

ВЛИЯНИЕ ТРЕВОГИ НА КОГНИТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ ДЕПРЕССИВНОМ СИНДРОМЕ

М.В. Алфимова^{1,2}, И.А. Лапин¹, Е.В. Аксенова², Т.С. Мельникова¹

¹ Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России,

² ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН

Взаимоотношение когнитивных и эмоциональных процессов при аффективных расстройствах является ключевой темой в исследовании этиопатогенеза данной группы заболеваний. При этом основное внимание сосредоточено на изучении особенностей обработки информации, ведущих к нарушению регуляции эмоций и поддержанию негативного аффекта. Такие исследования ведутся в рамках диатез-стрессовых и когнитивных теорий развития депрессии, из которых наиболее известна концепция А.Бека [13]. Вызванный этими теориями интерес к когнитивной сфере аффективных больных привел к открытию затрагивающего внимание, память и мышление «негативного сдвига», то есть предпочтительной обработки эмоционально-негативной информации [23]. Вместе с тем, у депрессивных больных имеет место дефицит переработки эмоционально-нейтральной информации, что нашло отражение в ряде обзоров, подтверждается результатами мета-анализа данных [8, 9, 14–16, 23, 31, 34, 36, 37, 39] и согласуется с включением когнитивных жалоб в перечень диагностических критериев депрессии. Наиболее стабильные результаты получены относительно нарушений эпизодической вербальной памяти, психической скорости и управляющих (регуляторных) функций. Последние представляют собой комплекс процессов, обеспечивающих планирование и контроль за психической деятельностью, и включают рабочую память, торможение нерелевантных реакций, управление вниманием, влияя на его устойчивость и переключаемость, и др.

Перечисленные когнитивные нарушения при депрессиях долгое время рассматривались как эпифеномен сниженного настроения и мотивации или как неспецифический коррелят любой психопатологии [15]. В настоящее время эти взгляды меняются, в первую очередь в связи с данными о наличии когнитивных нарушений у пациентов в интермиссии [9]. Внимание привлечено к поискам причин, объясняющих происхождение и гетерогенность когнитивных нарушений при депрессиях, поскольку разная

чувствительность когнитивных доменов к остроте состояния и отдельным симптомам депрессии может дать подсказку о мозговых механизмах развития депрессивного расстройства. Однако, несмотря на многочисленные исследования влияния остроты депрессии на нейрокогнитивные функции, эта связь по-прежнему не вполне понятна; еще меньше известно об эффекте отдельных симптомов депрессивного симптомокомплекса на когнитивную сферу [9, 32].

Одним из аспектов изучения происхождения и вариативности когнитивных нарушений при депрессиях является установление их связи с симптомами тревоги. Как отмечают G.S.Malhi и соавт. [30], симптомы тревоги могут непосредственно влиять на когниции при аффективных расстройствах и должны быть рассмотрены при установлении причин когнитивных нарушений. К настоящему времени представления о связи между тревогой и когнитивными нарушениями у депрессивных больных преимущественно основаны на сравнении тоскливых и тревожных депрессий. Отмечено, что в первом случае чаще наблюдается сужение объема внимания и трудности его переключения, нарушение воспроизведения информации и заторможенность мышления, а во втором – неустойчивость внимания, неравномерность течения ассоциаций [4]. Другой подход – количественная оценка связи между выраженностью отдельных симптомов в структуре депрессивного эпизода и изменением определенных когнитивных процессов – использовался редко, причем преимущественно в отношении пожилых пациентов и, как правило, без акцента на симптомы тревоги [17, 26, 35, 38].

Рассматривая тему взаимоотношений между тревогой и когнитивными процессами, следует отметить неоднозначность влияния тревоги как симптома на когнитивное функционирование. Так, В.Н.Краснов в своей монографии «Расстройства аффективного спектра» [4] приводит закон Йеркса-Додсона, согласно которому легкая тревога может

повышать результаты исполнительской актуальной активности, но сильная, клинически значимая тревога снижает продуктивность деятельности. Более того, на когнитивные функции видимо оказывает влияние не только актуальная тревога, но и тревожность как устойчивая личностная предрасположенность [20]. В настоящее время имеется значительное количество данных относительно связи черт тревожного ряда с возникновением и течением депрессии, а также ответом на лечение [2, 3, 11, 12, 18, 29]. Однако в отношении их влияния на когнитивные процессы у депрессивных пациентов имеются лишь единичные работы [10].

Цель настоящего исследования заключалась в оценке вклада симптомов тревоги и личностной тревожности в выраженность различных когнитивных нарушений у больных с депрессивным симптомокомплексом.

