

<https://doi.org/10.17116/jnevro2018118314-9>

## Особенности когнитивных процессов у больных с различной структурой тревожных расстройств

А.А. ЧЕПЕЛЮК<sup>1, 2</sup>, М.Г. ВИНОГРАДОВА<sup>2</sup>, Т.В. КОВАЛЕНКО<sup>1</sup>, О.А. ДОРОФЕЕВА<sup>1</sup>, М.В. МЕТЛИНА<sup>1</sup>, Г.Г. НЕЗНАМОВ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБНУ «Научно-исследовательский институт фармакологии им. В.В. Закусова», Москва, Россия; <sup>2</sup>Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

**Цель исследования.** Выявление особенностей когнитивных функций при тревожных расстройствах в зависимости от психопатологической картины нарушений. **Материал и методы.** С помощью теста Векслера (WAIS), модифицированного варианта теста Г. Виткина, симптоматической шкалы (Ю.А. Александровский и соавт., 1984) были обследованы 111 больных, из них 37 — с генерализованными тревожными (ГТР, F41.1 по МКБ-10), 36 — с тревожно-фобическими (ТФР, F40.0) и 38 — с тревожно-ипохондрическими расстройствами (ТИР, F45.2) и 114 здоровых. **Результаты и заключение.** Установлена отчетливая тенденция к нарастанию проявлений когнитивных нарушений при усложнении психопатологической картины расстройств в ряду ГТР—ТФР—ТИР. При ГТР обнаружено снижение показателей зрительно-моторной координации и зрительного внимания. При ТФР помимо характерных для ГТР нарушений выявлено снижение продуктивности процессов определения понятий, при ТИР — избегание развертывания последовательности действий для решения задач, снижение направленности на реализацию сложных программ, что приводит к снижению ряда показателей продуктивности аналитико-синтетической деятельности. Неоднородность изменений когнитивных процессов и структуры их корреляций с психопатологической симптоматикой при тревожных расстройствах проявлялась в снижении отдельных показателей когнитивных процессов при легких тревожных расстройствах, нарастании проявлений когнитивных дисфункций и количества корреляций при усложнении психопатологической картины, а также в интактности процессов соотношения различных частей внутри целого в отсутствии внешнезаданного образца.

**Ключевые слова:** нарушения когнитивных процессов, тест Векслера, тревожные расстройства, генерализованное тревожное расстройство, тревожно-фобические расстройства, тревожно-ипохондрические расстройства, когнитивные процессы, взаимосвязь когнитивных и психопатологических параметров.

### Cognitive processes in patients with different structure of anxiety disorders

A.A. CHEPELYUK, M.G. VINOGRADOVA, T.V. KOVALENOK, O.A. DOROFEEVA, M.V. METLINA, G.G. NEZNAMOV

Zakusov Institute of Pharmacology, Moscow, Russia; Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

**Objective.** To study the relationship between cognitive functions and psychopathological disturbances in anxiety disorders. **Material and methods.** WAIS, the modified Witkin's Embedded figures test, a symptom scale (Yu.A. Aleksandrovsky et al. 1984) were administered to 111 patients, including 37 with generalized anxiety disorders (GAD, ICD-10 F41.1), 36 with anxiety-phobic disorders (AFD, ICD-10 F40) and 38 with anxiety-hypochondriac disorders (AHD, ICD-10 F45.2), and to 114 healthy people. **Results and conclusion.** A distinct trend towards an increase of cognitive impairment depending on an increase in the complicity of psychopathological picture was observed as follows: GAD — AFD — AHD. A decrease in visual-motor coordination and visual attention was found in patients with GAD. In AFD patients, besides disturbances characteristic of GAD, there was a decrease on the WAIS Vocabulary subtest. In AHD patients, there was a decrease in analytic and synthetic abilities. The heterogeneity of changes in cognitive processes and the structure of their correlations with psychopathological symptoms in anxiety disorders was revealed as follows: a decrease in some parameters of cognitive processes in anxiety disorders with mild structure, an increase in cognitive dysfunction and in a number of correlations in anxiety disorders with more complex psychopathological picture, higher scores on the WAIS Block design task.

