 ISSN 2786-8753(online)
ISSN 2786-8745 (print)

СУЧАСНІ ДОСЛІДЖЕННЯ В МЕДИЧНІЙ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОЛОГІЇ ЗДОРОВ'Я

УДК 159.9.072:615.214 7 DOI: 10.31558/2786-8745.2026.2(9).8

ПСИХОФАРМАКОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ЗМІН КОГНІТИВНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА ЇХ ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ

Оверчук Вікторія Анатоліївна
доктор економічних наук,
кандидат психологічних наук, професор,
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7744-9346.
Яцишин Сергій Євгенійович
старший викладач кафедри кризової та
клінічної психології Стуса;
ORCID: https://orcid.org/0009-0004-3308-4762.

Анотація. *Мета статті – узагальнити дані про когнітивні ефекти психофармакотерапії та з'ясувати, як враховувати їх під час клініко-психологічного обстеження. Огляд охоплює 19 публікацій 2007-2026 років щодо антидепресантів, антипсихотиків, бензодіазепінів, антихолінергічного навантаження й нейропсихологічного оцінювання, відібраних відповідно до мети роботи. Результати зіставлено з урахуванням складу вибірок, способів вимірювання та певності доказів. Оцінювання когнітивних змін потребує окремого розгляду тестових показників, скарг і повсякденного функціонування пацієнта. У статті описано, як перевіряти надійність виміряних змін, уточнювати обставини лікування та розглядати можливі причини погіршення. Умовні клінічні приклади ілюструють застосування цих рекомендацій під час інтерпретації результатів обстеження. Вплив цих рекомендацій на точність та узгодженість висновків фахівців потребує емпіричної перевірки.*

Ключові слова: *психофармакологія, когнітивне функціонування, антидепресанти, антипсихотики, бензодіазепіни, антихолінергічне навантаження, нейропсихологічне оцінювання, клініко-психологічна інтерпретація.*

Постановка проблеми Результати нейропсихологічного обстеження під час психофармакотерапії залежать від симптомів розладу, дії препаратів, сну та вимог завдання. Психологу потрібно з'ясувати, з чим пов'язане погіршення. Особливої уваги потребують випадки, коли пацієнт повільніше виконує

тести, але краще справляється з повсякденними справами, чи скаржиться на пам'ять за незмінних результатів проб. Такі розбіжності потребують розгляду кількох можливих пояснень.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Метааналізи досліджень антидепресантів [1; 13; 16] показують, що висновки про когнітивний ефект залежать від дизайну дослідження та обраного показника. Colwell та співавтори [2] аналізують, як відрізнити пряму дію препарату від поліпшення, зумовленого зменшенням депресивних симптомів. Праці щодо антипсихотиків [3; 14; 19], бензодіазепінів [4; 5; 15] й антихолінергічного навантаження [6; 7] описують неоднакові результати для різних препаратів і клінічних груп. Методологічні праці [8; 17] та рекомендації Американської академії клінічної нейропсихології (AACN) [18] визначають, як оцінювати індивідуальні зміни з урахуванням анамнезу й повсякденного функціонування.

Виділення невирішених раніше аспектів проблеми. Усереднені дані досліджень самі по собі не дають змоги встановити причину погіршення в окремого пацієнта. У статті розглянуто методичні засади інтерпретації змін когнітивного функціонування під час психофармакотерапії. Особливу увагу приділено випадкам, коли результати нейропсихологічного обстеження не узгоджуються зі скаргами пацієнта та його повсякденним функціонуванням.

Мета статті. Узагальнити дані про когнітивні ефекти психофармакотерапії та з'ясувати, як враховувати можливий вплив препаратів під час інтерпретації результатів клініко-психологічного обстеження. Для цього зіставлено дослідження різного дизайну. На умовних клінічних прикладах показано, як використовувати ці дані під час обстеження окремого пацієнта.

Матеріали та методи дослідження. Проведено наративний огляд 19 рецензованих публікацій 2007-2026 років із цільовим добором джерел. Бібліографію уточнено 01 жовтня 2026 року за результатами тематичного вебпошуку праць, індексованих у PubMed. Бібліографічні дані, анотації й доступні повні тексти перевіряли на сайтах видавців, у PubMed Central та авторських копіях. Використано запити «antidepressants cognition network meta-analysis», «antipsychotics cognitive function», «benzodiazepines cognition meta-analysis»,

«anticholinergic burden cognition», «neuropsychological reliable change». Окремо опрацьовано рекомендації AACN [17; 18]. Часових обмежень пошуку наперед не задавали.

Добирали клінічні й оглядові праці з описом вибірки, дизайну та вимірюваних когнітивних функцій, а також методологічні джерела з індивідуального оцінювання змін. Огляд охоплює три групи препаратів та антихолінергічне навантаження. Враховано рекомендації SANRA щодо якості наративних оглядів [11]. Протокол не реєстрували, подвійного незалежного відбору й формальної оцінки ризику упередженості первинних досліджень не проводили. Огляд не претендує на вичерпне охоплення літератури.

