

ПОКАЗАТЕЛИ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕКУРРЕНТНЫМ ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

М.Г. Янушко, М.В. Шаманина, М.В. Иванов

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева Минздрава России

Рекуррентное депрессивное расстройство – наиболее часто диагностируемое психическое заболевание с высокой частотой рецидивов, от которого страдает значительная часть трудоспособного населения, что ведёт к серьезным социально-экономическим потерям в обществе [11]. В 2010 году рекуррентная депрессия была названа наиболее распространённой причиной нетрудоспособности у лиц работоспособного возраста [10]. Одной из причин подобной ситуации является то, что только у части больных с рекуррентной депрессией после адекватной терапии антидепрессантами первой линии формируется полноценная клиническая ремиссия, в то время как многие пациенты страдают от резидуальных депрессивных симптомов и не достигают преморбидного уровня психосоциального функционирования [18]. В дополнение к хорошо известным клиническим проявлениям, пациентам с рекуррентной депрессией свойственны нарушения когнитивного функционирования, что значительно ухудшает качество жизни больных и усугубляет социальное и экономическое бремя данного заболевания. Когнитивные нарушения описаны в диагностических критериях большого депрессивного расстройства (БДР) в 5-ом издании Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) [7] как «значительно влияющие на способность индивидуума к повседневному функционированию». Среди когнитивных нарушений, характерных для пациентов с рекуррентной депрессией, наиболее часто упоминаются расстройства различных видов памяти, внимания, исполнительской функции и способности к обучению [13, 14]. В то же время, гетерогенность популяции пациентов с рекуррентной депрессией и различия в выраженности когнитивных симптомов в течение различных периодов заболевания создает затруднения в обобщении свойств данной когорты больных нарушений когнитивного функционирования [12].

Данные о влиянии терапии антидепрессантами и различными адъювантными средствами на когнитивные нарушения в структуре рекуррентной

депрессии носят на сегодняшний день достаточно несистематизированный характер. При общей тенденции к признанию того факта, что антидепрессивная и адъювантная терапия улучшают некоторые когнитивные параметры ко времени наступления ремиссии, существует множество ограничений, не позволяющих делать даже предварительные выводы о предпочтительности того или иного вида терапии [16].

Одним из основных препятствий на пути системного изучения когнитивных нарушений у пациентов с аффективной патологией является отсутствие единообразных методологических подходов к их оценке [6]. Использование методик с разными подходами к изучению когнитивных параметров, избирательной чувствительностью к определённым популяциям пациентов (например, Mini-Mental State Examination (MMSE), разработанной изначально для оценки общего когнитивного дефицита у пожилых), отсутствие процедуры стандартизации показателей отдельных тестов часто ведёт к нарушению интерпретации данных исследований.

Необходимо принимать во внимание и тот факт, что пациенты, находящиеся в депрессии, в том числе и в состоянии неполной ремиссии, имеют тенденцию к усвоению негативно окрашенной информации, что приводит к ее селективной зашифровке и снижению усвоения позитивно окрашенной информации [9]. Таким образом, крайне желательно при обследовании когнитивного профиля у пациентов с рекуррентной депрессией использовать тесты на так называемую «горячую», то есть эмоционально окрашенную способность к усвоению предъявляемых стимулов.

Задачей настоящего исследования являлся анализ показателей когнитивного функционирования у пациентов, страдающих рекуррентным депрессивным расстройством с использованием батареи когнитивных тестов ВАС-А (Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с аффективными расстройствами). ВАС-А представляет собой батарею тестов, в которой скомбинированы традиционные «холодные» когнитивные оценки батареи ВАС и

разработанной на ее основе батареи BACS (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia) для оценки когнитивного статуса у больных шизофренией с присоединением тестов для специфической оценки влияния эмоциональной заостренности на когнитивный дефицит [17].

Материалы и методы

В исследование включались пациенты, страдающие рекуррентным депрессивным расстройством согласно критериям рубрики F33 МКБ-10.

Объективизация клинических данных осуществлялась при помощи психометрической шкалы MADRS [23] с применением полуструктурированного клинического интервью.