**Keywords:** cognitive impairment, WAIS, anxiety disorders, generalized anxiety disorder, anxiety-phobic disorder, anxiety-hypochondriac disorder, cognitive processes, correlations between cognitive and psychopathological parameters.

Важным направлением в современных исследованиях когнитивных процессов является определение их роли в генезе различных психических заболеваний. В полной мере это относится к исследованиям когнитивных функций

при пограничных психических расстройствах, в частности тревожных [1].

Данные эпидемиологических исследований [2, 3] свидетельствуют о высокой распространенности когни-

тивных нарушений при аффективных расстройствах у лиц молодого и среднего возраста (18—35 лет) в европейской популяции: длительностью 1 мес — у 17—24%, 1 год — у 38—48%, на протяжении более длительного периода — у 52—61%. При различных тревожных состояниях изменения познавательных процессов характеризуются значительной вариабельностью по степени выраженности — от едва наблюдаемых до существенно снижающих эффективность интеллектуальной деятельности, что до некоторой степени объясняет и противоречивость полученных результатов. Так, не было обнаружено [4] нарушений эпизодической памяти у пациентов с генерализованным тревожным расстройством и специфическими фобиями в отличие от снижения аналогичных показателей у больных с паническим расстройством с агорафобией. В другой работе [5] при генерализованном тревожном расстройстве были выявлены нарушения внимания, в то время как при паническом расстройстве обнаружены [6—9] нарушения различных видов памяти (кратковременная зрительная, пространственная, эпизодическая), оптико-конструктивных способностей, ухудшение скорости зрительно-моторной координации, управляющих функций и переключения внимания.

В отдельных исследованиях [8, 10] была отмечена также более высокая когнитивная продуктивность, связанная с анализом невербальной информации, у пациентов с тревожными расстройствами. Так, при изучении процессов восстановления невербальной эмоционально-значимой информации (лицевая экспрессия) было показано, что у больных с паническим расстройством процессы идентификации отличаются большей продуктивностью по сравнению со здоровыми. Считают, что это может быть связано с усилением направленности внимания на анализ невербальной коммуникации (мимика лица), позволяющей прогнозировать поведение окружающих (смогут ли они оказать помощь или останутся равнодушными) в случае возникновения у пациента панической атаки [8, 10]. Однако в литературе есть и противоположные данные [10] об искажениях в распознавании лицевой экспрессии при паническом расстройстве, что ведет к избеганию потенциально опасных ситуаций и необходимости нахождения с людьми, вызывающими чувство безопасности и надежности. В условиях эмоционально нагруженной ситуации при патологической тревоге было обнаружено снижение продуктивности распознавания значений вербальной эмоционально-насыщенной информации (например, угрожающих слов). У пациентов с паническим расстройством выявлялись [11] различия по сравнению со здоровыми во времени распознавания угрожающих слов и повышенное внимание к информации, связанной с заболеванием. Подобное расхождение между непродуктивностью воспроизведения вербальной информации и большей эффективностью процессов извлечения невербальной информации, имеющей отношение к заболеванию, является, с одной стороны, компенсаторным механизмом, позволяющим быстрее и точнее оценивать эмоциональную обстановку, а с другой — фактором, поддерживающим поведенческие проявления тревоги, фобий, избегающего поведения, патологическую фиксацию на неприятных ощущениях и своем состоянии.

Существующие представления о психологических механизмах когнитивных нарушений при тревожных расстройствах определяют как методологию исследований,

так и направления интерпретации полученных данных. В рамках нейропсихологического анализа психологических механизмов тревожных расстройств указываются повышенная истощаемость и сужение объема внимания, снижение способности к распределению доступных ресурсов внимания, переключению, дефицитарность стратегий организации материала при кодировании зрительно-пространственной информации и селективности внимания под влиянием тревоги [7, 9, 12]. Важным направлением исследований является изучение роли опосредующих нарушения внимания факторов, связанных с длительностью воздействия стимулов, уровнем когнитивной нагрузки, выраженностью тревоги и интенсивностью воспринимаемой угрозы [13], а также их нейробиологических основ [14].

