 ± 1,94	42	42,86 ± 3,34
нижче середнього	45	36,59 ± 2,39	43	30,50 ± 1,82	10	10,20 ± 1,00
низький	20	16,26 ± 1,22	27	19,15 ± 1,23	8	8,16 ± 0,81
Переключення уваги						
високий рівень	1	0,81 ± 0,07	12	8,51 ± 0,58	4	4,08 ± 0,41
вище середнього	9	7,32 ± 0,58	21	14,89 ± 0,98	7	7,14 ± 0,71
середній рівень	27	21,95 ± 1,59	48	34,04 ± 1,97	26	26,53 ± 2,34
нижче середнього	53	43,09 ± 2,66	49	34,75 ± 2,01	44	44,90 ± 3,44
низький	33	26,83 ± 1,88	11	7,80 ± 0,54	17	17,35 ± 1,63
Стійкість уваги						
високий рівень	9	7,32 ± 0,58	4	2,84 ± 0,20	11	11,22 ± 1,09
вище середнього	34	27,64 ± 1,93	9	6,38 ± 0,44	28	28,57 ± 2,49
середній рівень	52	42,28 ± 2,63	47	33,33 ± 1,94	40	40,82 ± 3,24
нижче середнього	18	14,63 ± 1,11	68	48,23 ± 2,48	13	13,27 ± 1,27
низький	10	8,13 ± 0,64	13	9,22 ± 0,63	6	6,12 ± 0,61

У більшості частини пацієнтів рівень переключення уваги був нижче середнього (43,09 ± 2,66) %, у 26,83 % осіб — низький, у 21,95 % — середній та у 7,32 % — вище середнього.

Стійкість уваги у пацієнтів з РДР характеризувалась переважанням середнього рівня (42,28 ± 2,63) %, у 27,64 % стійкість уваги була вище середнього рівня, у 14,63 % осіб — нижче середнього рівня, у 8,13 % пацієнтів — низькою та у 7,32 % — високою рівня.

У пацієнтів з БАР рівень концентрації уваги у 33,33 % осіб був середнім, у 30,50 % — нижче середнього, у 19,15 % осіб — низьким, у 14,18 % — вище середнього та лише у 2,84 % пацієнтів концентрація уваги була високою. Переключення уваги у пацієнтів з БАР було переважно середнього та нижче середнього рівня (34,04 ± 1,97 % та 34,75 ± 2,01 % відповідно), у 14,89 % осіб рівень переключення уваги був вище середнього, у 8,51 % — високим та у 7,80 % пацієнтів — низьким. Стійкість уваги у пацієнтів з БАР була переважно нижче середнього рівня (48,23 ± 2,48) %, у третини пацієнтів визначався середній рівень (33,33 ± 1,94) % та лише у невеликої частини пацієнтів був встановлений високий (2,84 ± 0,20) %, низький (9,22 ± 0,63) % та вище середнього (6,38 ± 0,44) % рівень стійкості уваги.

У більшості частини пацієнтів з ПДР рівень концентрації уваги був середнім (42,86 ± 3,34) %, у 27,55 % осіб — вище середнього, у 11,22 % — високим, у 10,20 % осіб рівень концентрації уваги був нижче середнього та у 8,16 % — низьким. У більшості частини пацієнтів з ПДР переключення уваги було нижче середнього рівня (44,90 ± 3,44) %, у 26,53 % осіб — середнього рівня, у 17,35 % — низькою рівня та у 7,14 % — вище середнього й у 4,08 % осіб — високою рівня. Стійкість уваги у більшості частини пацієнтів з ПДР була середнього рівня (40,82 ± 3,24) %, у 28,57 % пацієнтів визначався рівень вище середнього, у 11,22 % — високим, у 13,27 % — нижче середнього та у 6,12 % — низьким рівень стійкості уваги.