Комплексная методика оценки когнитивного функционирования проводилась при помощи батареи тестов Brief Assessment of Cognitive functioning in Affective Patients (BAC-A), которая зарекомендовала себя как валидный, простой в обращении и надежный инструмент [6].

Входящие в состав батареи методики максимально полно охватывают когнитивные функции, специфически нарушенные у больных аффективными расстройствами, а полученные с помощью этих тестов данные помогают провести как качественный анализ нейрокогнитивного дефицита в конкретный момент времени, так и количественно отследить динамику изменений.

Набор тестов BAC-A включает исследование внимания, моторики, рабочей памяти, вербальной памяти, способности к решению проблем, словесной беглости, аффективной интерференции и эмоциональной ингибиции.

Обследуемым предъявлялись следующие задания:

- заучивание списка слов (вербальная кратковременная память),
- моторный тест с фишками (скорость сенсомоторной реакции),
- тест аффективной интерференции (эмоциональная отвлекаемость и эмоциональная память),
- последовательность чисел (рабочая память, объем оперативной памяти),
- словесная беглость (беглость, гибкость мыслительных процессов),
- башня Лондона (проблемно решающее поведение),
- кодирование символов (характеристики внимания: способность к психо моторной координации и скорость обработки информации, способность к немедленному воспроизведению),
- тест подавления эмоций (восприятие и обработка эмоционально-окрашенной информации).

Критерием включения пациентов в исследование являлась текущая монотерапия антидепрессантами из группы СИОЗС или СИОЗСиН, с положительным эффектом, что определялось как редукция первоначального рейтинга баллов по шкале MADRS

на 50% и более в течение 6 недель терапии [19] и находящиеся в состоянии формирующейся лекарственной ремиссии согласно рейтингу баллов по шкале MADRS (рейтинг баллов на момент проведения обследования ≤ 10).

Обследование при помощи шкал MADRS и BAC-A назначалось пациентам в один визит, после подписания ими соответствующей формы информированного согласия. Русский язык являлся родным языком испытуемых. Исключались лица, страдающие серьезными, клинически значимыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы, печени и почек, эндокринными нарушениями, лица, страдающие алкогольной или наркотической зависимостями, эпилепсией. Исключались лица, принимавшие транквилизаторы, антихолинэргические или снотворные препараты менее чем за 3 дня до проведения обследования.

Статистическая обработка данных проводилась на IBM PC Pentium-V с использованием программы «Statistica», версия 10.

Демографические данные и показатели обследований по шкалам табулировались на основе дескриптивной статистики (среднее значение, стандартное отклонение, медиана, минимальное и максимальное значения).

Статистическая обработка данных включала: 1) процесс стандартизации данных полученных BAC-A; 2) подсчет средних величин по данным отдельных психометрических шкал; 3) сравнительный анализ полученных показателей в различных группах; 4) корреляционный анализ.

Все статистические сравнения были выполнены на двустороннем уровне значимости 5%.

Результаты исследования

Всего было обследовано 208 пациентов, из них 99 мужчин (средний возраст $45,02 \pm 14,38$) и 109 женщин (средний возраст $41,81 \pm 13,53$).

В целом, по социально-демографическим показателям выборка испытуемых была достаточно однородна.

Возрастные группы при анализе данных были сформированы согласно оценочным критериям в зависимости от возрастной категории батареи BAC-A (20–29, 30–39, 40–49, 50–59, 60–69 лет). Сводные демографические данные по полученной выборке представлены в табл. 1.

В зависимости от степени тяжести депрессивных симптомов по шкале MADRS при скрининговом обследовании, были сформированы группы пациентов, страдающих рекуррентной депрессией легкой, умеренной, тяжелой и тяжелой с психотическими симптомами согласно критериям МКБ-10 (рисунок).

Суммарный рейтинг баллов по шкалам MADRS подтвердил наличие состояния формирующейся ремиссии у пациентов всех возрастных групп (табл. 2).