В русле когнитивно-поведенческого подхода в качестве одного из важных принципов рассматриваются учет опыта и поведения субъекта, внимание к его мыслям и образам, опосредующим восприятие внешних событий, а также индивидуальным паттернам реагирования на них. В качестве ключевых понятий вводятся когнитивные искажения, ошибки в процессах обработки поступающей информации. Искажения процессов внимания понимаются как диспропорциональное распределение по отношению к внешним угрозам, выступающее в качестве психологического фактора возникновения и хронификации тревожных расстройств [15]. На протяжении последних 20 лет когнитивные модели различных тревожных расстройств активно развиваются, в них обсуждается роль когнитивных искажений как общих когнитивных предиспозиций к возникновению данных расстройств [16, 17]. Для пациентов с паническим расстройством в качестве подобных предиспозиций выделяют страх страха, тревожную сенситивность, при генерализованном тревожном расстройстве — патологическое беспокойство, при социофобии — страх негативной оценки и привлечения внимания [18], при ипохондрических расстройствах — опасения относительно телесных симптомов с их интерпретацией в катастрофическом ключе [1, 19].

Таким образом, изменения когнитивных процессов при тревожных расстройствах характеризуются неравномерностью и неоднородностью проявлений от снижения продуктивности ряда функций до повышения эффективности отдельных процессов по сравнению с нормативными значениями. Данные литературы свидетельствуют о значимости при построении исследования когнитивных нарушений при тревожных расстройствах учета таких факторов, как различия в клинической картине, выраженность психопатологических проявлений на момент обследования, использование широкого диапазона различных стимульных ситуаций, варьирование характера предъявляемых стимулов и эмоциональной нагруженности заданий.

Цель настоящей работы — характеристика нарушений когнитивных функций при различных по структуре тревожных расстройствах и их связи с психопатологической симптоматикой.

## Материал и методы

В исследование были включены 111 больных с тревожными расстройствами, 39 мужчин и 72 женщины. В их числе были 37 — с генерализованным тревожным рас-

стройством (ГТР), код по МКБ-10 F41.1, 36 — с тревожно-фобическими расстройствами (ТФР), код по МКБ-10 F40.0 и 38 — с тревожно-ипохондрическими расстройствами (ТИР), код по МКБ-10 F45.2.

Характеристика выборки представлена в **табл. 1**.

Исследование было проведено в клинических отделениях Московской клинической психиатрической больницы им. Ю.В. Каннабиха.

Контрольную группу составили 114 здоровых.

При планировании работы предполагалось, что разные по психопатологической структуре и тяжести тревожные нарушения, даже в диапазоне непсихотического уровня, могут сопровождаться и разной выраженностью изменений когнитивных процессов. В соответствии с данной рабочей гипотезой были обследованы больные с ГТР с достаточно простой структурой тревожных расстройств и больные с ТФР и ТИР, при которых проявления тревоги являлись компонентом более сложных психопатологических синдромов.

Основной особенностью состояния у больных с ГТР было наличие тревоги, постоянного внутреннего напряжения, усиливающегося по незначительным поводам, повышенная истощаемость психической деятельности, раздражительность, ощущение собственной несостоятельности, тревожные опасения грядущих неприятностей. Идеаторные нарушения у пациентов с ГТР характеризовались фиксацией на сложившихся обстоятельствах, своем состоянии, неспособности справиться с возникшими проблемами. У пациентов с ТФР отмечались страхи различного содержания, возникающие в определенных ситуациях, чаще всего в общественном транспорте, людных местах, замкнутых пространствах. Они сопровождались соматовегетативными проявлениями, в структуре которых ведущее место занимали патологические ощущения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. У ряда больных страхи носили острый чувственный характер и возникали как ощущение внезапной телесной катастрофы, витальной тревоги. При более сложной структуре тревожно-фобического синдрома отмечалась постепенная редукция эмоционального компонента фобий при нарастании избегающего поведения, фобифобий. Клиническая картина при ТИР характеризовалась явлениями «телесной сверхбдительности» с различными патологическими сенсациями в ассоциации с навязчивыми нарушениями либо со сверхценными образованиями. Отмечались идеаторные нарушения в виде навязчивых сомнений по поводу наличия серьезного заболевания с охватченностью своим состоянием, фиксацией на вопросах здоровья. Имелись явления сверхценной ипохондрии со стойкой убежденностью в наличии тяжелого заболевания,

локализуемого в проекции имеющихся телесных сенсаций, и активностью, направленной на их устранение.

