

ВЛИЯНИЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РЕКУРРЕНТНОЙ ДЕПРЕССИИ НА СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ В РЕМИССИИ

А.Н. Гвоздецкий, Н.Н. Петрова, И.М. Акулин

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»

Рекуррентная депрессия является одним из наиболее часто встречающихся психических расстройств. С 2005 по 2015 год распространённость депрессии увеличилась с 183 до 216 миллионов человек [13]. Негативные эпидемиологические тенденции затрагивают и Россию, в которой зарегистрировано 7 815 714 больных или 5,5% населения по состоянию на 2015 год [32]. Рост числа пациентов неизбежно приводит к увеличению затрат на оказание медицинской помощи, в том числе в связи с утратой трудоспособности, и достижение ремиссии и профилактика повторных обострения являются одними из основных целей лечения [26, 29]. Однако, несмотря на редукцию депрессивной симптоматики и стратегию длительного приёма поддерживающей терапии в амбулаторных условиях [4], у части пациентов в ремиссии выявляется снижение качества жизни [14], социального функционирования [31] и трудоспособности [19, 28, 29]. Одним из возможных объяснений сохранения социальной дезадаптации является когнитивный дефицит, препятствующий достижению доболезненного уровня функционирования [5, 7, 9, 16]. Известно, что когнитивные нарушения коррелируют с интегральными показателями социального функционирования [1, 21]. Однако отмечается нехватка исследований, раскрывающих взаимосвязи когнитивных нарушений с различными аспектами социального функционирования [1, 10, 21].

Целью исследования явилась оценка влияния связанных с депрессией когнитивных нарушений на социальное функционирование у пациентов в ремиссии.

Материал и методы исследования

Было обследовано 70 пациентов (17,1% муж. и 82,9% жен.) с диагнозом F33.4 «Рекуррентная депрессия, фаза ремиссии» согласно критериям Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

Возраст пациентов составил $32,3 \pm 10,8$ года. 30% больных на момент обследования состояли в браке,

57,1% никогда не регистрировали брак, 50% обследованных получили высшее образование, среднее профессиональное – 14,3%, после школы не продолжило учиться 10%. Меньшая доля пациентов (24,3%) на момент проведения обследования не работала или не училась. Средняя длительность болезни составила $8,9 \pm 6,8$ лет, длительность депрессивных эпизодов – 3[2; 4] месяцев. За период заболевания больные перенесли 4[3; 6] депрессивных эпизодов.

Перед участием в исследовании каждый участник ознакомился и подписал информированное согласие (одобрено этическим комитетом СПбГУ, Протокол №71 от 01.02.2017 г). Критериями включения были: возраст от 20 до 50 лет, родной язык – русский. Обострение сопутствующей соматической патологии, беременность, потребление психоактивных веществ являлись критериями исключения.

Депрессивная симптоматика оценивалась по шкале Монтгомери-Асберг (MADRS) [23], ремиссия считалась полной при итоговой оценке ≤ 10 баллов, неполной – 11–18 баллов [22, 24, 33]. Для оценки когнитивного дефицита использовалась «Краткая батарея для оценки когнитивных функций при аффективных расстройствах» (BAC-A) [6]. В качестве нормативного выступило значение T-баллов. Уровень социального функционирования определялся с помощью шкалы оценки уровня инвалидности Всемирной Организации Здравоохранения (WHODAS 2.0) [30] по следующим доменам: «Понимание», «Мобильность», «Уход за собой», «Общение», «Ежедневные действия», «Общественная жизнь». В качестве границы допустимой дезадаптации выбран уровень в 25% по критериям Международной классификации функционирования.