Материал и методы исследования

Основная выборка состояла из 56 пациентов среднего возраста с клинически выраженной депрессией. Среди пациентов было 37 женщин; 21 человек имели среднее образование, остальные 35 имели или получали высшее. Средний возраст составил $36,3 \pm 12,1$ лет. 36 больных находились на стационарном лечении в МНИИП – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России (I группа) и 20 пациентов – в ФГБУ НЦПЗ РАМН (II группа). В выборку включались лица с текущим депрессивным эпизодом легкой и умеренной степени тяжести без психотических симптомов в рамках биполярного (F31, 34 чел.) и рекуррентного депрессивного расстройства (F33, 22 чел.).

Контрольная группа включала 56 здоровых лиц, подобранных к больным по полу, возрасту и уровню образования (37 жен., средний возраст $36,2 \pm 11,9$ лет, 21 чел. имели среднее образование, остальные 35 имели или получали высшее). Критериями исключения для лиц контрольной группы являлись психические, неврологические и тяжелые соматические заболевания, а также наследственная отягощенность по психическим расстройствам. Пациенты и контрольные испытуемые дали информированное согласие на участие в исследовании.

Когнитивная батарея включала в себя задачи для оценки вербальной эпизодической памяти, психической скорости и ряда аспектов управляющих функций. Эпизодическую вербальную память изучали с помощью теста слухоречевой памяти и научения Рея (RAVLT). Тест позволяет оценить продуктивность непосредственного и отсроченного воспроизведения и узнавания, способность к заучиванию материала и действие интерференции. В ходе теста испытуемому пять раз предъявляют для воспроизведения список А из 15 слов, затем однократно список Б из 15 других слов. После воспроизведения списка Б испытуемого просят воспроизвести

список А. Через 20 минут испытуемого снова просят воспроизвести список А, а затем предъявляют 30 слов, среди которых испытуемый должен узнать слова списка А. В данной работе в качестве показателей слухоречевой памяти использовали воспроизведение списка А после первого предъявления (непосредственная память), суммарное количество слов, воспроизведенное после каждого из 5 предъявлений (научение), продуктивность отсроченного воспроизведения и узнавания. Последнее состояло из двух показателей – количества верно узнанных слов и количества ошибочно узнанных слов.

Для оценки психической скорости использовали задачу на семантическую вербальную беглость – название животных в течение 1 минуты; показатель – количество верных ответов. Тест также имеет нагрузку на процессы инициации из домена управляющих функций. Дополнительно больные первой группы и соответствующая подгруппа (17 чел.) контрольных испытуемых выполняли задание «шифровка» (WAIS-III digit symbol). В нем испытуемый должен кодировать цифры, заполняя соответствующие им пустые клетки знаками на основании имеющегося ключа; показатель – количество верно заполненных клеток за 90 сек.

Для оценки управляющих функций использовали серийное отсчитывание с переключением: испытуемый должен был в течение 1 минуты вычитать по очереди 2 и 5 из предыдущего результата, начиная с 200; показатель – количество верных ответов. Данный тест имеет высокую нагрузку на процессы манипулирования и обновления информации в рабочей памяти, а также на концентрацию внимания. Дополнительно больные I группы и соответствующая подвыборка контроля выполняли задание на управляющий компонент рабочей памяти – воспроизведение рядов цифр в порядке возрастания (BACS digit sequencing), а также поиск пути в лабиринте (Das Labyrinth, Nürnberger Altersinventars). Последняя задача вовлекает проблемно-решающее поведение, но также оценивает психическую скорость и пространственные способности; показатель – время выполнения. У больных II подгруппы и контроля анализировали данные для теста Trail Making Test Part B (TMT-B), оценивающего переключение внимания. В нем испытуемый должен соединять в правильном порядке кружки с буквами и числами, чередуя буквы и числа (показатель – время выполнения).

Выраженность депрессии и симптомов тревоги оценивали у пациентов с помощью шкалы депрессии Гамильтона (HDRS). Показателем остроты депрессии служила сумма баллов по первым 17 пунктам. Для оценки тревоги использовали пункт Психическая тревога. Кроме того, вычисляли индивидуальные значения по наиболее воспроизводимому в факторно-аналитических работах индексу тревоги/ажитации, включающему Психическую тревогу, Соматическую тревогу и Ажитацию [11]. Дополнительно для паци-

ентов I группы применяли шкалу тревоги Гамильтона HARS.

Для оценки тревожности как устойчивой индивидуальной черты использовали шкалу личностной тревожности Спилбергера (STAI). Опросник заполнили больные II группы и контрольные испытуемые.