Для клинической оценки состояния использовали шкалу оценки выраженности симптоматики (ШОВС), составленную на основе «Унифицированной системы оценки клинико-фармакологического действия психотропных препаратов у больных с пограничными нервно-психическими расстройствами» [20]. Когнитивные функции исследовали с применением теста Векслера — WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale — шкала интеллекта взрослых), состоящего из шести вербальных и пяти невербальных субтестов (цит. по [21]), а также модифицированного варианта теста «Включенные фигуры» Виткина (цит. по [22]).

Статистическую обработку проводили с применением методов дисперсионного анализа (ANOVA) и корреляционного анализа Спирмена с помощью пакета статистических программ IBM SPSS Statistics 22.0.

## Результаты и обсуждение

Стандартизованная клиническая оценка состояния больных свидетельствовала о наличии общих и сходных по выраженности психопатологических проявлений при ГТР, ТФР и ТИР. Речь идет о проявлениях, отражающих тревогу и эмоциональное напряжение (тревога, повышенная раздражительность), расстройства настроения (пониженное настроение и его суточные колебания), астенические расстройства (повышенная истощаемость, апатичность, психомоторная заторможенность) и уровень бодрствования (дневная сонливость, нарушения ночного сна), т.е. о наименее специфических и структурно простых психопатологических комплексах (**табл. 2**). В отличие от ГТР, характеризующегося относительно простой структурой расстройств, при ТФР и ТИР отмечалось их усложнение за счет фобий, сенестопатий и сверхценностей, идеаторных навязчивостей (**см. табл. 2**).

При исследовании когнитивных функций с использованием теста Векслера (**табл. 3**) было установлено, что при ГТР не выявляются статистически значимые отличия от наблюдаемых у здоровых по отдельным субтестам и суммарным показателям вербальных и невербальных оценок, за исключением снижения значений субтеста «шифровка». Полученный результат указывает на снижение точности и скорости процессов зрительно-моторной координации и зрительного внимания, а также лишь отдельных неспецифических показателей продуктивности познавательных процессов (общий балл), что согласуется с данными литературы [23] о нарушениях процессов зрительно-моторной координации и зрительного внимания у

**Таблица 1.** Краткая характеристика включенных в исследование больных и контрольной группы здоровых

Показатель	Больные			Здоровые
	ГТР	ТФР	ТИР	
Средний возраст, годы	35,4±10,1	31,5±10,1	35,5±9,6	35,5±9,6
Пол				
женщины	30	20	22	81
мужчины	7	16	16	33
Образование				
высшее	29	25	27	81
неоконченное высшее	1	6	2	11
среднее	7	5	9	22

Таблица 2. Основные показатели шкалы ШОВС больных с ГТР, ТФР и ТИР

Показатель	Выраженность симптомов, баллы		
	ГТР (1)	ТФР (2)	ТИР (3)
Тревога	3,39±0,74	3,10±0,77	3,34±0,77
Повышенная раздражительность	2,93±1,12	2,31±1,37	2,72±1,22
Аффективная лабильность	2,39±1,45 <sup>2</sup>	1,38±1,29 <sup>1,3</sup>	2,14±1,41 <sup>2</sup>
Пониженное настроение	0,39±0,74	0,55±0,87	0,62±0,90
Суточные колебания настроения	0,32±0,72	0,72±1,10	0,69±1,26
Повышенная истощаемость (чувство слабости)	2,75±1,11	2,00±1,51	2,28±1,25
Апатичность, безразличие	0,75±1,24	0,52±0,83	0,69±0,93
Психомоторная заторможенность	0,29±0,66	0,17±0,47	0,34±0,94
Расстройства засыпания	2,00±1,44	1,52±1,38	1,45±1,50
Нарушения глубины и длительности ночного сна	1,86±1,35	1,38±1,29	1,93±1,31
Расстройства пробуждения	2,14±1,41 <sup>2</sup>	1,41±1,40 <sup>1,3</sup>	2,28±1,44 <sup>2</sup>
Дневная сонливость	1,25±1,35	1,48±1,24	1,38±0,94
Идеаторные навязчивости	0,64±1,10	1,14±1,30	1,38±1,47
Пониженный аппетит	0,25±0,65	0,38±0,68	0,24±0,58
Гиперестезия	1,93±1,39 <sup>2</sup>	1,03±1,27 <sup>1</sup>	1,28±1,31
Локализованные витальные ощущения	0,64±1,42	0,34±0,86	0,52±1,02
Сенестопатии	0,18±0,55 <sup>2,3</sup>	0,93±1,22 <sup>1</sup>	1,66±1,65 <sup>1</sup>
Фобические расстройства	0,68±1,22 <sup>2,3</sup>	2,90±0,98 <sup>1</sup>	2,76±1,30 <sup>1</sup>
Сверхценные образования	0,18±0,61 <sup>2,3</sup>	0,90±1,21 <sup>1</sup>	1,55±1,50 <sup>1</sup>
Потливость	0,71±0,71	0,93±0,75	0,76±0,83
Головные боли	1,36±0,91 <sup>2</sup>	0,76±0,69 <sup>1</sup>	1,03±0,94
Тахикардия	1,21±0,79	1,55±0,83 <sup>3</sup>	0,93±0,84 <sup>2</sup>
Вегетативные расстройства пароксизмального характера	0,64±0,87 <sup>2</sup>	1,07±0,84 <sup>1</sup>	0,76±0,74