Для індивідуальної інтерпретації виділено шість груп відомостей: психометричні характеристики тестів, час появи змін, умови приймання ліків, психічний стан і рівень бадьорості, вимоги завдання, повсякденне функціонування. Повторного метааналізу не виконували. Огляди, що включають ті самі первинні дослідження, не розглядали як незалежні підтвердження ефекту.

Виклад основного матеріалу дослідження. Вплив клінічного стану на результати обстеження. Пацієнти з тяжчим перебігом психічного розладу можуть потребувати вищих доз препаратів і водночас мати нижчі показники когнітивного функціонування, зумовлені самим захворюванням. У фармакоепідеміології таке спотворення зв'язку між лікуванням і його результатами розглядають як змішування за показаннями до лікування, зокрема за тяжкістю захворювання [10]. Отже, виявлений зв'язок між вищою дозою препарату та нижчими результатами когнітивного тестування сам по собі не доводить негативного впливу препарату на когнітивні функції. Зменшення загальмованості або дезорганізації може полегшувати виконання завдань, а сонливість і рухові порушення – ускладнювати його. Щоб оцінити можливий вплив ліків на когнітивне функціонування, потрібно з'ясувати, які саме порушення виникли та коли – до початку лікування, після призначення препарату чи зміни його дози.

Антидепресанти. У таблиці 1 наведено результати, отримані за різних способів порівняння. Ainsworth та співавтори [13] оцінювали зміни в групі лікування, тоді як у метааналізах [1; 16] ефект зіставляли з плацебо. У метааналізі Rosenblat

 ISSN 2786-8753(online)
ISSN 2786-8745 (print)

та співавторів [1] після виключення досліджень вортиоксетину ефект щодо психомоторної швидкості вже не досягав статистичної значущості. Dølven та співавтори [16] також повідомили про позитивний вплив вортиоксетину на виконання окремих когнітивних завдань, проте загальну певність доказів за системою GRADE оцінили як низьку.

Таблиця 1. Кількісні результати досліджень антидепресантів і межі їх інтерпретації

Джерело та дизайн	**Показник: ефект [95 % ДІ]**	**Обмеження**
Rosenblat та ін. [1] Депресія; 9 РКД; n = 2550; проти плацебо	Психомоторна швидкість: SMD 0,16 [0,05; 0,27]. Відстрочене відтворення: SMD 0,24 [0,15; 0,34].	Ефект щодо швидкості залежав від включення вортиоксетину.
Ainsworth та ін. [13] Депресія пізнього віку; 8 робіт, n = 493	Пам’ять і навчання (5 робіт): стандартизована внутрішньогрупова зміна 0,254 [0,103; 0,404].	Зміна в групі лікування; не перевага над плацебо.
Dølven та ін. [16] 40 РКД різних втручань; депресія; мережеві оцінки вортиоксетину проти плацебо	Цифро-символьне заміщення: g −0,232 [−0,358; −0,107]. Струп, конгруентна умова: g −0,235 [−0,429; −0,042]. TMT-B: g −0,291 [−0,414; −0,168]. Засвоєння слів: g −0,253 [−0,406; −0,100].	Низька загальна певність доказів. Переваги в окремих завданнях не означають поліпшення всіх когнітивних функцій.

Примітка. РКД – рандомізоване контрольоване дослідження; ДІ – довірчий інтервал; SMD – стандартизована різниця середніх; g – розмір ефекту Геджеса. У [16] від’ємний знак відповідає перевазі лікування; наведено мережеві оцінки з додаткових таблиць S4, S6, S7, S9; оцінку GRADE – із S10. TMT-B – частина B тесту з’єднання послідовностей. Джерело: узагальнено за [1; 13; 16].

Shilyansky та співавтори [12] виявили збереження частини

когнітивних порушень після симптоматичної ремісії. Повторне обстеження завершили 712 із 1008 пацієнтів і 316 із 336 здорових учасників. Наявність контрольної групи здорових учасників дала змогу оцінити можливий вплив повторного тестування, однак відсутність плацебо-групи серед пацієнтів обмежувала можливості визначення ефекту лікування. Водночас поліпшення психічного стану не обов'язково супроводжується повним відновленням когнітивних функцій. Навіть виявлена в контрольованих дослідженнях перевага препарату над плацебо за когнітивними показниками не дозволяє однозначно стверджувати, що він має безпосередню прокогнітивну дію, оскільки частина позитивних змін може бути пов'язана зі зменшенням вираженості психопатологічних симптомів [2].