Все пациенты на момент обследования при помощи батареи тестов BAC-A получали антидепресс-

Демографические данные

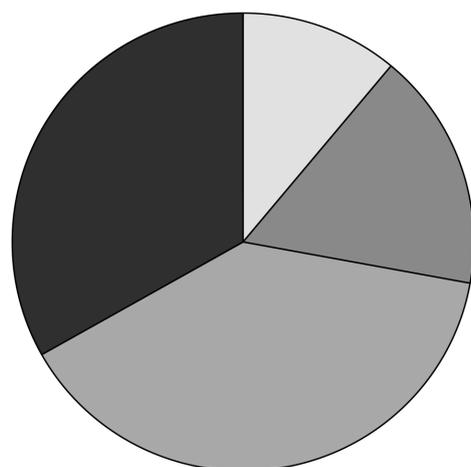
Возрастные группы	Мужчины			Женщины		
	n	Среднее	Стандартное отклонение	n	Среднее	Стандартное отклонение
20–29	20	25,50	3,57	21	23,62	3,01
30–39	20	34,80	2,67	20	34,80	3,30
40–49	19	45,55	2,07	28	43,36	2,74
50–59	19	54,55	1,88	20	54,80	2,98
60–69	21	63,82	3,40	20	63,69	3,06

Таблица 2

Результаты обследования по шкале MADRS

Возрастные группы	Мужчины		Женщины	
	M	sd	M	sd
20–29	8,40	5,54	9,09	4,70
30–39	5,90	4,04	9,20	3,85
40–49	7,89	5,25	12,17	3,76
50–59	5,33	1,20	5,80	1,86
60–69	4,30	2,26	6,00	1,53

Таблица 3



- Тяжелая депрессия с психотическими симптомами n 23 (11%)
- Тяжелая депрессия без психотических симптомов n 35 (17%)
- Депрессивная симптоматика умеренной степени n 81 (39%)
- Депрессивная симптоматика легкой степени n 69 (33%)

Применяемые в исследовании СИОЗС и СИОЗСиН

Антидепрессант	Количество пациентов n (%)
флуоксетин	24 (11,54%)
сертралин	43 (20,67%)
эсциталопрам	29 (13,94%)
пароксетин	33 (15,86%)
венлафаксин	44 (21,15%)
дулоксетин	35 (16,83%)

Распределение пациентов по степени тяжести депрессивной симптоматики

санты группы СИОЗС и СИОЗСиН в стандартных терапевтических дозировках. Пациенты не сообщали о наличии у них нежелательных реакций на фоне приема антидепрессантов (табл. 3).

При обследовании при помощи методики ВАС-А у всех пациентов, вне зависимости от возрастных групп и степени тяжести перенесенного депрессивного эпизода, были зафиксированы отклонения от нормативных значений предъявленных тестовых методик.

Сводная таблица результатов выполнения тестов батареи ВАС-А приведена в табл. 4.

Существенные отклонения от нормативных значений чаще наблюдались при выполнении заданий, в которых была задействована так называемая «позитивная» или «горячая» аффективность, в частности, при воспроизведении списка слов с просьбой отдельно воспроизвести аффективно заряженные слова (например, вероломный, обнажённый, праздничный, триумфальный, разъяренный и т.д.), при зачитывании списка аффективно заря-

женных слов из модифицированного теста Струпа, при исключении аффективно заряженных слов из повторно предъявляемого списка.

Для установления возможных взаимосвязей между показателями выполнения батареи тестов ВАС-А и степенью выраженности и клиническими проявлениями резидуальной депрессивной симптоматики, полученные в результате обследования данные рейтинга баллов по шкале MADRS были сопоставлены с результатами нейрокогнитивного обследования при помощи процедуры корреляционного анализа (табл. 5).

Не было выявлено достоверных отличий по результатам нейрокогнитивного обследования между группами пациентов, принимавших различные антидепрессивные препараты.

Было установлено, что пациенты, имеющие остаточные проявления депрессивной симптоматики в виде ангедонии, моторной и идеаторной заторможенности, идей самообвинения даже легкой степени,