Поскольку, как показал визуальный анализ и применение критерия Колмогорова-Смирнова, большинство когнитивных переменных и суммарные оценки по шкалам Спилбергера, HDRS и HARS имели распределение, близкое к нормальному, для их анализа использовали параметрические методы (t-критерий Стьюдента, корреляции Пирсона и линейную регрессию). С помощью непараметрических методов (критерий Манна-Уитни, корреляции Спирмена) анализировали показатели узнавания в тесте RAVLT и оценки по отдельным пунктами шкалы HDRS. Основной анализ, направленный на выявление вклада тревожного и депрессивного аффекта в формирование когнитивных нарушений, проводили с использованием множественной пошаговой линейной регрессии. Данные обрабатывали с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты Особенности когнитивных функций при депрессиях

Как видно из табл. 1, больные значимо отличались от контроля в сторону ухудшения показателей слухоречевой памяти, психической скорости, концентрации и переключения внимания. По рабочей памяти и проблемно-решающему поведению отклонений не выявлено.

Для оценки влияния остроты депрессии на когнитивные признаки провели серию анализов методом множественной линейной регрессии, в которых зависимыми переменными были нормально распределенные показатели памяти (непосредственное воспроизведение, научение и отсроченное воспроизведение), а также название животных и отсчитывание, а независимой – суммарный балл по 17 пунктам

шкалы HDRS. Поскольку демографические факторы, как правило, влияют на когнитивное функционирование, в качестве ковариат вводили пол, возраст и образование. В результате было обнаружено, что при учете социально-демографических переменных выраженность депрессии является значимым предиктором научения, отсроченного воспроизведения и психической скорости (шифровка), объясняя 15, 16 и 30% общей дисперсии каждого из этих признаков соответственно. Кроме того, с тяжестью депрессии коррелировало количество ошибочно узнанных слов ($r=0,4$, $p=0,007$).

Следует отметить, что группы пациентов различались между собой по тяжести депрессии. Во второй группе она была выше, чем в первой: 22,5 (5,3) против 17,4 (4,6), $t=3,0$, $p=0,005$. Соответственно пациенты второй группы выполняли все когнитивные задания несколько хуже, чем пациенты первой группы. Различия достигали значимости для показателя отсроченного воспроизведения ($t=2,0$, $p<0,05$).

Влияние тревожного аффекта на когнитивные признаки

При анализе влияния тревожного аффекта на когнитивные признаки представлялось важным сопоставить его с влиянием выраженности депрессивного настроения (пункт 1 шкалы HDRS), отражающего преимущественно аффект печали, подавленность. Сравнение групп больных по пунктам Депрессивное настроение, Психическая тревога и индексу Тревога/Ажитация выявило различия между ними только по выраженности депрессивного настроения ($U=26,5$, $p=0,000$). Подавляющее большинство больных второй группы (67%) – имели максимальную оценку выраженности депрессивного настроения, в то время как в первой группе таких пациентов не было.

Предварительный корреляционный анализ между клиническими оценками аффекта печали и тревоги, с одной стороны, и когнитивными признаками, с другой, показал, что все значимые корреляции с

Таблица 1

Средние значения (стандартные отклонения) когнитивных признаков в группах пациентов и контроля

	Пациенты	Контроль	t-критерий	p
RAVLT непосредственная память	6,1 (1,7)	7,2 (1,6)	2,8	0,007
RAVLT научение	44,4 (8,8)	53,8 (7,9)	4,7	0,000
RAVLT отсроченная память	7,8 (2,7)	11,9 (2,6)	6,5	0,000
RAVLT верное узнавание ¹	13,8	14,6	U=417,5	0,014
RAVLT ложное узнавание ¹	1,0	0,4	U=519,0	NS
Название животных	17,7 (5,4)	25,7 (5,7)	6,1	0,000
Отсчитывание	12,2 (6,2)	16,7 (5,8)	3,2	0,002
ТМТ-В (сек)	173 (99)	92 (28)	4,6	0,000
Шифровка	39,8 (11,1)	56,7 (9,4)	4,7	0,000
Ряды цифр	6,1 (1,2)	6,2 (1,1)	0,3	NS
Лабиринт (сек)	61 (17)	60 (22)	0,1	NS
Личностная тревожность	49,5 (10,0)	45,9 (10,0)	1,2	NS

Примечания: NS – различия между группами больных и контроля не достоверны; ¹ – показатели узнавания сравнивали с помощью критерия Манна-Уитни; ² – 71% здоровых узнавали все 15 слов списка А теста RAVLT против 42% больных.

когнитивными признаками имели место для показателя Депрессивное настроение (табл. 2).