Антипсихотики: зіставлення метааналізів. Feber та співавтори [3] проаналізували результати 68 рандомізованих контрольованих досліджень (РКД), не обмежуючи їх відбір за віком учасників. Мережевий метааналіз загального показника когнітивного функціонування охоплював 66 досліджень і 18 втручань. Для оцінювання когнітивних функцій використовували сумарний показник батареї MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB), а за його відсутності – результати інших когнітивних тестів. Водночас 40 досліджень мали високий ризик систематичної похибки, а певність доказів приблизно для третини мережевих порівнянь за методологією CINeMA була дуже низькою. З огляду на ці обмеження автори вважали докази переваг окремих препаратів недостатньо переконливими. Зокрема, хоча для паліперидону було отримано статистично значущий результат (SMD = −0,57; 95 % ДІ: від −1,03 до −0,11; від'ємні значення свідчили на користь лікування), його слід інтерпретувати з урахуванням обмежень доказової бази.

Olgiati та співавтори [19] проаналізували дослідження за участю пацієнтів віком 18-65 років, доповнивши частину даних попереднього метааналізу результатами нових випробувань окремих препаратів. Загальний показник когнітивного функціонування мав ґрунтуватися на оцінюванні щонайменше трьох когнітивних сфер. Якщо обстеження проводили повторно, для аналізу використовували результати найдовшого періоду спостереження. Порівняно з плацебо, статистично значущі

переваги виявлено для луразидону (g = 0,46; 95 % ДІ: 0,11–0,82) та ксаномеліну (g = 0,30; 95 % ДІ: 0,06–0,54). Певність доказів за системою GRADE автори оцінили для луразидону як помірну або високу, а для ксаномеліну – як високу. Водночас порівняння ефективності ксаномеліну з іншими активними препаратами ґрунтувалися на непрямих даних. Автори також не виявили зв'язку між змінами когнітивних показників і вираженістю психопатологічних симптомів на рівні досліджень. Однак це не виключає можливості такого зв'язку в окремих пацієнтів.

Під час зіставлення результатів цих метааналізів необхідно враховувати відмінності у складі вибірок, досліджуваних препаратах, методах оцінювання когнітивних функцій та певності отриманих доказів. Результати щодо окремих препаратів не дають підстав поширювати відповідні висновки на весь клас антипсихотиків. Для клініко-психологічної діагностики важливо також враховувати вираженість психотичної симптоматики, сонливість і рухові порушення, які можуть впливати на результати когнітивного тестування незалежно від власне когнітивних можливостей пацієнта.

Бензодіазепіни. Оцінюючи вплив бензодіазепінів на когнітивне функціонування, важливо розрізняти ефекти одноразового приймання, тривалого застосування та зміни, що спостерігаються після припинення лікування. Когнітивні показники в цих випадках можуть залежати від седативної дії препаратів, розвитку толерантності та симптомів відміни [4; 15].

Liu та співавтори [4] провели систематичний огляд 13 досліджень за участю людей старшого віку, з яких вісім увійшли до метааналізу. За результатами порівняння 253 учасників особи, які приймали бензодіазепіни, демонстрували нижчі показники швидкості опрацювання інформації за цифро-символьним тестом (SMD = −0,61; 95 % ДІ: від −0,91 до −0,31). Водночас ці результати стосуються конкретної вікової групи та окремого когнітивного показника, тому не можуть свідчити про однаковий вплив бензодіазепінів на всі когнітивні функції.

Zetsen та співавтори [5] дослідили когнітивне функціонування 92 пацієнтів із тривалим досвідом приймання бензодіазепінів, залучених до програми припинення їх застосування. Порівняння з віковими нормативами

показало, що 20,7 % учасників відповідали використаному авторами критерію когнітивних порушень. Однак особливості формування вибірки та відсутність зіставної контрольної групи не дозволяють пов'язувати виявлені порушення виключно з прийманням препаратів. У метааналізі Crowe і Stranks [15] когнітивні відмінності порівняно з контрольними групами спостерігалися й після припинення тривалого застосування бензодіазепінів, хоча їхня вираженість залежала від досліджуваної когнітивної сфери.

Отже, під час клініко-психологічного обстеження необхідно з'ясувати, чи передували когнітивні труднощі початку лікування, як довго пацієнт приймає препарат, коли була остання доза та чи відбувалися зміни режиму приймання. Не менш важливо враховувати якість сну, тривожну симптоматику та можливі прояви відміни, оскільки ці чинники також можуть впливати на результати когнітивного тестування.

Антихолінергічне навантаження. У систематичному огляді та метааналізі Mancini та співавторів [6] проаналізовано 25 досліджень, присвячених зв'язку антихолінергічного навантаження з когнітивним функціонуванням у 4620 пацієнтів із психотичними розладами. Встановлено, що вищий рівень антихолінергічного навантаження пов'язаний із нижчими загальними показниками когнітивного функціонування ($r = -0,37$; 95 % ДІ: від −0,48 до −0,25). Однак під час інтерпретації цього зв'язку необхідно враховувати можливий вплив тяжкості психічного розладу та супутнього медикаментозного лікування.