Статистичний аналіз результатів дав змогу визначити, що рівень концентрації уваги був вищим у пацієнтів з ПДР, ніж серед пацієнтів з РДР та БАР. Зокрема, серед хворих на ПДР було більше осіб з високим, вище середнього та середнім рівнем концентрації уваги (11,22%, 27,55 % та 42,86 % відповідно) порівняно з хворими на РДР (4,88 %, ДК = 3,62, MI = 0,11, $p < 0,044$; 14,63 %, ДК = 2,75, MI = 0,18, $p < 0,008$ та 27,64 %, ДК = 1,90, MI = 0,14, $p < 0,007$ відповідно) та БАР (2,84 %, ДК = 5,97, MI = 0,25, $p < 0,007$; 14,18 %, ДК = 2,88, MI = 0,19, $p < 0,005$).

та 33,33 %, ДК = 1,09, MI = 0,05, $p < 0,035$ відповідно), серед яких було більше осіб з низьким (16,26 % та 19,15 % відповідно) та нижче середнього (36,59 % та 30,50 % відповідно) рівнями концентрації уваги на відміну від хворих на ПДР (8,16 %, ДК = 2,99, MI = 0,12, $p < 0,032$ та ДК = 3,70, MI = 0,20, $p < 0,008$ відповідно та 10,20 %, ДК = 5,55, MI = 0,73, $p < 0,0001$ та ДК = 4,75, MI = 0,48, $p < 0,0001$ відповідно).

Пацієнти з БАР відрізнялись вищим рівнем переключення уваги: кількість осіб з високим рівнем, підвищеним рівнем та середнім рівнем переключення уваги була більшою серед хворих на БАР (8,51 %, 14,89 % та 34,04 % відповідно) порівняно з пацієнтами з РДР (0,81 %, ДК = 10,20, MI = 0,39, $p < 0,002$; 7,32 %, ДК = 3,09, MI = 0,12, $p < 0,024$ та 21,95 %, ДК = 1,91, MI = 0,12, $p < 0,01$ відповідно), тимчасом як серед пацієнтів з РДР та ПДР було більше осіб зі зниженим (43,09 % та 44,90 % відповідно) та низьким (26,83 % та 17,35 % відповідно) рівнем переключення уваги порівняно з пацієнтами з БАР (34,75 %, ДК = 0,93, MI = 0,04, $p < 0,038$ та ДК = 1,11, MI = 0,06, $p < 0,030$ відповідно та 7,80 %, ДК = 5,36, MI = 0,51, $p < 0,0001$ та ДК = 3,47, MI = 0,17, $p < 0,013$ відповідно).

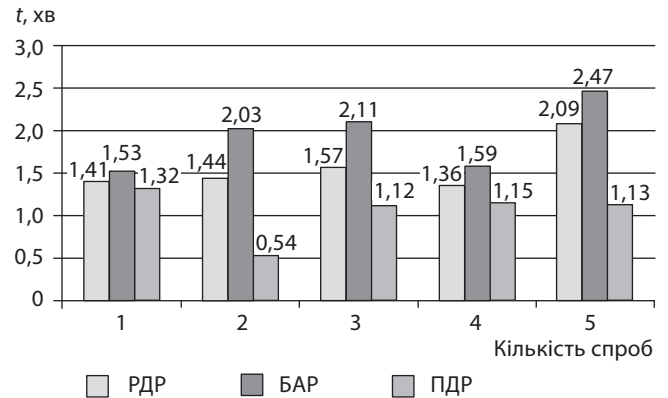
Переважання високого та підвищеного рівня стійкості уваги (11,22 % та 28,57 % відповідно) відрізняло пацієнтів з ПДР від хворих на БАР (2,84 %, ДК = 5,97, MI = 0,25, $p < 0,007$ та 6,38 %, ДК = 6,51, MI = 0,72, $p < 0,0001$ відповідно), серед яких було більше пацієнтів зі зниженим рівнем стійкості уваги (48,23 %, ДК = 5,61, MI = 0,98, $p < 0,0001$). Переважання середнього та підвищеного рівня стійкості уваги (42,28 % та 27,64 % відповідно) відрізняло пацієнтів з РДР від хворих на БАР (33,33 %, ДК = 1,03, MI = 0,05, $p < 0,033$ та 6,38 %, ДК = 6,37, MI = 0,68, $p < 0,0001$ відповідно), серед яких було більше пацієнтів зі зниженим рівнем стійкості уваги (48,23 %, ДК = 5,18, MI = 0,87, $p < 0,0001$).