Средние показатели выполнения тестов батареи ВАС-А

Тест	n	Среднее	Стандартное отклонение
Слухоречевая память	208	44,65	12,78
Последовательность чисел	208	19,76	3,58
Моторные навыки	208	55,84	13,73
Кодирование символов	208	46,85	13,28
Речевая беглость	208	47,70	14,99
Башня Лондона	208	17,24	3,08
Сумма аффективно окрашенных слов 3 испытания	208	14,58	4,64
Сумма нейтральных слов 3 испытания	208	15,62	4,28
Аффективная интерференция слова с эмоциональной окраской	208	5,33	2,18
Аффективная интерференция фрукты/овощи	208	6,20	1,87
Струп цветной	208	51,73	7,71
Струп нейтральные слова цветной шрифт	208	45,29	7,66
Струп слова с эмоциональной окраской цветной шрифт	208	43,70	7,47
Струп нейтральные слова черно-белые	208	62,37	8,46
Отсроченное воспроизведение слова с эмоциональной окраской	208	18,03	1,96
Отсроченное воспроизведение слова без эмоциональной окраски	208	1,96	1,97
Ошибка воспроизведения слова с эмоциональной окраской	208	18,52	1,64
Ошибка воспроизведения слова без эмоциональной окраски	208	1,47	1,64

Таблица 5

Результаты корреляционного анализа баллов по шкале MADRS и результатов нейрокогнитивного обследования ($p < 0,05$)

	Подавленность (объективн.)	Подавленность (субъективн.)	Внутреннее напряжение	Недостаточный сон	Снижение аппетита	Концентрация внимания	Побуждения	Способность чувствовать	Пессимистические мысли	Суицидные мысли	MADRS общ.
Слухоречевая память	0,12	-0,28	0,36	-0,10	0,07	0,01	0,19	0,20	-0,32	0,13	-0,35
Последовательность чисел	-0,03	0,00	0,01	0,01	0,12	-0,09	0,03	0,00	0,07	-0,07	0,00
Моторные навыки	0,06	0,13	0,11	-0,27	-0,06	-0,02	0,04	0,15	0,08	0,02	0,08
Кодирование символов	0,06	-0,28	-0,41	-0,25	0,07	-0,01	0,05	0,28	-0,31	-0,26	-0,37
Речевая беглость	0,07	0,18	-0,35	0,04	-0,06	-0,32	-0,04	0,15	0,30	0,06	0,22
Башня Лондона	-0,02	0,02	0,05	-0,04	0,14	-0,10	0,02	-0,00	-0,06	0,10	0,00
Сумма аффективно окрашенных слов 3 испытания	0,05	0,03	0,04	-0,09	0,04	-0,15	0,05	0,06	0,03	0,08	0,02
Сумма нейтральных слов 3 испытания	0,03	-0,09	0,02	-0,13	0,07	-0,18	-0,01	-0,02	0,07	0,03	-0,05
Аффективная интерференция слова с эмоциональной окраской	0,15	-0,26	0,30	-0,10	0,05	0,00	-0,21	-0,25	0,28	0,09	-0,33
Аффективная интерференция фрукты/овощи	0,11	0,10	0,10	-0,05	0,02	0,06	0,03	0,19	0,11	0,09	0,17
Струп цветной	0,11	0,14	0,15	-0,12	0,13	-0,05	0,11	0,08	0,16	0,00	0,15
Струп нейтральные слова цветной шрифт	0,07	0,13	0,24	-0,00	0,09	0,06	0,03	0,13	0,18	0,13	0,23
Струп слова с эмоциональной окраской цветной шрифт	-0,11	-0,14	0,25	0,12	-0,13	0,06	-0,10	-0,09	-0,27	-0,00	-0,15
Струп нейтральные слова черно-белые	-0,07	-0,12	-0,34	0,00	-0,08	-0,05	-0,03	-0,14	-0,18	-0,13	-0,32
Отсроченное воспроизведение слова с эмоциональной окраской	-0,02	-0,07	-0,00	-0,08	-0,03	-0,02	-0,02	0,01	0,00	0,01	-0,03
Отсроченное воспроизведение слова без эмоциональной окраски	-0,02	-0,08	-0,04	-0,08	-0,03	-0,10	-0,09	-0,04	-0,01	0,11	-0,09
Ошибка воспроизведения слова с эмоциональной окраской	-0,03	0,05	0,14	-0,08	0,01	-0,01	-0,05	0,14	0,09	0,13	0,09
Ошибка воспроизведения слова без эмоциональной окраски	0,15	0,12	0,27	-0,13	-0,03	-0,03	0,00	0,15	0,20	0,12	0,20

хуже справляются с методиками, включающими показатели позитивной аффективности.

