

КОМОРБИДНОСТЬ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины», Харьков

Рассмотрен вопрос о взаимосвязи дефицита и уровня адаптации детей с тревожными расстройствами. Подчеркнута неоднозначность влияния тревоги как симптома на когнитивное функционирование: одна часть когнитивных нарушений определена как фактор риска для развития депрессии и тревоги, другая — как корреляты клинико-психопатологических нарушений. Раннее выявление и эффективное лечение первых эпизодов депрессии уменьшает выраженность этого процесса, сглаживает когнитивный дефицит, способствует социальному восстановлению пациентов.

Ключевые слова: дети, депрессивные расстройства, тревога, когнитивные функции.

Взаимосвязь когнитивных и эмоциональных процессов при аффективных расстройствах является ключевой темой в исследовании этиопатогенеза данной группы заболеваний. В фокусе внимания исследователя — изучение особенностей информации, ведущих к нарушению регуляции эмоций и поддержанию негативного аффекта. Подобные исследования выполняются в рамках диатез-стрессовых и когнитивных теорий развития депрессии, из которых наиболее известна теория А. Бека. Интерес к когнитивной сфере аффективных больных привел к открытию «негативного сдвига», затрагивающего внимание, память и мышление, т. е. предпочтительной обработки эмоционально негативной информации [1–5].

Известно, что у депрессивных больных наблюдается дефицит переработки эмоционально нейтральной информации. Это нашло отражение в ряде обзоров [6–9] и согласуется с включением когнитивных жалоб в перечень диагностических критериев депрессии. Наиболее стабильные результаты получены относительно нарушений вербальной памяти, психической скорости и управляющих (регуляторных) функций. Описанные феномены представляют собой комплекс процессов, обеспечивающих планирование, контроль над психической деятельностью, они включают рабочую память, торможение нерелевантных реакций, управление вниманием, влияя на его устойчивость и переключаемость. Эти когнитивные нарушения при депрессиях долгое время рассматривались как эпифеномен сниженного настроения и мотивации или как неспецифический коррелят любой психопатологии [10, 11]. В настоящее время подобные взгляды меняются, в первую очередь, в связи с данными о наличии когнитивных нарушений у пациентов в интермиссии. Внимание специалистов привлечено к поискам причин, объясняющих

происхождение и гетерогенность когнитивных нарушений при депрессиях и тревожно-депрессивных расстройствах, поскольку чувствительность когнитивных доменов к тяжести состояния и отдельным симптомам депрессии и тревоги может дать подсказку о мозговых механизмах развития аффективного расстройства.

Несмотря на многочисленные исследования влияния остроты депрессии на нейрокогнитивные функции, эта связь не вполне понятна, и сегодня еще недостаточно известно об эффекте составляющих депрессивного симптомокомплекса на когнитивную сферу. Одним из аспектов изучения происхождения и вариативности когнитивных нарушений при депрессиях является установление их связи с симптомами тревоги [12, 13], которые непосредственно влияют на когниции при аффективных расстройствах и, следовательно, должны быть рассмотрены при установлении причин когнитивных нарушений.

Рассматривая тему взаимоотношений между тревогой и когнитивными процессами, следует отметить неоднозначность влияния тревоги как симптома на когнитивное функционирование. Вопрос о взаимосвязи когнитивного дефицита и уровня социальной адаптации больных с тревожными расстройствами представляется чрезвычайно важным, так как точкой приложения усилий многих психиатров становится не только уменьшение выраженности симптомов тревоги. Следует подчеркнуть, что часть когнитивных нарушений оценивается как собственно фактор риска для развития и депрессии, и тревоги, тогда как другая часть является всего лишь коррелятом клинико-психопатологических нарушений или маркером предрасположенности и маркером состояния.

Установлено, что раннее выявление и эффективное лечение первых эпизодов депрессии

уменьшает выраженность депрессивного процесса, сглаживает явления когнитивного дефицита, способствует ускорению наступления ремиссии и социальному восстановлению больных.