Примечание. Здесь и в табл. 3: показатели приведены в виде  $M \pm \delta$  (где  $M$  — среднее арифметическое,  $\delta$  — стандартное отклонение). Достоверные различия при  $p \leq 0,05$  отмечены при показателях с дополнительным указанием на номера групп, с которыми имеются различия.

пациентов с ГТР. При ТФР наряду со снижением показателей субтеста «шифровка» обнаруживается снижение по сравнению с контролем показателей субтеста «словарный», что свидетельствует о наличии нарушений не только зрительно-моторной координации и зрительного внимания, но и операций мышления, связанных с определением понятий, выделением их существенных признаков. В отличие от сравнительно незначительной выраженности когнитивных дисфункций у больных с ГТР и ТФР при ТИР выявлялось статистически значимое снижение по сравнению с нормой показателей выполнения большинства субтестов Векслера, а также интегральных параметров (суммы вербальных и невербальных оценок). Полученные результаты свидетельствуют, что наряду с описанными при ГТР и ТФР расстройствах при ТИР имеются нарушения продуктивности различных компонентов аналитико-синтетической деятельности: избегание развертывания последовательности действий, снижение направленности на реализацию сложных программ, трудности установления сходства и различия, обобщений и формулирования умозаключений в условиях работы с вербальной информацией с привлечением различных ситуаций социального контекста. Таким образом, была установлена тенденция к нарастанию проявлений когнитивного дефицита при усложнении психопатологической картины расстройств у больных с тревожными нарушениями.

Важно отметить, что для всех групп пациентов с тревожными расстройствами было характерно значимо лучшее выполнение невербального субтеста «складывание

фигур» по сравнению со здоровыми. Эффективность деятельности в данном задании связана со способностями быстрого соотнесения различных частей стимульного материала и построения на их основе мысленного образа целого при отсутствии внешне заданного образца, алгоритма выполнения. Высокая продуктивность пациентов с тревожными расстройствами при выполнении данного субтеста соотносится со статистически значимым более быстрым выполнением заданий на поиск геометрических фигур в условиях отсутствия заданного алгоритма (время выполнения модифицированного теста Виткина пациентами с тревожными расстройствами составило  $13 \pm 6$  мин, здоровыми —  $28 \pm 16$  мин,  $p \leq 0,05$ ).

Для определения связи между особенностями клинической картины тревожных расстройств и нарушениями когнитивных функций провели корреляционный анализ между показателями ШОВС и теста Векслера. Были обнаружены достоверные корреляции, свидетельствующие о наличии подобных связей. Не останавливаясь на детальном анализе конкретных связей отдельных показателей когнитивных функций и клинических характеристик, следует отметить общие закономерности. Они заключаются в увеличении количества статистически достоверных корреляций при усложнении психопатологической структуры тревожных расстройств в ряду ГТР—ТФР—ТИР. При этом выявляется преобладание связей вербальных субтестов Векслера с показателями (симптомы), отражающими психопатологические нарушения, в то время как отмечается примерно одинаковое количество достоверных связей соматовегетативных проявлений с вербаль-