В то же время, пациенты с субклиническими проявлениями тревоги, нарушениями сна, концентрации внимания по данным шкалы MADRS хуже выполняли задания методик, требующих устойчивости внимания, быстроты реакции, бдительности (например, словесная беглость, последовательность чисел).

Пациенты, имевшие психотические симптомы в текущем эпизоде депрессии, продемонстрировали худшие показатели по методикам, требующим мобилизации исполнительской функции, проблемно-решающего поведения (башня Лондона, кодирование символов), в то время как пациенты с легкой и умеренной выраженностью клинических проявлений депрессии в текущем эпизоде согласно данным MADRS, к моменту обследования не обнаружили статистически значимых отличий от нормативных данных по показателям данных методик, при общей тенденции к некоторому снижению по сравнению с нормой в своей возрастной группе.

Обсуждение

Полученные в результате исследования нарушения когнитивного функционирования у пациентов с рекуррентной депрессией данные подтверждают концепцию о наличии когнитивного дефицита у данной когорты больных.

Исходя из представления о том, что когнитивные функции имеют своеобразную «иерархию», а именно: высшие когнитивные домены, представленные исполнительской функцией, различными видами памяти и обучаемости, скоростью обработки информации, а также параметрами внимания и бдительности, наряду с делением когнитивных параметров на «горячие» и «холодные», о чем говорилось ранее, можно говорить о том, что у обследованной когорты пациентов имеются нарушения той или иной степени выраженности в каждом из представленных доменов.

Особенно важным является тот факт, что обследованные пациенты находились в стадии формирования ремиссии, что практически исключает возможное влияние клинических симптомов депрессивного расстройства на результаты выполнения тестовых методик. Иными словами, полученные данные представляют собой когнитивные нарушения, мало сопряженные с клиническими проявлениями депрессии. Исключение составляют некоторые параметры внимания и памяти, имеющие взаимосвязь с остаточными проявлениями тревоги или моторной и идеаторной заторможенности. Большинство же исследуемых параметров когнитивного функционирования не имели взаимосвязи с резидуальными клиническими проявлениями. Более того, пациенты, не имевшие на момент обследования клинических проявлений депрессии, что было подтверждено данными психометрических шкал, также страдали от проявлений когнитивного дефицита.

Эти данные согласуются с мнением большинства исследователей о том, что когнитивное функционирование пациентов с рекуррентной депрессией может улучшаться в процессе медикаментозной терапии и по мере редукции депрессивных симптомов, но, тем не менее, проявления когнитивного дефицита обнаруживаются и в ремиссии. Так, в 3-х летнем проспективном исследовании пациентов с большим депрессивным расстройством, было выявлено, что во время эпизода депрессии жалобы когнитивного характера предъявляли 94% пациентов, но и по достижении частичной или полной ремиссии 44% пациентов продолжали жаловаться на проявления когнитивной недостаточности [8]. Результаты тестов на краткосрочную память, внимание, скорость обработки информации, показатели исполнительской функции остаются ниже нормативных у пациентов с депрессивным расстройством, находящихся в ремиссии, что подтверждается как данными отдельных исследований [15], так и обобщенными в мета-анализ [21].

Предметом особого внимания при оценке когнитивных нарушений у пациентов, страдающих депрессией, является возможное влияние на данные нарушения проводимой терапии антидепрессантами [5]. Полученные нами данные не позволили выделить негативное или позитивное влияние какого-либо из применяемых в нашей выборке антидепрессантов на когнитивное функционирование. Это во многом согласуется с данными других авторов, считающих, что монотерапия антидепрессантами эффективна лишь в части случаев при терапии рекуррентной депрессии, ремиссия часто сопровождается субклиническими проявлениями депрессивного симптомокомплекса [1, 16, 22], поэтому у части пациентов резидуальные симптомы депрессии, включая снижение концентрации внимания, могут влиять на высшие когнитивные функции. Часто для достижения ремиссии при терапии рекуррентной депрессии требуется назначение комплексной терапии с использованием нормотимиков, анксиолитиков, антипсихотиков [10, 11], что неизбежно влияет на состояние когнитивного функционирования и требует дополнительного изучения [2, 3].