Серия регрессионных анализов, где зависимыми переменными служили когнитивные признаки, а независимыми – депрессивное настроение, пол, возраст и образование, позволила установить, что депрессивное настроение является единственным значимым предиктором научения, отсроченного воспроизведения и концентрации внимания (отсчитывания) с вкладом 14–17% в общую дисперсию, нарушая выполнение соответствующих когнитивных операций. Как видно из табл. 2, депрессивное настроение также значимо связано с точностью узнавания. Анализ распределения ошибочных ответов показал, что доля пациентов, не давших ложных ответов при узнавании слов, снижается с увеличением выраженности депрессивного настроения от 100% – при минимальной оценке депрессивного настроения до 33% – при максимальной.

Регрессионный анализ, включавший вместо депрессивного настроения психическую тревогу, обнаружил значимую связь между тревожным аффектом и увеличением времени выполнения пробы ТМТ-В, отражающей трудности переключения внимания. Вклад тревоги в дисперсию признака составил 25%. Мы повторили анализ, дополнительно вводя в уравнение в качестве ковариат остроту депрессии и выраженность депрессивного настроения, однако и в этом случае только тревожный аффект оставался значимым предиктором выполнения пробы. Введение в качестве независимой переменной в уравнения регрессии индекса тревоги/ажитации или суммарного балла по шкале тревоги HARS не выявило значимого влияния этих показателей тревоги на когнитивные признаки. Важно отметить, что суммарные баллы по шкалам HDRS и HARS коррелировали между собой ($r=0,6$, $p=0,019$), оценка депрессивного настроения была

достоверно связана с суммарным баллом HDRS, а оценки психической тревоги и индекса тревоги/ажитации - с суммарным баллом HARS (табл. 2).

Влияние личностной тревожности на когнитивные признаки

Больные и здоровые не различались по среднему показателю личностной тревожности (табл. 1). У больных личностная тревожность не коррелировала с клиническими показателями депрессии и тревоги.

Регрессионный анализ, в котором зависимыми переменными последовательно служили нормально распределенные показатели памяти, называние животных, отсчитывание и ТМТ-В, а независимыми – личностная тревожность, наличие депрессивного эпизода (т.е. принадлежность к группе больных или контроля), пол, возраст и образование, показал, что наличие депрессии является значимым предиктором каждого из когнитивных признаков, за исключением рабочей памяти (ряды цифр), объясняя от 10 до 38% его дисперсии. Личностная тревожность ни в одном случае не была самостоятельным значимым предиктором.

Для выявления эффектов взаимодействия депрессии и личностной тревожности на когнитивные признаки мы разделили испытуемых на лиц с высокой личностной тревожностью (от 45 баллов) и умеренной (до 45 баллов) и провели серию дисперсионных анализов с когнитивными признаками в качестве зависимых переменных и личностной тревожностью, и наличием депрессии (принадлежности к группе больных) как независимых. В качестве ковариаты вводили возраст. Был выявлен значимый эффект взаимодействия личностной тревожности и депрессии на научение ($F=11,9$, $p=0,001$). Post hoc анализ с поправкой Бонферрони показал, что при высокой личностной тревожности у больных происходит снижение показателя научения относи-

Таблица 2

Корреляции Спирмана между когнитивными признаками и выраженностью депрессивного и тревожного аффекта в группе больных

	HDRS Депрессивное настроение	HDRS Психическая тревога	HDRS Индекс тревоги/ажитации
RAVLT непосредственная память	-0,3	0,1	0,0
RAVLT научение	-0,4 $p=0,010$	-0,0	-0,1
RAVLT отсроченная память	-0,4 $p=0,034$	-0,0	-0,1
RAVLT верное узнавание	0,1	0,2	0,1
RAVLT ложное узнавание	0,5 $p=0,003$	-0,1	-0,0
Называние животных	-0,2	-0,1	0,0
Отсчитывание	-0,4 $p=0,021$	-0,1	-0,2
ТМТ-В (сек)	0,03	0,4	0,2
Шифровка	-0,03	0,4	0,4
Ряды цифр	-0,1	-0,2	-0,0
Лабиринт (сек)	-0,1	-0,0	0,0
Личностная тревожность	0,04	0,2	0,3
HDRS-17	0,6 $p=0,000$	0,1	0,3
HARS	0,2	0,6 $p=0,018$	0,5 $p=0,028$

Значение показателя научение у больных и здоровых в зависимости от личностной тревожности

Группы	Умеренная тревожность	Высокая тревожность	Вся группа
Больные	51,0 (5,0) n=8	37,4 (9,1) n=12	40,8 (10,1)
Здоровые	53,3 (8,4) n=29	55,5 (6,3) n=27	54,3(7,5)

Примечания: группа больных с высокой личностной тревожностью значимо отличалась от больных с умеренной тревожностью ($p=0,015$) и обеих групп здоровых ($p=0,000$) при *post hoc* анализе с поправкой Бонферрони.

тельно здоровых и больных с умеренной личностной тревожностью (табл. 3).