Таким образом, в настоящее время нарушения когнитивных функций при тревожных расстройствах рассматривается в качестве отдельной составляющей болезни [14, 15]. К когнитивным нарушениям относят расстройства внимания, краткосрочной и долговременной памяти, скорости обработки информации и исполнительской функции. Скорость обработки информации и исполнительской функции представляет собой мультимодальный процесс, предполагающий соблюдение ряда требований: вклад мотивационной составляющей или позитивного аффекта для выполнения задачи или достижения цели. Для успешного функционирования необходимо игнорировать негативные аффективные стимулы — страх, тревогу, которые подавляют навыки решения проблемы и организованных действий. При этом важно и необходимо дифференцировать нейрокогниции и социальные когниции, так как они значительно влияют на социальное функционирование человека. Ведущим патогенетическим механизмом развития когнитивных нарушений на системном уровне являются нарушения межцентральной регуляции в ЦНС, т. е. дисбаланс взаимосвязей между высшими регуляторными центрами мозга (кора, лимбическая система, гипоталамус, ретикулярная формация). Гипотеза когнитивной дисфункции все больше рассматривается как дизрегуляторная патология [16].

Цель данной работы — определение особенностей когнитивного функционирования у детей с тревожными расстройствами с учетом характеристик их мотивационно-личностной сферы.

Комплексное клинико-психопатологическое обследование проведено у 108 детей и подростков в возрасте от 7 до 18 лет с тревожно-фобическими расстройствами. Пациенты находились на стационарном лечении в отделении психиатрии ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины» в период 2016–2017 гг. Использовались методики: тест Тулуз-Пьерона, таблицы Шульце, тест «Заучивание 10 слов», опросник Шмишека, проективные рисуночные тесты «Дом. Дерево. Человек», шкала оценки депрессии CDRS-R, тест Люшера, тест Спилбергера.

Анализ субъективных жалоб детей и подростков с тревожными расстройствами показал значительную вариабельность и полиморфизм клинических симптомов тревоги. В результате исследований установлено, что 68,8 % детей младшего школьного возраста и 72,4 % подростков с тревожными расстройствами испытывали трудности

в получении удовольствия от учебной деятельности, большинство пациентов (56,4 и 69,9 % соответственно) легко поддавались скуке. У 12,8 % детей младшего школьного возраста и 18,4 % подростков отсутствовала инициатива выполнения любой деятельности. Симптом социальной изоляции, характеризующий показатель снижения социального когнитивного функционирования, превалировал у подростков (46,8 и 24,2 % соответственно). У большинства пациентов с тревожными расстройствами (80,6 %) независимо от возраста зарегистрировано снижение памяти, преимущественно по неустойчивому типу. У большинства детей младшего школьного возраста с тревожными расстройствами (76,6 %) было установлено нарушение скорости реакции и концентрации внимания. Нарушение концентрации внимания (преимущественно по неустойчивому типу) при наличии признаков минимальной мозговой дисфункции у детей младшего школьного возраста с тревожными расстройствами (62,6 %) свидетельствует в пользу нейрокогниции, что, по сути, может значительно влиять на эмоционально-когнитивный компонент невротического заболевания. Основное проявление депрессии у детей — поведенческие и когнитивные расстройства. Жалобы когнитивного характера, включающие снижение памяти, трудности сосредоточения, утомляемость при умственной работе, присутствовали у большинства наших пациентов. В структуре нарушений когнитивных функций при депрессии у детей с помощью нейропсихологических методов выделены: нарушение концентрации внимания и снижение памяти по неустойчивому типу, наличие интерференции.

Очевидно, что более раннее выявление когнитивных расстройств на стадии легких или умеренных нарушений актуально для проведения эффективного лечения. Нейропротективная терапия — наиболее приоритетное направление лечения когнитивных нарушений при депрессии у детей.

При проведении теста Тулуз-Пьерона у детей с депрессией установлено, что 24,0 % пациентов имели минимальную мозговую дисфункцию.