Для оцінювання антихолінергічного навантаження використовують, зокрема, шкалу антихолінергічного когнітивного навантаження (Anticholinergic Cognitive Burden, ACB) та шкалу антихолінергічного ризику (Anticholinergic Risk Scale, ARS). Оскільки ці інструменти мають різні підходи до оцінювання препаратів, однакова схема лікування може отримувати за ними різні бали. Крім того, результати такого оцінювання не відображають безпосередньо концентрації препаратів у центральній нервовій системі [7]. Тому під час клініко-психологічного обстеження важливо з'ясувати, які саме препарати приймає пацієнт, у яких дозах і протягом якого

 ISSN 2786-8753(online)
ISSN 2786-8745 (print)

часу, а також врахувати можливі зміни його соматичного стану.

Оцінювання когнітивних змін під час повторного обстеження. Різниця між результатами двох обстежень не завжди свідчить про реальне поліпшення або погіршення когнітивного функціонування. Для її інтерпретації необхідно визначити, чи перевищує виявлена зміна очікувані коливання результатів тестування та чи супроводжується вона змінами у повсякденній діяльності пацієнта. З цією метою використовують індекс надійної зміни (Reliable Change Index, RCI) та стандартизовані регресійні методи, якщо для відповідного тесту доступні необхідні дані повторних вимірювань. Залежно від обраного методу вони дозволяють враховувати похибку вимірювання, ефект повторного виконання завдань, регресію до середнього та інтервал між обстеженнями [8; 17]. Звичайних вікових нормативів для такого оцінювання недостатньо. Водночас навіть статистично надійна зміна не дозволяє встановити її причину, а відсутність помітної динаміки не виключає порушень, до яких використаний тест може бути недостатньо чутливим.

Показовим прикладом є тест з'єднання послідовностей (Trail Making Test, TMT), результати якого залежать від кількох когнітивних і сенсомоторних процесів. У дослідженні за участю 41 здорової особи старшого віку встановлено, що виконання частини А переважно пов'язане із зорово-перцептивними функціями, тоді як частина В більшою мірою залежить від робочої пам'яті та здатності переключатися між завданнями. Використання різниці часу виконання частин В і А (B−A) дозволяло зменшити вплив зорово-перцептивних процесів і робочої пам'яті на підсумковий показник [9]. Проте ці результати не означають, що показник B−A не залежить від рухових порушень або седативної дії препаратів у пацієнтів із психічними розладами. Тому його слід оцінювати разом із характером допущених помилок, особливостями поведінки пацієнта під час тестування та результатами інших нейропсихологічних проб.

Послідовність клініко-психологічного аналізу. Під час клініко-психологічного обстеження важливо встановити характер виявлених змін: чи стосуються вони результатів когнітивного тестування, суб'єктивних скарг пацієнта або його повсякденного

 ISSN 2786-8753(online)
ISSN 2786-8745 (print)

функціонування. Необхідно з'ясувати, коли виникли труднощі та чи збігається їхня поява зі змінами медикаментозного лікування. Водночас слід враховувати інші можливі чинники, зокрема перебіг психічного розладу, порушення сну, соматичний стан та умови проведення обстеження. У психологічному висновку доцільно чітко відокремлювати встановлені факти від припущень щодо їхніх причин, зазначаючи підстави для таких припущень і дані, необхідні для їх перевірки. Якщо когнітивні зміни виникли на тлі одночасного впливу кількох чинників, достовірно визначити внесок окремого препарату може бути неможливо.

Умовний клінічний приклад. Наведений випадок є умовним і призначений для ілюстрації послідовності клініко-психологічного аналізу, а не для обґрунтування конкретної схеми медикаментозного лікування.

У 38-річного пацієнта з розладом шизофренічного спектра через посилення психотичної симптоматики лікар підвищив дозу рисперидону з 2 до 4 мг на добу. Інші медикаментозні призначення залишилися без змін. До підвищення дози пацієнт виконав частину А тесту з'єднання послідовностей (ТМТ-А) за 42 с, частину В (ТМТ-В) – за 105 с. Через шість тижнів час виконання становив відповідно 54 і 148 с. На третій день після зміни дози з'явилася сонливість, протягом першого тижня – скутість рухів, а приблизно через два тижні пацієнт почав скаржитися на уповільнення мислення. Водночас вираженість психотичних симптомів зменшилася. За спостереженнями родичів, пацієнт став самостійніше виконувати повсякденні справи. Труднощі робочої пам'яті відзначалися в нього й до зміни лікування.