Тобто пацієнти з РДР відчували труднощі щодо відволікання від власних думок, були сконцентровані на власних переживаннях, а те, що відбувалося навколо, не привертало увагу пацієнтів. Більшою концентрацією уваги характеризувались пацієнти з ПДР, хворі на БАР відрізнялись більшим рівнем переключення уваги, а пацієнти з РДР — більшою стійкістю уваги.

Аналіз процесу стомлюваності, який визначали за допомогою тесту Шульте, у пацієнтів з депресивними розладами (рисунк), свідчить, що пацієнти з РДР характеризувались стабільністю в процесі виконання завдання: усі показники були практично однаковими на різних етапах спроб, лише наприкінці виконання

завдання, на 5-й спробі, спостерігалась втомлюваність, яка відбивалася на збільшенні терміну виконання завдання до $2,09 \pm 1,13$ хв.

У пацієнтів з БАР процес виконання завдання був нерівномірним: на 2-й та 3-й спробах час збільшувався до $2,03 \pm 1,67$ хв та $2,11 \pm 1,25$ хв відповідно, а на 4-й спробі — різко зменшувався, демонструючи деяку мобілізацію психічних процесів ($1,59 \pm 1,47$ хв). Але на 5-й спробі спостерігався процес втомлюваності, що відбивалося на збільшенні часу виконання тесту ($2,47 \pm 1,66$ хв).



Процес стомлюваності у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах (за тестом Шульте)

У хворих на ПДР перша спроба за часом виконання практично не відрізнялась від такої у пацієнтів з РДР та БАР та відповідала середньому рівню виконання тесту. Однак, час виконання тесту на 2-й спробі різко зменшився ($0,54 \pm 0,76$ хв), що вказувало на процес підвищення працездатності та мобілізації ресурсів. Втомлюваності у пацієнтів з ПДР не було зафіксовано під час виконання тесту.

Статистичний аналіз результатів дав змогу встановити, що пацієнти з ПДР відрізнялись від осіб з РДР та БАР більш вираженою мобілізацією психічних процесів ($0,54 \pm 0,76$ хв) на 2-й спробі (1,44 хв, $p < 0,034$ та 2,03 хв, $p < 0,025$ відповідно), а також меншою стомлюваністю ($1,13 \pm 1,06$ хв) в процесі виконання тесту ($2,09$ хв, $p < 0,041$ та $2,47$ хв, $p < 0,01$ відповідно).

Докладний аналіз показників процесу уваги дав змогу визначити такі компоненти: ефективність роботи, ступінь працездатності та рівень психічної витривалості (табл. 2).

Таблиця 2. Особливості процесу уваги у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах (за даними таблиць Шульте)

Найменування показників	РДР (n = 123)		БАР (n = 141)		ПДР (n = 98)	
	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
Ефективність роботи						
високий рівень	4	3,25 ± 0,26	2	1,42 ± 0,10	3	3,06 ± 0,31
вище середнього	17	13,82 ± 1,05	8	5,67 ± 0,39	18	18,37 ± 1,71
середній рівень	36	29,27 ± 2,02	37	26,24 ± 1,61	50	51,02 ± 3,68
нижче середнього	54	43,90 ± 2,70	67	47,52 ± 2,46	21	21,43 ± 1,96
низький	12	9,76 ± 0,76	27	19,15 ± 1,23	6	6,12 ± 0,61