В процессе исследования были проанализированы и такие показатели минимальной мозговой дисфункции, как скорость и точность выполнения теста. Анализ результатов показал, что по скорости выполнения теста уровень патологии имели 15,5 % больных, слабая степень зарегистрирована у 23,7 %. Анализ показателей теста Тулуз-Пьерона, указывающих на точность выполнения задания, показал, что уровень патологии имеют 17,5 % больных, а слабый показатель — 7,2 %. У половины детей с депрессией (54,6 %) этот показатель соответствовал норме. Установлено, что у большинства детей с депрессией (82,6 %) среднее время реакции

внимания соответствовало уровню патологии. Анализ динамики концентрации внимания показал доминирование неустойчивого типа — 71,7% случаев. Установлено, что у большинства детей с депрессией (82,6%) отмечаются нарушения скорости реакции и концентрации внимания. Среди патологических типов нарушения концентрации внимания выделен неустойчивый (71,7%) и астенический (19,6%) типы.

В ходе исследования установлено, что снижение показателей энтропии Колмогорова — Синая электроэнцефалограммы во фронтальных отведениях у детей с депрессией свидетельствует о снижении уровня хаоса и свободы — уменьшении формирования нейросвязей. У детей с депрессией отмечаются сниженные адаптивные возможности к нагрузочным (умственным) тестам, что подтверждается уменьшением показателей variability сердечного ритма. У детей с депрессией преимущественно во фронтальных отведениях, особенно в медленно-волновом диапазоне, установлен разнонаправленный характер реагирования спектральных показателей в сторону его дезорганизации, тогда как у здоровых детей больше реагировали показатели доминирующего альфа-ритма. Дети с тревожным вариантом депрессии имели изменения в бета-ритмической активности как фронтальных, так и височных отведений.

В структуре тревожных расстройств у обследуемого контингента преобладали повышенная утомляемость при выполнении умственной работы, снижение мотивации к познавательной деятельности. Зарегистрированы феномены трудности перехода с одного этапа когнитивной деятельности на другой, затруднения при подборе слов, бедность активного словаря с дополнением собственной речи мимикой и жестами, в некоторых случаях — трудности, связанные с пониманием длинных и сложных высказываний. На уроках в школе ребенок с трудом включается в выполнение заданий, плохо справляется с ними. Установлено, что у обследованных детей выделены три варианта синдромокомплексов тревожного расстройства. Первый вариант — доминирование симптомов вторичной тревоги с наличием когнитивного (вектор направленности вовне) и эмоционального компонентов; второй — личностно зависимые состояния — наличие симптомов вторичной тревоги с когнитивным компонентом (вектор тревоги направлен на собственное «Я») с доминированием эмоционального ригидного компонента; третий — витальный.

При формировании эффективных программ терапии и психологического вмешательства необходимо учитывать степень нарушения познавательных функций детей с тревожными расстройствами.

Когнитивная дисфункция у таких пациентов позволяет определить стратегию терапевтического вмешательства, программу медико-психологического сопровождения на дальнейших этапах онтогенетического развития ребенка.