Під час повторного обстеження час виконання ТМТ-А збільшився на 12 с, а ТМТ-В – на 43 с. Різниця між частинами В та А зросла із 63 до 94 с. Однак без відповідних даних про надійність повторного тестування та очікуваний ефект практики неможливо встановити, чи виходять ці зміни за межі звичайної варіативності результатів.

Поява сонливості та скутості після підвищення дози дозволяє припустити, що уповільнення виконання завдань могло бути частково пов'язане з лікуванням. Водночас сам по собі часовий зв'язок не доводить медикаментозної причини. Раніше виявлені труднощі робочої пам'яті могли позначатися на результатах тестування ще до корекції

 ISSN 2786-8753(online)
ISSN 2786-8745 (print)

терапії, але не пояснюють самі по собі подальшого збільшення часу виконання завдань. Поліпшення повсякденної самостійності також не виключає погіршення окремих когнітивних показників, оскільки результати тестування та функціонування в повсякденному житті відображають різні аспекти стану пацієнта.

Для уточнення причин виявлених змін необхідно насамперед оцінити можливий вплив рухових порушень. Якщо лікар підтвердить появу екстрапірамідних симптомів, а результати завдань із подібними когнітивними, проте меншими руховими вимогами залишатимуться стабільними, припущення про внесок моторного уповільнення стане обґрунтованішим. Якщо ж погіршення спостерігатиметься і в таких завданнях, потрібно ширше оцінити когнітивне функціонування, враховуючи сонливість, якість сну, перебіг психічного розладу та соматичний стан. Слід також з'ясувати, чи були однаковими умови обох обстежень і чи не виникли між ними інші обставини, здатні вплинути на результати. Навіть статистично надійне збільшення часу виконання тестів підтверджувало б зміну результатів тестування, але не дозволяло б самостійно встановити її причину.

За наявними даними психологічний висновок можна сформулювати так:

«Під час повторного обстеження встановлено збільшення часу виконання ТМТ-А і ТМТ-В порівняно з попередніми результатами. Статистичну надійність виявлених змін не визначено. Сонливість і скутість рухів, що виникли після підвищення дози рисперидону, могли вплинути на швидкість виконання завдань. Водночас, за повідомленням родичів, повсякденна самостійність пацієнта поліпшилася. Отриманих даних недостатньо для висновку про погіршення виконавчих функцій або встановлення причинного зв'язку між зміною дози препарату та результатами когнітивного тестування».

Інформацію про появу сонливості та скутості необхідно передати лікарю, який здійснює лікування, для оцінювання можливих побічних реакцій і переносимості призначеної терапії.

В іншому умовному випадку після початку бензодіазепінової терапії пацієнт скаржиться на пам'ять, хоча результати повторних проб перебувають у межах очікуваної варіативності й побутова самостійність збережена. Психолог описує

скарги, з'ясовує, чи виникає сонливість і чи дають використані методики змогу виявити труднощі, які пацієнт помічає в повсякденному житті. Якщо пацієнт почав припускатися помилок у звичних справах, їх потрібно врахувати навіть за стабільних тестових балів. **Обговорення результатів та обмеження.** У роботі результати досліджень когнітивних ефектів психофармакотерапії розглянуто в контексті принципів оцінювання індивідуальних когнітивних змін [2; 8; 17; 18]. На змодельованих клінічних прикладах показано, які додаткові відомості необхідні для інтерпретації випадків, коли результати когнітивного тестування не узгоджуються зі скаргами пацієнта або змінами його повсякденного функціонування. Запропоновані рекомендації мають методичний характер і не становлять окремої валідованої діагностичної методики. Обмеження роботи пов'язані з цільовим відбором наукових джерел, неоднорідністю проаналізованих досліджень і відсутністю самостійної оцінки ризику систематичної похибки. Крім того, окремі первинні дослідження включено до кількох розглянутих метааналізів, тому їхні результати не можна вважати повністю незалежними. Практичне застосування запропонованих рекомендацій потребує достатньої інформації про клінічний стан пацієнта, призначене лікування та відповідних даних для інтерпретації результатів повторного тестування. Вплив цих рекомендацій на точність і узгодженість клініко-психологічних висновків у межах цієї роботи не досліджували.

Висновки та перспективи подальших досліджень

1. Оцінювання когнітивних ефектів психофармакотерапії потребує врахування особливостей конкретного препарату, клінічної групи та досліджуваних когнітивних функцій. Поліпшення показників у групі лікування, перевага над плацебо та зв'язки, виявлені в обсерваційних дослідженнях, мають різне значення для встановлення причинного впливу препаратів. Тому під час інтерпретації результатів необхідно враховувати не лише їхню статистичну значущість, а й величину виявленого ефекту та певність доказів.