Таблица 3. Показатели теста Векслера у больных с тревожными расстройствами и здоровых

Субтесты	Больные			Здоровые (4)
	ГТР (1)	ТФР (2)	ТИР (3)	
1. Осведомленность	12,91±2,41	12,46±2,66	12,24±2,43	13,12±3,32
2. Понятливость	12,42±2,50	12,14±1,97	11,39±2,14	13,15±3,24 <sup>3</sup>
3. Арифметический	10,17±2,77	10,03±2,92	9,39±3,03	11,28±2,73 <sup>3</sup>
4. Сходство	12,69±1,78 <sup>3</sup>	12,66±1,39 <sup>3</sup>	11,76±1,95 <sup>1,2</sup>	12,99±2,19 <sup>3</sup>
5. Повторение цифр	9,80±2,56	10,77±2,43	9,84±3,01	11,31±2,72
6. Словарный	13,34±2,56	12,97±2,08	12,45±2,26	14,66±2,94 <sup>2,3</sup>
Сумма вербальных оценок	71,00±7,69	70,91±9,00	66,55±10,30	76,78±11,47 <sup>3</sup>
7. Шифровка	9,80±2,41	9,57±2,20	9,39±2,53	11,78±2,73 <sup>1-3</sup>
8. Недостоящие детали	10,71±1,81 <sup>3</sup>	10,60±1,83 <sup>3</sup>	9,65±1,89 <sup>1,2</sup>	11,74±2,00 <sup>3</sup>
9. Кубики Коса	12,20±3,44	12,69±2,04	12,34±2,52	13,21±2,11
10. Последовательные картинки	10,09±1,63	9,60±2,04	9,89±1,91	10,51±2,14
11. Складывание фигур	8,43±2,32	8,60±1,99	8,55±1,87	7,13±2,14 <sup>1-3</sup>
Сумма невербальных оценок	51,43±7,77	51,09±6,15	50,00±6,86	54,36±6,65 <sup>3</sup>
Общий балл	122,40±13,06	122,00±12,08	116,55±13,99	131,13±15,20 <sup>1-3</sup>

ными и невербальными субтестами. Также у больных всех диагностических групп были представлены корреляции с субтестами Векслера сложной невротической, невротоподобной симптоматики (фобии, сверхценные образования), а у больных с ТФР и ТИР — также сенестопатий и идеаторных навязчивостей, что отражает важность этих психопатологических проявлений с позиций их соотношений с изменениями когнитивных функций у больных с разной структурой тревожных расстройств.

Увеличение количества корреляций между психопатологической симптоматикой и параметрами теста Векслера при более сложных по структуре тревожных расстройствах соотносится с результатами исследований клинико-психофизиологических особенностей различных вариантов тревожных расстройств, показавших, что при паническом расстройстве преимущественными способами реализации тревоги являются эмоциональная и когнитивная реакции, а при психопатологически более сложном фобическом расстройстве — поведенческая и в меньшей степени эмоциональная реакции [24].

Важно отметить отсутствие (в случае ГТР) или наличие (в случае ТФР и ТИР) лишь единичных слабых значимых корреляционных связей психопатологической симптоматики с показателями невербального субтеста «складывание фигур», предполагающего оценку процессов соотношения части и целого в отсутствие внешне заданного образца, в выполнении которого пациенты с различными по структуре тревожными расстройствами были успешнее здоровых. Полученный результат позволяет предположить развитие у них независимо от структуры тревожных нарушений общих компенсаторных механизмов, направленных на быстрое мысленное предвосхищение результатов действий, связанных с соотношением различных частей стимульной ситуации в единое целое. Этот результат согласуется с описанными в литературе данными [8] о повышении продуктивности анализа невербальной информации у пациентов с паническими атаками, позволяющего прогнозировать изменения ситуации.