Кроме того, у больных в отличие от контроля имела место положительная связь между личностной тревожностью и количеством ложных узнаваний ($r=0,6$, $p=0,013$). Анализ распределения признака показал, что среди больных с низким уровнем тревожности ложных узнаваний не допускает 75%, а среди больных с высоким уровнем тревожности – только 17% пациентов.

Обсуждение

Проведенное исследование подтвердило, что при депрессии имеется снижение нейрокогнитивных функций, включая ряд аспектов слухоречевой памяти, психической скорости и такие составляющие управляющих функций как переключаемость и концентрация внимания и обновление информации в рабочей памяти. Вместе с тем, манипулирование в рабочей памяти и планирование может оставаться сохранным. Эти результаты согласуются с большинством имеющихся данных [5, 9, 14–16, 23, 31, 34, 39]. В связи с выявленным паттерном когнитивных нарушений следует отметить, что в объединенной выборке показатели научения, отсроченного воспроизведения и точности узнавания были высоко скоррелированы (первичные результаты не представлены), что кажется закономерным, поскольку длительное сохранение в памяти зависит от предварительного усвоения материала. Кроме того, в целом имелось большое количество достоверных корреляций между всеми когнитивными признаками. Исключение составил только показатель время прохождения лабиринта, что, по-видимому, можно объяснить невербальным характером задания, которое преимущественно связано с активированным при депрессиях правым полушарием.

Результаты регрессионного анализа с учетом доли дисперсии когнитивных признаков, объясняемой показателями HDRS, позволяют говорить о том, что общая острота депрессивного состояния определяет, в первую очередь, степень снижения психической скорости. Подавленное настроение вносит вклад в нарушения усвоения новой вербальной информации и в трудности концентрации внимания, а тревожный аффект связан с особенностями переключения внимания. Таким образом, исследование выявило диссоциацию между изменением когнитивных функций под влиянием остроты депрессив-

ного симптомокомплекса, подавленного настроения и тревоги.

Имеющиеся к настоящему времени данные о специфичности связи отдельных когнитивных процессов с тревогой и депрессией очень противоречивы. Так, при исследовании внимания и памяти у детей и подростков с депрессивным и тревожным расстройством нарушения памяти по тесту RAVLT были выявлены только при депрессиях, тогда как различные аспекты внимания страдали в обеих группах [24]. F.C.Moritz и соавт. [33] оценили управляющие функции у взрослых депрессивных, обсессивно-компульсивных больных и больных шизофренией и нашли глобальное и сходное снижение когнитивного функционирования при депрессиях и шизофрении, в то время как при обсессивно-компульсивном расстройстве, которое относится к спектру тревожных расстройств, страдали только психическая скорость и переключение внимания. Напротив, в исследовании лиц среднего возраста с депрессивными и тревожными расстройствами, выявленных при скрининге общей популяции, было показано, что для обеих групп заболеваний характерны нарушения вербальной памяти, однако переключение внимания страдает только при депрессивных расстройствах, в частности, большой депрессии, смешанном тревожно-депрессивном расстройстве и дистимии [6, 7]. Интересно отметить, что в этой работе связи тревожных расстройств с нарушением переключения внимания первоначально были обнаружены, но исчезли после поправки на злоупотребление алкоголем. У пожилых лиц из общей популяции обнаружен вклад подавленного настроения в показатели непосредственной и отсроченной вербальной памяти и зрительно-пространственные способности, а также в выполнение тестов на вербальную беглость и шифровку, что трактуется авторами как патология лингвистических способностей и внимания [35]. Однако преимущественно корреляционные связи между выраженностью печального аффекта и когнитивными процессами у гериатрических пациентов не обнаруживаются [17, 26, 38]. У них, как правило, отмечается вклад снижения мотивации в показатели вербальной беглости [17, 26, 35]. Единственное исследование, в котором у пожилых пациентов отдельно измеряли симптомы тревоги, не выявило их связи ни с вербальной памятью, ни с управляющими функциями [38]. Наконец, обзор работ по изучению эффектов отрицательных эмоций на внимание и

рабочую память позволяет говорить о том, что переключение внимания, в отличие от процессов обновления информации в рабочей памяти, страдает как под действием тревоги, так и депрессии [20]. Такая несогласованность результатов, по-видимому, объясняется недоучетом независимых факторов (возраста, эффектов лечения, коморбидных расстройств и др.). Кроме того, возможно, что тревога в структуре депрессивного симптомокомплекса связана с когнитивными функциями несколько иначе, чем в структуре тревожных, из-за взаимодействия с другими составляющими депрессивного симптомокомплекса.