Ступінь працездатності						
високий рівень	1	0,81 ± 0,07	7	4,96 ± 0,35	12	12,24 ± 1,18
вище середнього	7	5,69 ± 0,45	10	7,09 ± 0,49	18	18,37 ± 1,71
середній рівень	29	23,58 ± 1,69	32	22,70 ± 1,43	37	37,76 ± 3,07
нижче середнього	46	37,40 ± 2,43	76	53,90 ± 2,61	26	26,53 ± 2,34
низький	40	32,52 ± 2,19	16	11,35 ± 0,76	5	5,10 ± 0,51
Психічна стійкість (витривалість)						
високий рівень	9	7,32 ± 0,58	8	5,67 ± 0,39	3	3,06 ± 0,31
вище середнього	13	10,57 ± 0,82	10	7,09 ± 0,49	10	10,20 ± 1,00
середній рівень	37	30,08 ± 2,06	38	26,95 ± 1,65	38	38,78 ± 3,13
нижче середнього	51	41,46 ± 2,60	53	37,59 ± 2,12	42	42,86 ± 3,34
низький	13	10,57 ± 0,82	32	22,70 ± 1,43	5	5,10 ± 0,51

Пацієнти з РДР характеризувались переважно наявністю зниженого (43,90 ± 2,70) % та середнього (29,27 ± 2,02) % рівня ефективності роботи, у 13,82 % пацієнтів був встановлений підвищений рівень, у 9,76 — низький та лише у 3,25 % осіб — високий рівень ефективності роботи. За рівнем працездатності у пацієнтів з РДР більша частина пацієнтів характеризувались зниженим (37,40 ± 2,43) % та низьким (32,52 ± 2,19) % рівнем, у 23,58 % пацієнтів був встановлений середній рівень працездатності та лише у невеликої частки хворих був зафіксований підвищений та високий рівень (5,69 ± 0,45 % та 0,81 ± 0,07 % відповідно). Психічна витривалість у пацієнтів з РДР була переважно зниженою та середнього рівня (41,46 ± 2,60 % та 30,08 ± 2,06 % відповідно), у 10,57 % пацієнтів визначався низький та підвищений рівень, у 7,32 % осіб — високий рівень психічної стійкості.

У більшій частині пацієнтів з БАР був встановлений знижений рівень ефективності роботи (47,52 ± 2,46) %, у 26,24 % осіб визначався середній рівень, у 19,15 % — низький рівень, та лише у невеликої кількості хворих був зафіксований підвищений та високий рівень ефективності роботи (5,67 ± 0,39 % та 1,42 ± 0,10 % відповідно). У більшій частині пацієнтів з БАР був встановлений знижений рівень працездатності (53,90 ± 2,61) %, у 22,70 % осіб визначався середній рівень, у 11,35 % осіб — низький та лише у невеликої частки хворих рівень працездатності досягав підвищеного та високого рівня (7,09 ± 0,49 % та 4,96 ± 0,35 % відповідно). У 37,59 % пацієнтів з БАР був встановлений знижений рівень витривалості, у 26,95 % осіб — середній рівень, у 22,70 % пацієнтів — низький рівень та лише у 5,67 % осіб визначався високий рівень та у 7,09 % — підвищений рівень психічної стійкості.

Більша частина пацієнтів з ПДР характеризувались середнім рівнем ефективності роботи (51,02 ± 3,68) %, у 21,43 % пацієнтів визначався знижений рівень, у 18,37 % осіб — підвищений рівень ефективності роботи та лише невелика частка пацієнтів характеризувалась високим (3,06 ± 0,31) % та низьким (6,12 ± 0,61) % рівнем ефективності роботи. У 37,76 % пацієнтів був зафіксований середній рівень працездатності, у 26,53 % осіб — знижений, у 18,37 % пацієнтів — підвищений, у 12,24 % — високий та у 5,10 % — низький рівень

працездатності. Здебільшого у пацієнтів з ПДР психічна стійкість коливалась у межах зниженого та середнього рівнів (42,86 ± 3,34 % та 38,78 ± 3,13 % відповідно), у 10,20 % осіб був встановлений підвищений рівень, у 5,10 % — низький та у 3,06 % осіб — високий рівень витривалості.