Таким образом, при более легких по структуре тревожных расстройствах с ведущими в клинической картине нарушениями эмоционального компонента психической деятельности в виде тревоги, эмоционального напряжения, раздражительности не отмечается выраженного снижения когнитивного функционирования. Выявленные нарушения представлены снижением точности и скорости процессов зрительно-моторной координации и зрительного внимания, а также отдельных неспецифических показателей продуктивности познавательных процессов. При усложнении структуры тревожных расстройств с наличием в клинической картине нарушения сложных поведенческих паттернов и идеаторных проявлений наблюдается нарастание когнитивных дисфункций. При ТФР отмечается снижение показателей не только зрительно-моторной координации и зрительного внимания, но и операций мышления, связанных с определением понятий, выделением их существенных признаков, при ТИР — снижение продуктивности различных компонентов аналитико-синтетической деятельности. Важно, что при выявленной неоднородности нарушений когнитивных функций при различных по структуре тревожных расстройствах наблюдаются неспецифические интактные в отношении психопатологических проявлений когнитивные процессы, связанные с предвосхищением результатов действий по соотношению различных частей стимульной ситуации в единое целое. Высокая эффективность данных процессов в сопоставлении с нормативным уровнем свидетельствует о неравномерности проявлений нарушений когнитивного функционирования у больных с тревожными расстройствами. Наличие корреляций показателей когнитивных функций с психопатологической симптоматикой с увеличением их количества в ряду ГТР—ТФР—ТИР свидетельствует об их значимости в формировании клинической картины тревожных расстройств.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Starcevic V, Castle DJ. *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*. Handbook of Stress, Volume 1. In: FINK G, ed. Amsterdam, Boston, Heidelberg, London, New York, Oxford, Paris, San Diego, San Francisco, Singapore, Sydney, Tokyo: Elsevier; 2016;203-211.
- Baldwin DS, Hou R, Gordon R, Huneke NTM, Garner M. Pharmacotherapy in Generalized Anxiety Disorder: Novel Experimental Medicine Models and Emerging Drug Targets. *CNS Drugs*. 2017;4-12. <https://doi.org/10.1007/s40263-017-0423-2>
- Bobes J, Cabarello L, Vilardaga I, Rejas J. Disability and health-related quality of life in outpatients with generalised anxiety disorder treated in psychiatric clinics: is there still room for improvement? *Ann Gen Psychiatry*. 2011;10(7). <https://doi.org/10.1186/1744-859X-10-7>
- Airaksinen E, Larsson MFY. Neuropsychological functions in anxiety disorders in population-based samples: evidence of episodic memory dysfunction. *J Psychiatr Res*. 2005;39:207-214. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2004.06.001>
- Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А., Никишена И.С., Анисимова Т.И., Бондарчук Ю.Л. Когнитивные нарушения у пациентов с генерализованным тревожным расстройством. *Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина*. 2013;3:38-44. [Chutko LS, Surushkina SYu, Yakovenko EA, Nikishena IS, Anisimova TI, Bondarchuk YuL. Cognitive disorders in patients with generalized anxiety disorder. *Psikhiatriya i psikhofarmakologiya im. P.B. Gannushkina*. 2013;3:38-44. (In Russ.)].
- Гордеев С.А., Посохов С.И., Ковров Г.В., Катенко С.В. Психологические особенности панического и генерализованного тревожного расстройства. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2013;113(5):11-14. [Gordeev SA, Posohov SI, Kovrov GV, Katenko SV. Psychophysiological specific of panic attack and generalized anxiety disorder. *Zhurnal Nevrologii i Psihiatrii im. S.S. Korsakova*. 2013;113(5):11-14. (In Russ.)].
- Есейкина Л.И., Плужников И.В. Нарушение внимания у больных с тревожными расстройствами: нейропсихологический подход. *Психиатрия*. 2016;70(3):55-56. [Eseykina LI, Pluznikov IV. Attention impairment in anxiety disorders: neuropsychological approach. *Psikhiatriya*. 2016;70(3):55-56. (In Russ.)].
- Castilio EP, Campos Coy PE, Shejot FO, Duran ET, Cabrera DM. Evaluacion de funcion es cognitivas; atencion y memoria en pacient es contrastorno de paniclct. *Solud Ment*. 2010;33:481-488.