Проведенное нами исследование показало, что у депрессивных больных на когнитивные процессы может влиять личностная тревожность. Эта черта оказалась достоверно связана с показателями вербальной памяти. При высокой тревожности способность к усвоению нового материала снижалась, так же, как и точность узнавания заученной информации. Ранее при анализе личностной тревоги как фактора, модифицирующего влияние депрессии на когнитивные процессы, было показано, что она влияет на объем рабочей памяти, но не на переключение внимания и психическую скорость [10]. Однако эпизодическую вербальную память в этой работе не исследовали.

Отдельный интерес представляют полученные нами данные по точности узнавания, которая оказалась связана как с выраженностью аффекта печали, так и с личностной тревожностью. Ранее уже были получены данные о том, что депрессия связана с повышением ошибочных воспроизведений и узнаваний, но преимущественно на слова, эмоционально конгруэнтные настроению [25, 27].

В настоящее время существует несколько теорий, объясняющих влияние депрессии на формирование когнитивных нарушений [23]. Согласно гипотезе размещения ресурсов, в силу недостаточных когнитивных ресурсов больные депрессиями плохо справляются с когнитивными задачами, требующими значительных усилий (например, им труднее дается воспроизведение, чем узнавание). Снижение ресурсов может быть связано с тем, что они используются для обработки нерелевантной задаче эмоционально-окрашенной информации. Ей сродни гипотеза аффективной интерференции, согласно которой из-за охваченности переработкой эмоциональной информации, продуктивность задач, требующих отвлечься от нее, у депрессивных больных снижена. Некоторые авторы связывают когнитивные нарушения с замедлением психической скорости [19]. Наши данные не согласуются ни с одной из этих гипотез, так как они указывают на имеющуюся специфику связей между отдельными показателями депрессии и разными когнитивными процессами, что противоречит представлению об одном общем латентном факторе, лежащем в основе когнитивных нарушений при депрессиях.

Данное исследование имеет ряд ограничений, важнейшим из которых представляется проблема каузальности. Ни регрессионный, ни тем более корреляционный анализ не позволяют говорить о направлении влияний между группами переменных, они также не позволяют исключить, что обе группы являются производными от эффектов некоторой общей причины. В случае аффектов и когниций таким латентным фактором может быть, например, нарушение в работе общих узлов нейрональных сетей, обслуживающих эмоциональные и когнитивные процессы. Тем не менее, можно предположить, что при депрессиях печаль и тревога первичны по отношению к когнитивным признакам, с которыми они коррелируют. Во-первых, о возможности изменений обработки нейтральной информации под действием эмоций свидетельствуют многочисленные экспериментальные исследования с индукцией аффекта. Во-вторых, имеются данные о том, что изменения настроения под действием лечения предшествуют улучшению когнитивных функций [21].

Далее, все исследованные нами больные находились на лечении антидепрессантами, что может оказывать влияние на когнитивные функции [1].

Однако, следует отметить, что эффекты антидепрессантов, даже при хроническом применении, на некоторые когнитивные особенности, включая психомоторную скорость и вербальную память, относительно невелики [22]. Наконец, существуют сомнения по поводу правомерности измерения устойчивых личностных predisпозиций при тревожных и депрессивных расстройствах с помощью самоотчетов, так как эти заболевания могут исказить представления испытуемого о себе. Вместе с тем, в пользу возможности использования опросников личностный черт свидетельствуют недавние экспериментальные исследования, которые показали, что состояния тревоги и депрессии имеют лишь небольшой эффект на устойчивые личностные черты, в том числе, связанные с тревожностью [28].