2. Під час індивідуального клініко-психологічного обстеження важливо встановити, чи виходять зміни

результатів тестування за межі очікуваної варіативності, та зіставити їх із часом виникнення скарг, змінами медикаментозного лікування, перебігом психічного розладу й повсякденним функціонуванням пацієнта. Особливу увагу слід приділяти сонливості та руховим порушенням, які можуть позначатися на виконанні когнітивних завдань. Їхній можливий вплив необхідно оцінювати з урахуванням когнітивних і моторних вимог конкретного тесту.

3. Клініко-психологічний висновок має чітко розмежовувати встановлені зміни когнітивних показників і припущення щодо їхніх причин. Перспективним напрямом подальших досліджень є перевірка практичної цінності запропонованих рекомендацій шляхом порівняння висновків фахівців, які їх застосовують, із висновками, складеними за звичайною практикою на основі однакових клінічних ситуацій. Незалежне експертне оцінювання за попередньо визначеними критеріями дозволило б з'ясувати, наскільки повно фахівці враховують можливі причини когнітивних змін та обґрунтовують власні висновки. При цьому узгодженість експертних оцінок необхідно розглядати окремо від їхньої правильності, оскільки збіг суджень сам по собі не гарантує достовірності клінічної інтерпретації.

Список використаних джерел

1. Rosenblat J. D., Kakar R., McIntyre R. S. The Cognitive Effects of Antidepressants in Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. International Journal of Neuropsychopharmacology. 2016. Vol. 19, no. 2. Article pyv082. DOI: 10.1093/ijnp/pyv082.

2. Colwell M. J., Tagomori H., Chapman S. et al. Pharmacological Targeting of Cognitive Impairment in Depression: Recent Developments and Challenges in Human Clinical Research. Translational Psychiatry. 2022. Vol. 12. Article 484. DOI: 10.1038/s41398-022-02249-6.

3. Feber L., Peter N. L., Chiocchia V. et al. Antipsychotic Drugs and Cognitive Function: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. JAMA Psychiatry. 2025. Vol. 82, no. 1. P. 47–56. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2024.2890.

4. Liu L., Jia L., Jian P. et al. The Effects of Benzodiazepine Use and Abuse on Cognition in the Elders: A Systematic Review and Meta-Analysis of Comparative Studies. Frontiers in Psychiatry. 2020. Vol. 11. Article 755. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.00755.

5. Zetsen S. P. G., Schellekens A. F. A., Paling E. P., Kan C. C., Kessels R. P. C. Cognitive Functioning in Long-Term Benzodiazepine Users. European Addiction Research. 2022. Vol. 28, no. 5. P. 377–381. DOI: 10.1159/000525988.
6. Mancini V., Latreche C., Fanshawe J. B. et al. Anticholinergic Burden and Cognitive Function in Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. American Journal of Psychiatry. 2025. Vol. 182, no. 4. P. 349–359. DOI: 10.1176/appi.ajp.20240260.
7. Michael H. U., Enechukwu O., Brouillette M.-J. et al. The Prognostic Utility of Anticholinergic Burden Scales: An Integrative Review and Gap Analysis. Drugs & Aging. 2023. Vol. 40, no. 9. P. 763–783. DOI: 10.1007/s40266-023-01050-4.
8. Duff K. Evidence-Based Indicators of Neuropsychological Change in the Individual Patient: Relevant Concepts and Methods. Archives of Clinical Neuropsychology. 2012. Vol. 27, no. 3. P. 248–261. DOI: 10.1093/arclin/acr120.
9. Sánchez-Cubillo I., Periáñez J. A., Adrover-Roig D. et al. Construct Validity of the Trail Making Test: Role of Task-Switching, Working Memory, Inhibition/Interference Control, and Visuomotor Abilities. Journal of the International Neuropsychological Society. 2009. Vol. 15, no. 3. P. 438–450. DOI: 10.1017/S1355617709090626.
10. Sendor R., Stürmer T. Core Concepts in Pharmacoepidemiology: Confounding by Indication and the Role of Active Comparators. Pharmacoepidemiology and Drug Safety. 2022. Vol. 31, no. 3. P. 261–269. DOI: 10.1002/pds.5407.
11. Baethge C., Goldbeck-Wood S., Mertens S. SANRA–A Scale for the Quality Assessment of Narrative Review Articles. Research Integrity and Peer Review. 2019. Vol. 4. Article 5. DOI: 10.1186/s41073-019-0064-8.
12. Shilyansky C., Williams L. M., Gyurak A. et al. Effect of Antidepressant Treatment on Cognitive Impairments Associated with Depression: A Randomised Longitudinal Study. The Lancet Psychiatry. 2016. Vol. 3, no. 5. P. 425–435. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)00012-2.
13. Ainsworth N. J., Marawi T., Maslej M. M. et al. Cognitive Outcomes After Antidepressant Pharmacotherapy for Late-Life Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. American Journal of Psychiatry. 2024. Vol. 181, no. 3. P. 234–245. DOI: 10.1176/appi.ajp.20230392.
14. Lungu P. F. et al. The Effect of Antipsychotics on Cognition in Schizophrenia: A Current Narrative Review. Brain Sciences. 2024. Vol. 14, no. 4. Article 359. DOI: 10.3390/brainsci14040359.