Выводы

Полученные в результате исследования данные подтверждают гипотезу о наличии широкого спектра когнитивных нарушений у пациентов с рекуррентной депрессией в период ремиссии. Согласно существующей на сегодняшний день концепции, степень выраженности когнитивных нарушений во многом определяет психосоциальное функционирование пациентов с рекуррентной депрессией в период ремиссии, поэтому внедрение стандартизированного обследования когнитивных показателей у данной когорты больных могло бы способствовать прогнозу их функционального статуса и оптимизации поиска методов коррекции возникших когнитивных нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Городничев А.В., Костюкова Е.Г., Мосолов С.Н. Достижение ремиссии как основная цель длительной терапии рекуррентного депрессивного расстройства (анализ данных литературы и результатов оригинального сравнительного рандомизированного исследования антидепрессантов разных поколений) // Современная терапия психических расстройств. 2009. Т. 1. С. 5–10.
2. Костюкова Е.Г. Арипипразол как средство аугментации при неэффективности терапии антидепрессантами у больных с большим депрессивным расстройством // Социальная и клиническая психиатрия. Т. 20. Вып. 3. С. 100–105.
3. Мазо Г.Э. Нормотимики в лечении терапевтически резистентных депрессий: противорезистентная терапия или влияние на скрытую биполярность? // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2014. № 3. С. 91–96.
4. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. Практическое руководство. Под ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера. М.: ИД «МЕДИПРАКТИКА-М», 2015. 420 с.
5. Шмуклер А.Б. Значение когнитивных нарушений для оценки патогенеза, клинической картины и лечения депрессии // Социальная и клиническая психиатрия. Т. 26. Вып. 4. С. 57–62.
6. Янушко М.Г., Шаманина М.В., Аристова Т.А., КиФ Р.С., Иванов М.В., Толмачева М. Стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с аффективными расстройствами» [BAC-A] на основе нормативных данных российской популяции // Российский психиатрический журнал. 2015. № 2. С. 68–75
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. // Am. Psychiatr. Pub.: Arlington, VA, USA. 2013.
8. Conradi H.J., Ormel J., de Jonge P. Presence of individual (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: a 3-year prospective study // Psychol. Med. 2011. Vol. 41 P.1165–1174.
9. Elliott R., Zahn R., Deakin J.F., Anderson I.M. Affective cognition and its disruption in mood disorders // Neuropsychopharmacology. 2011. Vol.36. P. 153–182.
10. Ferrari A.J., Charlson F.J., Norman R.E. et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010 // PLoS Med. 2013. 10:e1001547.
11. Gilmour H., Patten S.B. Depression and work impairment // Health Rep. 2007. Vol.18. P. 9–22.
12. Gonda X., Pompili M., Serafini G., Carvalho A.F., Rihmer Z., Dome P. The role of cognitive dysfunction in the symptoms and remission from depression // Ann. Gen. Psychiatry. 2015. Vol.14. P.27.
13. Hammar A., Ardal G. Cognitive functioning in major depression – A summary // Front. Hum. Neurosci. 2009. Vol. 3.
14. Hasselbalch B.J., Knorr U., Kessing L.V. Cognitive impairment in the remitted state of unipolar depressive disorder: A systematic review // J. Affect. Disord. 2011. Vol.134. P.20–31.
15. Halvorsen M., Hoifodt R.S., Myrbakk I.N. et al. Cognitive function in unipolar major depression: a comparison of currently depressed, previously depressed, and never depressed individuals // J. Clin. Exp. Neuropsychol. 2012. Vol. 34. P. 782–790.
16. Keefe R.S., McClintock S.M., Roth R.M., Doraiswamy P.M., Tiger S., Madhoo M. Cognitive effects of pharmacotherapy for major depressive disorder: a systematic review // J. Clin. Psychiatry. 2014. Vol. 75. P. 864–876.
17. Keefe R.S.E., Fox K.H., Davis V.G., Kennel C., Walker T.M., Burdick K.E., Harvey Ph.D. The Brief Assessment of Cognition In Affective Disorders (BAC-A): Performance of patients with bipolar depression and healthy controls // J. Affect. Dis. 2014. Vol.166. P. 86–92.
18. Lam R.W., Filteau M.J., Milev R. Clinical effectiveness: the importance of psychosocial functioning outcomes // J. Affect Disord. 2011. Vol.132. P. 9–13.
19. Meltzer-Brody S., Davidson J.R. Completeness of response and quality of life in mood and anxiety disorder // Depress Anxiety. 2000. Vol. 12. P. 95–101.
20. Mosolov S.N. Is depression curable? // Medicographia. 2014. Т. 36. N 4. С. 13–14.
21. Snyder H.R. Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: a meta-analysis and review // Psychol Bull. 2013. Vol.130. P. 81–132.
22. Trivedi M.H., Rush A.J., Wisniewski S.R. et al. STAR*D Study Team. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice // Am. J. Psychiatry. 2006. Vol.163. P. 28–40.
23. Williams J.B.W., Kobak K.A. Development and reliability of a structured interview guide for the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (SIGMA) // Br. J. Psychiatry. 2008. Vol.19. P. 52–58. doi:10.1192/bjp.bp.106.032532. PMID 18174510.)