Заключение

Проведенное исследование подтвердило, что наличие депрессивного симптомокомплекса обуславливает нарушение целого спектра когнитивных процессов. Вместе с тем, степень нарушения каждого из них по-разному связана с такими характеристиками состояния как тяжесть депрессии, выраженность аффекта печали и выраженность симптомов тревоги. Подавленное настроение вносит вклад в нарушения усвоения новой вербальной информации и в трудности концентрации внимания, а тревожный аффект связан с таким аспектом управляющих функций как переключение внимания. Личностная тревожность модулирует влияние депрессии на вербальную память, усиливая нарушения последней.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аведисова А.С., Спасова С.А. Влияние антидепрессантов на интеллектуально-мнестические функции как отражение их поведенческой токсичности // Психиатрия и психофармакология. 2000. Т. 3. С. 30–34.
2. Банников Г.С. Роль личностных особенностей в формировании структуры депрессии и реакций дезадаптации: Автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва. МНИИП, 1998.
3. Гаранян Н.Г. Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований. Часть 2 // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 3. С. 80–91.
4. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011.
5. Пуговкина О.Д. Когнитивное функционирование и его динамика у больных терапевтически резистентными депрессиями при электросудорожной терапии и транскраниальной магнитной стимуляции // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 1. С. 29–34.
6. Airaksinen E., Larsson M., Forsell Y. Neuropsychological functions in anxiety disorders in population-based samples: evidence of episodic memory dysfunction // J. Psychiatr. Res. 2005. Vol. 39, N 2. P. 207–214.
7. Airaksinen E., Larsson M., Lundberg I., Forsell Y. Cognitive functions in depressive disorders: evidence from a population-based study // Psychol. Med. 2004. Vol. 34, N 1. P. 83–91.
8. Arts B., Jabben N., Krabbendam L van Os J. Meta-analyses of cognitive functioning in euthymic bipolar patients and their first-degree relatives // Psychol. Med. 2008. Vol. 38. P. 771–785.
9. Austin M.P., Mitchell P., Goodwin G.M. Cognitive deficits in depression. Possible implications for functional neuropathology // Br. J. Psychiatry. 2001. Vol. 178. P. 200–206.
10. Ayotte B.J., Potter G.G., Williams H.T., Steffens D.C., Bosworth H.B. The moderating role of personality factors in the relationship between depression and neuropsychological functioning among older adults // Int. J. Geriatr. Psychiatry. 2009. Vol. 24, N 9. P. 1010–1019.
11. Bagby R.M., Ryder F.G., Schuller D.R., Marshall M.B. The Hamilton Depression Rating Scale: Has the Gold Standard Become a Lead Weight? // Am. J. Psychiatry. 2004. Vol. 161. P. 2163–2177.
12. Bagby R.M., Quilty L.C., Ryder A.C. Personality and depression // Can. J. Psychiatry. 2008. Vol. 53, N 1. P. 14–25.
13. Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford, 1979. 435 p.
14. Bora E., Yucel M., Pantelis C. Cognitive functioning in schizophrenia, schizoaffective disorder and affective psychoses: meta-analytic study // Br. J. Psychiatry. 2009. Vol. 195. P. 475–482.
15. Burt D.B., Zembor M.J., Niederehe G. Depression and memory impairment: a meta-analysis of the association, its pattern, and specificity // Psychol. Bull. 1995. Vol. 117. P. 285–305.
16. Castaneda A., Tuulio-Henriksson A., Marttunen M., Lonnqvist J., Suvisaari J. A review on cognitive impairments in depressive and anxiety disorders with a focus on young adults // J. Affect. Disord. 2008. Vol. 106. P. 1–27.
17. Castro-Costa E., Dewey M., Stewart R. et al. Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: the SHARE study // Br. J. Psychiatry. 2007. Vol. 191. P. 393–401.
18. Christensen M.V., Kessing L.V. Do personality traits predict first onset in depressive and bipolar disorder? // Nord. J. Psychiatry. 2006. Vol. 60, N 2. P. 79–88.
19. den Hartog H.M., Derix M., van Bommel A.L., Kremer B., Jolles J. Cognitive functioning in young and middle-aged unmedicated out-patients with major depression: testing the effort and cognitive speed hypotheses // Psychol. Med. 2003. Vol. 33. P. 1443–1451.
20. 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.
21. Douglas K.M., Porter R.J., Knight R.G., Maruff P. Neuropsychological changes and treatment response in severe depression // Br. J. Psychiatry. 2011. Vol. 198. P. 115–122.
22. Gorenstein C., de Carvalho S.C., Artes R., Moreno R.A., Marcourakis T. Cognitive performance in depressed patients after chronic use of antidepressants // Psychopharmacology. 2006. Vol. 185, N 1. P. 84–92.
23. Gotlib H., Joormann J. Cognition and Depression: Current Status and Future Directions // Annu. Rev. Clin. Psychol. 2010. Vol. 6. P. 285–312.
24. Gujthner T., Holtkamp K., Jolles J., Herpertz-Dahlmann B., Konrad K. Verbal memory and aspects of attentional control in children and adolescents with anxiety disorders or depressive disorders // J. Affect. Dis. 2004. Vol. 15; P. 265–259.
25. Howe M.L., Malone C. Mood-congruent true and false memory: effects of depression // Memory. 2011. Vol. 19, N 2. P. 192–201.
26. Janzing J.G.E., Naarding P., Eling PATM. Depressive symptom quality and neuropsychological performance in dementia // Int. J. Geriatr. Psychiatr. 2005. Vol. 20, N 5. P. 479–484.
27. Joormann J., Teachman B.A., Gotlib I.H. Sadder and less accurate? False memory for negative material in depression // J. Abnorm. Psychol. 2009. Vol. 118, N 2. P. 412–417.
28. Karsten J., Penninx B.W., Riese H., Ormel J., Nolen W.A., Hartman C.A. The state effect of depressive and anxiety disorders on big five personality traits // J. Psychiatr. Res. 2012. Vol. 18.
29. Klein D.N., Kotov R., Bufferd S.J. Personality and depression: explanatory models and review of the evidence // Annu Rev. Clin. Psychol. 2011. Vol. 7. P. 269–295.
30. Malhi G.S., Cahill S.M., Mitchell Ph. Impact of mood, anxiety and psychotic symptoms on cognition in patients with bipolar disorders // Cognitive dysfunction in bipolar disorder. A guide for clinicians / J.F. Goldberg, K.E. (Eds.). Burdick. American Psychiatric Publishing, 2008. P. 89–111.
31. Marazziti D., Consoli G., Picchetti M., Carlini M., Faravelli L. Cognitive impairment in major depression // Eur. J. Pharmacol. 2010. Vol. 10. P. 83–86.
32. 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, N 1. P. 9–34.
33. Moritz S., Birkner C., Kloss M., Jahn H., Hand I., Haasen C., Krausz M. Executive functioning in obsessive-compulsive disorder, unipolar depression, and schizophrenia // Arch. Clin. Neuropsychol. 2002. Vol. 17, N 5. P. 477–483.
34. Murphy F.C., Sahakian B.J. Neuropsychology of bipolar disorder // Br. J. Psychiatry. 2001. Vol. 178. P. 120–127.
35. O'Bryant S.E., Hall J.R., Cukrowicz K.C., Edwards M., Johnson L.A., Lefforge D., Jenkins M., Dentino A. The differential impact of depressive symptom clusters on cognition in a rural multi-ethnic cohort: a Project FRONTIER study // Int. J. Geriatr. Psychiatry. 2011. Vol. 26. P. 199–205.
36. Robinson L.J., Thompson J.M., Gallagher P., Goswami U., Young A.H., Ferrier I.N. et al. A meta-analysis of cognitive deficits in euthymic patients with bipolar disorder // J. Affect. Dis. 2006. Vol. 93. P. 105–115.
37. Stefanopoulou E., Manoharan A., Landau S., Geddes J.R., Goodwin G., Frangou S. Cognitive functioning in patients with affective disorders and schizophrenia: a meta-analysis // Int. Rev. Psychiatr. 2009. Vol. 21. P. 336–356.
38. 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, N 1. P. 12–17.
39. Torres I.J., Boudreau V.G., Yatham L.N. Neuropsychological functioning in euthymic bipolar disorder: a meta-analysis // Acta Psychiatr. Scand. 2007. Suppl. 434. P. 17–26.