15. Crowe S. F., Stranks E. K. The Residual Medium and Long-term Cognitive Effects of Benzodiazepine Use: An Updated Meta-analysis. Archives of Clinical Neuropsychology. 2018. Vol. 33, no. 7. P. 901–911. DOI: 10.1093/arclin/acx120.
16. Dølven S., Moroń M., Eriksen I., Toft J. E. G., Semkovska M. The Comparative Efficacy of Antidepressant and Psychological Therapies on Cognition in Depression: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. Neuropsychology Review. 2025. Online ahead of print. DOI: 10.1007/s11065-025-09686-2.
17. Heilbronner R. L., Sweet J. J., Attix D. K., Krull K. R., Henry G. K., Hart R. P. Official Position of the American Academy of Clinical Neuropsychology on Serial Neuropsychological Assessments: The Utility and Challenges of Repeat Test Administrations in Clinical and Forensic Contexts. The Clinical Neuropsychologist. 2010. Vol. 24, no. 8. P. 1267–1278. DOI: 10.1080/13854046.2010.526785.
18. American Academy of Clinical Neuropsychology. American Academy of Clinical Neuropsychology (AACN) Practice Guidelines for Neuropsychological Assessment and Consultation. The Clinical Neuropsychologist. 2007. Vol. 21, no. 2. P. 209–231. DOI: 10.1080/13825580601025932.
19. Olgiati P., Messina A., Oliva V. et al. Impact of Selected Second and Third Generation Antipsychotics on Cognitive Dysfunction in Schizophrenia-Spectrum Disorders. Systematic Review and Network Meta-Analysis. International Clinical Psychopharmacology. 2026. Vol. 41, no. 3. P. 144–165. DOI: 10.1097/YIC.0000000000000607.

PSYCHOPHARMACOLOGICAL FACTORS ASSOCIATED WITH COGNITIVE CHANGES AND THEIR IMPLICATIONS FOR CLINICAL PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT

Viktoriia Overchuk
Serhii Yatsyshyn

Abstract. *This article reviews evidence on the cognitive effects of psychopharmacotherapy and examines how to take these effects into account in clinical psychological assessment. The narrative review covers 19 publications from 2007-2026 on antidepressants, antipsychotics, benzodiazepines, anticholinergic burden, and neuropsychological assessment, selected for their relevance to the review aim. Findings are compared with regard to study populations, outcome measures, and certainty of evidence. Assessment of cognitive change requires separate consideration of test performance, subjective complaints, and everyday functioning. The*

article describes how to assess the reliability of measured changes, clarify treatment circumstances, and consider possible causes of deterioration. Hypothetical clinical examples illustrate how to apply these recommendations when interpreting assessment findings. The effects of these recommendations on the accuracy of clinicians' conclusions and agreement between clinicians require empirical evaluation.

Keywords: *psychopharmacology, cognitive functioning, antidepressants, antipsychotics, benzodiazepines, anticholinergic burden, neuropsychological assessment, clinical psychological interpretation.*

References

Ainsworth, N. J., Marawi, T., Maslej, M. M., Blumberger, D. M., McAndrews, M. P., Perivolaris, A., Pollock, B. G., Rajji, T. K., & Mulsant, B. H. (2024). Cognitive outcomes after antidepressant pharmacotherapy for late-life depression: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 181*(3), 234–245. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20230392

American Academy of Clinical Neuropsychology. (2007). American Academy of Clinical Neuropsychology (AACN) practice guidelines for neuropsychological assessment and consultation. *The Clinical Neuropsychologist, 21*(2), 209–231. https://doi.org/10.1080/13825580601025932

Baethge, C., Goldbeck-Wood, S., & Mertens, S. (2019). SANRA–A scale for the quality assessment of narrative review articles. *Research Integrity and Peer Review, 4*, Article 5. https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8

Colwell, M. J., Tagomori, H., Chapman, S., Gillespie, A. L., Cowen, P. J., Harmer, C. J., & Murphy, S. E. (2022). Pharmacological targeting of cognitive impairment in depression: Recent developments and challenges in human clinical research. *Translational Psychiatry, 12*, Article 484. https://doi.org/10.1038/s41398-022-02249-6

Crowe, S. F., & Stranks, E. K. (2018). The residual medium and long-term cognitive effects of benzodiazepine use: An updated meta-analysis. *Archives of Clinical Neuropsychology, 33*(7), 901–911. https://doi.org/10.1093/arclin/acx120

Dølven, S., Moroń, M., Eriksen, I., Toft, J. E. G., & Semkovska, M. (2025). The comparative efficacy of antidepressant and psychological therapies on cognition in depression: A systematic review and network meta-analysis. *Neuropsychology Review*. Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s11065-025-09686-2