Статистичний аналіз результатів продемонстрував, що серед пацієнтів з РДР та ПДР було більше осіб з підвищеним рівнем ефективності роботи (13,82 % та 18,37 % відповідно) порівняно з пацієнтами з БАР (5,67 %, ДК = 3,87, MI = 0,16, $p < 0,013$ та ДК = 5,10, MI = 0,32, $p < 0,001$ відповідно), серед яких було більше осіб з низьким рівнем ефективності роботи (19,15 %, ДК = 2,93, MI = 0,14, $p < 0,013$ та ДК = 4,95, MI = 0,32, $p < 0,002$ відповідно). Водночас кількість хворих з середнім рівнем ефективності роботи була більшою серед пацієнтів з ПДР (51,02 %) порівняно з хворими на РДР (29,27 %, ДК = 2,41, MI = 0,26, $p < 0,0004$) та БАР (26,24 %, ДК = 2,89, MI = 0,36, $p < 0,0001$), серед яких було більше осіб зі зниженим рівнем ефективності роботи (43,90 %, ДК = 3,11, MI = 0,35, $p < 0,0002$ та 47,52 %, ДК = 3,46, MI = 0,45, $p < 0,0001$ відповідно).

Пацієнти з ПДР відрізнялись більшою кількістю пацієнтів з високим, підвищеним та середнім рівнями працездатності (12,24 %, 18,37 % та 37,76 % відповідно) на відміну від хворих на РДР (0,81 %, ДК = 11,78, MI = 0,67, $p < 0,0002$; 5,69 %, ДК = 5,09, MI = 0,32, $p < 0,002$ та 23,58 %, ДК = 2,04, MI = 0,14, $p < 0,008$ відповідно) та БАР (4,96 %, ДК = 3,92, MI = 0,14, $p < 0,025$; 7,09 %, ДК = 4,13, MI = 0,23, $p < 0,005$ та 22,70 %, ДК = 2,21, MI = 0,17, $p < 0,004$ відповідно), серед яких переважали особи зі зниженим (37,40 %, ДК = 1,49, MI = 0,08, $p < 0,026$ та 53,90 %, ДК = 3,08, MI = 0,42, $p < 0,0001$ відповідно) та низьким (32,52 %, ДК = 8,04, MI = 1,10, $p < 0,0001$ та 11,35 %, ДК = 3,47, MI = 0,11, $p < 0,046$ відповідно) рівнем працездатності.

Більша кількість пацієнтів з середнім рівнем психічної стійкості відрізняла хворих з ПДР (38,78 %) від пацієнтів з РДР та БАР (30,08 %, ДК = 1,10, MI = 0,05, $p < 0,045$ та 26,95 %, ДК = 1,58, MI = 0,09, $p < 0,017$ відповідно). Водночас пацієнти з БАР (22,70 %) відрізнялись від хворих на РДР та ПДР більшою кількістю осіб з низьким рівнем психічної стійкості (10,57 %, ДК = 3,32, MI = 0,20, $p < 0,004$ та 5,10 %, ДК = 6,48, MI = 0,57, $p < 0,0001$ відповідно).

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

Особливості процесу уваги пацієнтів з РДР були окреслені наявністю таких порушень: зниженням 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).

Особливості процесу уваги пацієнтів з БАР визначались наявністю таких порушень: зниженням 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); виснаженістю психічної діяльності (90,07 %).