Для описания категориальных переменных использовались абсолютные значения и доли от целого – n (%). Переменные, имеющие непрерывный характер распределения, описывались средним и стандартным отклонением ($M \pm \sigma$), дискретные переменные и упорядоченные данные – медианой, 1–3 квартилями ($Md[Q1; Q3]$). В качестве зависимых переменных

использовались результаты оценки социального функционирования. Так как результат WHODAS 2.0 отражает степень социальной дезадаптации в процентах, была выбрана модель бета-регрессии для выявления связи между когнитивными функциями и показателями WHODAS 2.0 [12]. По наименьшему значению информационного критерия Акаике (AIC) отбирались наиболее оптимальные модели. Качество моделей характеризовалось псевдо- R^2 . Сравнение показателей с нормативными осуществлялось с помощью одновыборочного U-критерия Манна-Уитни. Нулевые гипотезы отклонялись при $p < 0,05$. Для коррекции уровня значимости при множественной проверке гипотез использовалась поправка Беньямини-Йекутили. Математическое моделирование осуществлялось на языке программирования R v3.5.1.

Результаты

Обследованные пациенты соответствовали современным критериям ремиссии: уровень депрессивной симптоматики составил 9[5;13] баллов по шкале MADRS. Продолжительность ремиссии составила 5[2;12] месяцев. Доля пациентов, соответствовавших полной ремиссии, составила 58,6%.

Структура резидуальной симптоматики у пациентов в ремиссии характеризовалась гетероген-

ностью. У всех обследованных отсутствовали суицидные мысли и жалобы на снижение аппетита. Большая часть резидуальной симптоматики диффузно распределялась среди пациентов и не имела отчётливого преобладания, не влияла на состояние обследуемых. Ведущими резидуальными симптомами в клинической картине явились тревога и астения (табл. 1).

Только у 1 обследуемого не было объективных признаков когнитивного дефицита (<40 Т-баллов). 51,4% пациентов имели когнитивное снижение по 1–5 доменам, 38,6% – по 6–10 доменам и 8,6% имели дефицит по 11–15 доменам. В табл. 2 представлен уровень эмоционально независимых («холодных») и эмоционально обусловленных («горячих») [10] когнитивных функций пациентов во всей выборке.

Все «холодные» когниции пациентов соответствовали нормативному уровню. Слухоречевая память ($U=2205,0$, $p \leq 0,001$), беглость речи ($U=2435,5$, $p \leq 0,001$), скорость психических процессов ($U=1651,0$, $p=0,017$) характеризуются наибольшей сохранностью из данного комплекса когниций. Рабочая память ($U=1525,0$, $p=0,099$), моторные навыки ($U=1398,0$, $p=0,364$), способности планирования ($U=1349,0$, $p=0,399$), скорость чтения ($U=1483,0$, $p=0,160$) и скорость называния цветов ($U=976,0$, $p=0,230$) не отличаются от нижней границы нормы, что говорит о наличии «мягкого» когнитивного снижения в данной группе больных.

В эмоционально ассоциированных когнитивных функциях структура нарушения следующая. Результат выполнения тестов, характеризующих функцию торможения ответа (цветные нейтральные ($U=598,0$, $p \leq 0,001$) и эмоциональные ($U=625,5$, $p \leq 0,001$) слова), статистически значимо ниже нормы, что подтверждает концепцию когнитивного дефицита в ремиссии. Научение (эмоциональное – $U=2052,0$, $p \leq 0,001$, нейтральное – $U=2220,0$, $p \leq 0,001$), запоминание ($U=2220,0$, $p \leq 0,001$) и распознавание ($U=1663,0$, $p=0,014$) нейтральной информации у пациентов не нарушены. Присоединение аффективного компонента при запоминании ($U=1396,0$, $p=0,370$) и распознавании ($U=1122,0$, $p=0,482$) приводило к мягкому снижению когниций до нижней границы нормы.