Duff, K. (2012). Evidence-based indicators of neuropsychological change in the individual patient: Relevant concepts and methods. *Archives of Clinical Neuropsychology, 27*(3), 248–261. https://doi.org/10.1093/arclin/acr120

Feber, L., Peter, N. L., Chiocchia, V., Schneider-Thoma, J., Siafis, S., Bighelli, I., Hansen, W.-P., Lin, X., Prates-Baldez, D., Salanti, G., Keefe, R. S. E., Engel, R. R., & Leucht, S. (2025). Antipsychotic drugs and cognitive function: A systematic review and network meta-analysis. *JAMA Psychiatry, 82*(1), 47–56. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.2890

Heilbronner, R. L., Sweet, J. J., Attix, D. K., Krull, K. R., Henry, G. K., & Hart, R. P. (2010). Official position of the American Academy of Clinical Neuropsychology on serial neuropsychological assessments: The utility and challenges of repeat test administrations in clinical and forensic contexts. *The Clinical Neuropsychologist, 24*(8), 1267–1278. https://doi.org/10.1080/13854046.2010.526785

Liu, L., Jia, L., Jian, P., Zhou, Y., Zhou, J., Wu, F., & Tang, Y. (2020). The effects of benzodiazepine use and abuse on cognition in the elders: A systematic review and meta-analysis of comparative studies. *Frontiers in Psychiatry, 11*, Article 755. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00755

Lungu, P. F., Lungu, C. M., Ciobica, A., Balmus, I. M., Vitalaru, R., Mavroudis, I., Dobrin, R., Cimpeanu, M., & Gurzu, I. L. (2024). The effect of antipsychotics on cognition in schizophrenia: A current narrative review. *Brain Sciences, 14*(4), Article 359. https://doi.org/10.3390/brainsci14040359

Mancini, V., Latreche, C., Fanshawe, J. B., Varvari, I., Zauchenberger, C.-Z., McGinn, N., Catalan, A., Pillinger, T., McGuire, P. K., & McCutcheon, R. A. (2025). Anticholinergic burden and cognitive function in psychosis: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 182*(4), 349–359. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20240260

Michael, H. U., Enechukwu, O., Brouillette, M.-J., Tamblyn, R., Fellows, L. K., & Mayo, N. E. (2023). The prognostic utility of anticholinergic burden scales: An integrative review and gap analysis. *Drugs & Aging, 40*(9), 763–783. https://doi.org/10.1007/s40266-023-01050-4

Olgiati, P., Messina, A., Oliva, V., Luca, M., Luca, A., Baune, B. T., Ferri, R., & Serretti, A. (2026). Impact of selected second and third generation antipsychotics on cognitive dysfunction in schizophrenia-spectrum disorders. Systematic review and network meta-analysis. *International Clinical Psychopharmacology, 41*(3), 144–165. https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000607

Rosenblat, J. D., Kakar, R., & McIntyre, R. S. (2016). The cognitive effects of antidepressants in major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *International Journal of Neuropsychopharmacology, 19*(2), Article pyv082. https://doi.org/10.1093/ijnp/pyv082

Sánchez-Cubillo, I., Periáñez, J. A., Adrover-Roig, D., Rodríguez-Sánchez, J. M., Ríos-Lago, M., Tirapu, J., & Barceló, F. (2009). Construct validity of the Trail Making Test: Role of task-switching, working memory, inhibition/interference control, and visuomotor abilities. *Journal of the International Neuropsychological Society, 15*(3), 438–450. https://doi.org/10.1017/S1355617709090626

Sendor, R., & Stürmer, T. (2022). Core concepts in pharmacoepidemiology: Confounding by indication and the role of active comparators. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 31*(3), 261–269. https://doi.org/10.1002/pds.5407

Shilyansky, C., Williams, L. M., Gyurak, A., Harris, A., Usherwood, T., & Etkin, A. (2016). Effect of antidepressant treatment on cognitive impairments associated with depression: A randomised longitudinal study. *The Lancet Psychiatry, 3*(5), 425–435. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00012-2

Zetsen, S. P. G., Schellekens, A. F. A., Paling, E. P., Kan, C. C., & Kessels, R. P. C. (2022). Cognitive functioning in long-term benzodiazepine users. *European Addiction Research, 28*(5), 377–381. https://doi.org/10.1159/000525988

Використання інструментів ШІ. Під час підготовки рукопису використовувався Microsoft Copilot – для допоміжного пошуку публікацій. Автори несуть відповідальність за науковий зміст, точність цитування та остаточну редакцію.

Це стаття відкритого доступу за ліцензією Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Стаття надійшла до редакції 10.09.2026
Стаття пройшла рецензування 05.10.2026
Стаття опублікована 09.11.2026