- Derakshan N, Smyth S, Eysenck MW. Effects of state anxiety on performance using a task-switching paradigm: An investigation of attentional control theory. *Psychonomic Bulletin & Review*. 2009;16(6):1112-1117. <https://doi.org/10.3758/PBR.16.6.1112>
- Rector Kamkar NA, Cassin K, Ayearst SE, Laposa LE. Assessing excessive reassurance seeking in the anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. 2011;25(7):911-917. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.05.003>
- Van den Heuvel OA, Veltman DJ, Groenewegen HJ, Witter MP, Merkelbach J, Cath DC, van Balkom AJLM, van Oppen P, van Dyck R. Disorder-Specific Neuroanatomical Correlates of Attentional Bias in Obsessive-compulsive Disorder, Panic Disorder, and Hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(8):922-933. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.8.922>
- Pacheco-Unguetti AP, Acosta A, Marques ELJ. Alterations of the attentional networks in patients with anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. 2011;25:888-895. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.04.010>
- Cisler JM, Koster Ernst HW. Clinical Psychology Review Mechanisms of attentional biases towards threat in anxiety disorders: An integrative review. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(2):203-216. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.003>
- Ottaviani C, Watson DR, Meeten F, Makovac E, Garfinkel SN, Critchley HD. Neurobiological substrates of cognitive rigidity and autonomic inflexibility in generalized anxiety disorder. *Biol Psychol*. 2016. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2016.06.009>
- Hecker JE. (Eds). *Introduction to clinical psychology: science, practice and ethics*. NY. 2005;599.
- Fergus Wu TA, Kevin D. Do Symptoms of Generalized Anxiety and Obsessive-Compulsive Disorder Share Cognitive Processes? *Cogn Ther Res*. 2010;34:168-176. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9239-9>
- Pérez MAN, Delgado MMR, M, Mateos LL, Bueno N. Cognitive Control and Anxiety Disorders: Metacognitive Beliefs and Strategies of Control Thought in GAD and OCD. *Clinica y Salud*. 2010;21:159-167. <https://doi.org/10.5093/cl2010v21n2a5>
- Allison J. Cognitive vulnerability to anxiety: A review and integrative model. *Clinical Psychology Review*. 2009;29:459-470.
- Starcevic V, Berle D. Cognitive specificity of anxiety disorders: a review of selected key constructs. *Depress Anxiety*. 2006;23:51-61. <https://doi.org/10.1002/da.20145>
- Александровский Ю.А., Руденко Г.М., Незнамов Г.Г. *Унифицированная система оценки клинико-фармакологического действия психотропных препаратов у больных с пограничными нервно-психическими расстройствами*. М. 1984. [Aleksandrovskii YuA, Rudenko GM, Neznamov GG. *Unifitsirovannaya sistema otsenki kliniko-farmakologicheskogo deistviya psikhotropnykh preparatov u bol'nykh s pogranychnymi nervno-psikhicheskimi rasstroistvami*. М. 1984. (In Russ.)].
- Филимоненко Ю.И., Тимофеев В.И. *Тест Векслера. Диагностика уровня развития интеллекта (взрослый вариант)*. Методическое руководство. СПб.: ИМАТОН; 2006. [Filimonenko YuI, Timofeev VI. *Test Vekslera. Diagnostika urovnya razvitiya intellekta (vzroslyi variant)*. Metodicheskoe rukovodstvo. SPb.: Imaton; 2006. (In Russ.)].
- Виноградова М.Г., Шабанова А.А. *Методические рекомендации к проведению модифицированного теста Г. Виткина*. М. 2014. [Vinoogradova MG, Shabanova AA. *Metodicheskie rekomendatsii k provedeniyu modifitsirovannogo testa G. Vitkina*. М. 2014. (In Russ.)].
- Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А., Никишена И.С., Анисимова Т.И., Бондарчук Ю.Л. Когнитивные нарушения у пациентов с генерализованным тревожным расстройством. *Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина*. 2013;3:38-44. [Chutko LS, Surushkina SYu, Yakovenko EA, Nikishena IS, Anisimova TI, Bondarchuk YuL. Cognitive disorders in patients with generalized anxiety disorder. *Psikhiatriya i psikhofarmakologiya im. P.B. Gannushkina*. 2013;3:38-44. (In Russ.)].
- Корабельникова Е.А., Будик А.М. Тревожные расстройства: клинико-психологические особенности. *Психическое здоровье*. 2011;12(67):47-54. [Korabelnikova EA, Budic AM. Anxiety disorders: clinical and psychological features. *Psikhicheskoe zdorov'e*. 2011;12(67):47-54. (In Russ.)].