ПОКАЗАТЕЛИ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕКУРРЕНТНЫМ ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

М.Г. Янушко, М.В. Шаманина, М.В. Иванов

Когнитивные нарушения являются облигатными в структуре рекуррентной депрессии и их выраженность во многом определяет функциональный статус пациентов в период ремиссии. Целью настоящего исследования было изучение параметров когнитивного функционирования у пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством в период формирующейся ремиссии при помощи стандартизированной батареи когнитивных тестов BAC-A. В исследование было включено 208 пациентов, страдающих рекуррентной депрессией в состоянии формирующейся ремиссии согласно показателям шкал MADRS и СИОЗС/СИОЗС/И в стандартных дозировках. В результате обследования при помощи батареи тестов BAC-A у всех пациентов, вне зависимости от возрастных групп и степени тяжести перенесенного депрессивного эпизода, были

зафиксированы отклонения от нормативных значений предъявленных тестовых методик. Проведенный корреляционный анализ выявил, что для пациентов с остаточными проявлениями тревоги были более характерны нарушения кратковременной памяти, внимания, в то время как пациентам с длительным течением депрессивных эпизодов, проявлениями ангедонии, идеями самообвинения более свойственно снижение показателей «позитивной» или «горячей» когнитивности, связанной с эмоциональной сферой. Полученные данные подтверждают представления о наличии когнитивных нарушений у пациентов, страдающих рекуррентной депрессией не только в период обострений, но и в ремиссии.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, рекуррентное депрессивное расстройство, ремиссия, батарея тестов BAC-A, терапия антидепрессантами.

COGNITIVE FUNCTIONING PARAMETERS IN PATIENTS WITH RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER

M.G. Yanushko, M.V. Shamanina, M.V. Ivanov

Cognitive impairment happens to be an essential part of recurrent depression, and the patients' functioning during remission strongly depends on severity of this impairment. This research aimed at investigation of cognitive functioning in patients with recurrent depression in the period of developing remission using the standardized cognitive test battery Brief Assessment of Cognition in Affective Disorders (BAC-A). Material: 208 patients with recurrent depression in phase of developing remission (according to the MADRS), all on effective antidepressive therapy with the SSRIs or SNB/s antidepressants in standard dose. Results of testing with BAC-A showed deviations from normative values in all

patients irrespective of their age or severity of recent depressive episode. Correlation analysis revealed frequent short-term memory and attention problems in patients with residual anxiety while patients with long depressive episodes, anhedonia and guilt feelings seemed to be more prone to reduced 'positive' or 'hot' cognition associated with emotions. Results of this study confirm the hypothesis about cognitive impairments in patients with recurrent depression both during exacerbations and in remission.

Key words: cognitive impairment, recurrent depressive disorder, remission, cognitive test battery BAC-A, antidepressive therapy.

Янушко Мария Григорьевна – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения биологической терапии психически больных ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева»; e-mail: yanushko@list.ru

Шаманина Мария Валерьевна – кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения биологической терапии психически больных ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева»; e-mail: shamaninamv@list.ru

Иванов Михаил Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения биологической терапии психически больных ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева»; e-mail: profmikhailivanov@gmail.com