Список литературы

1. Cognitive deficits in depression / M. P. Austin, P. Mitchel, G. M. Goodwin [et al.] // *The Br. J. of Psychiatry*.— 2001.— Vol. 178.— P. 200–206.
2. *Baldwin D. S. Fast facts-depression* / D. S. Baldwin, R. M. A. Hirschfeld.— Oxford: Health press, 2005.— 82 p.
3. *Gualtieri C. T. Neurocognition in depression: Patients on and off medication versus healthy comparison subjects* / C. T. Gualtieri, L. G. Johnson, K. B. Benedict // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.*— 2006.— Vol. 18.— P. 217–225.
4. *Naismith S. L. Disability in major depression related to self-rated measured cognitive deficits: a preliminary study* / S. L. Naismith, W. A. Longley, E. M. Scott // *BMS.*— 2007.— Vol. 172.— P. 291–293.
5. *Малкова Е. Е. Психодиагностическая методика многомерной оценки детской тревожности: пособие для врачей и психологов* / Е. Е. Малкова.— СПб.: Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2007.— 34 с.
6. *Мэй Р. Проблема тревоги*; пер. с англ. А. Г. Гладкова / Р. Мэй.— М.: ЭКСМО-Пресс, 2001.— 432 с.
7. *Чутко Л. С. Тревожные расстройства у детей и подростков* // *Тревожные расстройства в общеврачебной практике: руководство для врачей*; под ред. Л. С. Чутко.— СПб.: ЭЛСБИ-СПб., 2010.— С. 55–74.
8. *Шевченко Ю. С. Онтогенетически ориентированная интегративная концепция* / Ю. С. Шевченко // *Психотерапия и клиническая психология.*— 2008.— № 1.— С. 17–22.
9. *Silber T. J. Somatization Disorders in Children and Adolescents* / T. J. Silber // *Pediatrics in Review.*— 2003.— Vol. 24, № 8.— P. 255–264.
10. *Малкова Е. Е. Тревога при соматических расстройствах у детей и подростков* / Е. Е. Малкова // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.*— 2012.— № 3 (14).— URL: <http://medpsy.ru>
11. *Zalutskaya N. M. Generalized anxiety disorder: from mechanisms of formation to rational therapy* / N. M. Zalutskaya // *Rev. Psychiatry. Med. Psychol.*— 2013.— № 3.— P. 99–110.
12. *Никитина И. В. Социальная тревожность: содержание понятия и основные направления изучения* / И. В. Никитина, А. Б. Холмогорова // *Социальная и клиническая психиатрия.*— 2011.— Т. 21, вып. 1.— С. 60–67.
13. *Депрессия у подростков (клинико-возрастной, нейрокогнитивный, генетический аспекты)* /

- Э. А. Михайлова, Т. Н. Матковская, Г. Ю. Проскурина [и др.] // Укр. вісн. психоневрології.— 2015.— Т. 23, вип. 2 (83).— С. 75–78.
14. *Марута Н. А.* Особенности тревожных расстройств при неврологических расстройствах и возможности их терапии / Н. А. Марута, Е. Е. Семикина // Современные тенденции в неврологии: настоящее и будущее: материалы XII Междунар. конф.— Су-дак, 2010.— С. 220–225.
15. *Крыжановский Г. Н.* Дизрегуляционная патология: руководство для врачей / Г. Н. Крыжановский.— М.: Медицина, 2002.— 78 с.

КОМОРБІДНІСТЬ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ ІЗ ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Т. М. МАТКОВСЬКА

Розглянуто питання щодо взаємозв'язку дефіциту та рівня адаптації дітей із тривожними розладами. Підкреслено неоднозначність впливу тривоги як симптому на когнітивне функціонування: одна частина когнітивних порушень визначена як фактор ризику для розвитку депресії та тривоги, інша — як кореляти клініко-психопатологічних порушень. Раннє виявлення та ефективне лікування перших епізодів депресії зменшує вираженість цього процесу, згладжує когнітивний дефіцит, сприяє соціальному відновленню пацієнтів.

Ключові слова: діти, депресивні розлади, тривога, когнітивні функції.

COMORBIDITY OF COGNITIVE DYSFUNCTION IN CHILDREN WITH ANXIETY-PHOBIC DISORDERS

T. M. MATKOVSKA

The question of correlation of deficiency and level of adaptation in children with anxiety disorders is featured. The ambiguity of the influence of anxiety as a symptom on cognitive functioning is emphasized; one part of cognitive disorders is defined as a risk factor for development of depression and anxiety, the other as correlation of clinical and psychopathological disorders. Early detection and effectiveness of treatment of first depression episodes reduces severity of this process, relieves cognitive deficits, promotes social recovery of patients.

Key words: children, depressive disorders, anxiety, cognitive functions.

Поступила 02.03.2018