ВЛИЯНИЕ ТРЕВОГИ НА КОГНИТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ ПРИ ДЕПРЕССИВНОМ СИНДРОМЕ

М.В. Алфимова, И.А. Лапин, Е.В. Аксенова, Т.С. Мельникова

Проведенное исследование подтвердило, что наличие депрессивного симптомокомплекса обуславливает нарушение целого спектра когнитивных процессов. Вместе с тем, степень нарушения каждого из них по-разному связана с такими характеристиками состояния как тяжесть депрессии, выраженность аффекта печали и выраженность симптомов тревоги. Подавленное настроение вносит вклад в нарушения усвоения

новой вербальной информации и в трудности концентрации внимания, а тревожный аффект связан с таким аспектом управляющих функций как переключение внимания. Личностная тревожность модулирует влияние депрессии на вербальную память, усиливая нарушения последней.

Ключевые слова: тревога, депрессия, память, когнитивные нарушения.

EFFECT OF ANXIETY ON COGNITIVE FUNCTIONS IN DEPRESSIVE SYNDROME

M.V. Alfimova, I.A. Lapin, E.V. Axyonova, T.S. Melnikova

Results of this research confirm the role of depressive symptom complex in a number of impaired cognitive functions. However, the degree of impairment of every function is differently linked with such characteristics as severity of depression, intensity of sadness affect or intensity of anxiety symptoms. Low mood plays a role in poor processing

of verbal information and concentration problems, and anxious affect shows links with executive function, e.g. with switching attention. Individual anxiousness modulates the effect of depression on verbal memory in terms of its impairment.

Key words: anxiety, depression, memory, cognitive disorders.

Алфимова Маргарита Валентиновна – доктор психологических наук, старший научный сотрудник отдела нейрофизиологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; ведущий научный сотрудник лаборатории клинической генетики ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН; e-mail: m.alfimova@gmail.com

Лапин Игорь Александрович – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела нейрофизиологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: igor_lapin@mail.ru

Аксенова Евгения Васильевна – клинический психолог отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБУ «НЦПЗ» РАМН. e-mail: m.alfimova@gmail.com

Мельникова Татьяна Сергеевна – доктор биологических наук, руководитель отдела нейрофизиологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: tme1777@rambler.ru