Особливості процесу уваги пацієнтів з ПДР визначались наявністю таких порушень: середнього рівня концентрації уваги (42,86 %), переважанням зниженого та низького рівнів переключення уваги (44,90 % та 17,35 % відповідно), середньої та підвищеної ефективності роботи (51,02 % та 18,37 % відповідно), середнього, підвищеного та високого рівня стійкості уваги (40,82 %, 28,57 % та 21,12 % відповідно), середнього рівня працездатності та психічної стійкості (37,76 % та 38,78 % відповідно); мобілізацією психічних процесів.

Отже, в результаті дослідження були визначені особливості функціонування показників уваги при різних типах депресивних розладів, які можуть виступати як діагностичні критерії під час проведення диференціальної діагностики когнітивних порушень при депресивних розладах.

Список літератури

1. Краснов В. Н. Расстройства аффективного спектра. М. : Изд-во «Практическая медицина», 2011: 432 с.
2. Derakshan N., Eysenck M. W. Introduction to the special issue: Emotional states, attention, and working memory // *Cognition & Emotion*. 2010. Vol. 24, N 2. P. 189—199. DOI: <https://doi.org/10.1080/02699930903412120>.
3. Марута Н. А., Явдак И. А., Черднякова Е. С., Марута О. С. Нейротрофическая терапия депрессий: возможности и перспективы // *Международный неврологический журнал*. 2014. № 4 (66). С. 70—79. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n>

neyrotroficheskaya-terapiya-depressiy-vozmozhnosti-i-perspektivy/viewer.

4. 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. URL: https://psychiatr.ru/files/magazines/2017_03_scp_1078.pdf.

5. Gotlib H., Joormann J. Cognition and Depression: Current Status and Future Directions // *Annual Review of Clinical Psychology*. 2010. Vol. 6. P. 285—312. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305>.

6. Cognitive impairment in major depression / Marazziti D., Consoli G., Picchetti M. [et al.] // *Eur. J. Pharmacol.* 2010. Vol. 10. P. 83—86. DOI: 10.1016/j.ejphar.2009.08.046.

7. Paying attention to attention in depression / A. S. Keller, J. E. Leikauf, B. Holt-Gosselin [et al.] // *Translational Psychiatry*. 2019 9: 279. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0616-1>.

8. McClintock S. M., Husain M. M., Greer T. L., Cullum C. M. Association between depression severity and neurocognitive function in major depressive disorder: a review and synthesis // *Neuropsychology*. 2010. Vol. 24, no. 1. P. 9—34. DOI: 10.1037/a0017336.

9. Rock P. L., Roiser J. P., Riedel W. J. & Blackwell A. D. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis // *Psychol. Med.* 2014. Vol. 44, Issue 10. P. 2029—2040. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291713002535>.

10. Katsuki, F. & Constantinidis, C. Bottom-up and top-down attention: different processes and overlapping neural systems. *Neuroscientist*. 2014. 20 (5), 509—521. DOI: 10.1177/1073858413514136.

11. Tam C. W., Lam L. C. Cognitive Function, Functional Performance and Severity of Depression in Chinese Older Persons with Late-onset Depression // *East Asian Arch. Psychiatry*. 2012. Vol. 22, No. 1. P. 12—17. PMID: 22447800.

12. Keller, A. S., Ball, T. M. & Williams, L. M. Deep phenotyping of attention impairments and the “Inattention Biotype” in major depressive disorder. *Psychol. Med.* 2019. 1—10 (). DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291719002290>.

13. Альманах психологических тестов. М. : КСП, 1995. 397 с.

14. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии. СПб. : Речь, 2008. 350 с.

Надійшла до редакції 07.05.2020

ЯРОСЛАВЦЕВ Сергій Олександрович, кандидат медичних наук, лікар-психіатр Комунального некомерційного підприємства «Херсонський обласний заклад з надання психіатричної допомоги» Херсонської обласної ради, Херсонська обл., с. Степанівка, Україна

YAROSLAVTSEV Serhii, MD, PhD, Physician-psychiatrist of the Municipal non-profit enterprise “Kherson regional institution for the provision of psychiatric care” of Kherson regional council, Kherson region, Stepanivka, Ukraine