Таблица 1

Характеристика резидуальной депрессивной симптоматики при ремиссии рекуррентной депрессии

Симптомы депрессии (шкала MADRS)	Баллы (Md[Q1;Q3])
Объективные признаки подавленности	1,0[0,0;1,0]
Субъективные признаки подавленности	1,0[0,0;2,0]
Чувство внутреннего напряжения	2,0[0,0;2,0]
Уменьшение продолжительности или глубины сна	0,0[0,0;2,0]
Снижение аппетита	0,0[0,0;0,0]
Нарушение концентрации внимания	1,0[0,0;2,0]
Апатия	2,0[0,0;2,0]
Ангедония	0,0[0,0;2,0]
Идеи малоценности	0,0[0,0;2,0]
Суицидные мысли	0,0[0,0;0,0]

Таблица 2

Характеристика когнитивного функционирования при ремиссии рекуррентной депрессии по ВАС-А

«Холодные» когниции	Т-балл (M±σ)	«Горячие» когниции	Т-балл (M±σ)
Слухоречевая память	48,8±10,1***	Цветные нейтральные слова	34,5±11,7***
Оперативная память	42,8±11,8	Цветные эмоциональные слова	33,8±13,0***
Моторные навыки	41,7±13,4	Научение эмоциональное	48,6±12,3***
Беглость речи	51,8±8,2***	Научение нейтральное	50,1±11,2***
Психомоторная скорость	43,6±13,5*	Память эмоциональная	41,2±14,7
Навыки планирования	39,8±15,9	Память нейтральная	50,2±10,8***
Скорость чтения	42,8±16,7	Распознавание эмоциональное	34,6±23,0
Называние цветов	37,6±11,8	Распознавание нейтральное	42,8±17,1*

Примечания: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$.

Несмотря на состояние ремиссии, у всех пациентов выявлялись нарушения социального функционирования (>5% по субшкалам WHODAS 2.0). 12,9% пациентов имели нарушения в 1–2 областях, 25,7% – в 3–4 сферах социального функционирования. Остальные 61,4% обследованных характеризовались социальной дезадаптацией различной степени выраженности в 5 или 6 сферах. Только две сферы социального функционирования были нарушены в минимальной степени либо не нарушены: свобода передвижения (6,2[0,0;29,7], U=611, p=0,001) и уход за собой (6,2[0,0;29,7], U=611, p=0,001). Познавательная деятельность (15,0[6,2;30,0], U=743,5, p=0,134) и сфера коммуникаций (25,0[2,1;50,0], U=1289, p=0,214) у пациентов нарушены умеренно, а в сфере общественных отношений – наименее благополучна (29,2[20,8;50,0], U=1670, p=0,001).

Перед созданием моделей отношений когнитивных функций и социального функционирования была произведена проверка целесообразности включения фактора ремиссии в модели. В ходе проверки установлено, что во всех случаях пациенты с полной ремиссией имели меньшую выраженность социальной дезадаптации в сравнении с пациентами с неполной ремиссией (табл. 3). В этой связи во всех последующих моделях фактор ремиссии был использован в качестве ковариаты. При дальнейшем анализе отбирались только те модели, в которых выявлялась статистически значимая ассоциация когнитивных функций и социального функционирования с учётом типа ремиссии.

Поиск оптимальных моделей привёл к следующим результатам: ежедневная активность связана с частью функций торможения ответа (называние цветов – $\chi^2=5,0$, p=0,026) и моторными навыками ($\chi^2=5,5$, p=0,019); участие в общественной жизни – с нейтральным научением ($\chi^2=8,0$, p=0,005), слухоречевой памятью ($\chi^2=5,4$, p=0,020), психомоторной скоростью ($\chi^2=3,9$, p=0,049). Познавательные способности пациентов связаны с функцией торможения ответа (называние цветов – $\chi^2=6,2$, p=0,013 и цветные нейтральные слова – $\chi^2=4,0$, p=0,047), моторными навыками ($\chi^2=4,1$, p=0,043), психомоторной скоростью ($\chi^2=7,9$, p=0,005), слухоречевой памятью ($\chi^2=6,1$, p=0,013). Следует отметить, что отобранные когнитивные функции, также как психомоторные навыки и психомоторная скорость, связаны с различными доменами социального функционирования, хотя в их основе лежит единое явление – скорость психических процессов (0,0±16,1, процент дисперсии – 71,3%), которая входит в домен «внимание». По аналогии, выделен единый процесс научения как часть домена «памяти» в тестах на слухоречевую память и нейтральное научение (-0,0±12,6, процент дисперсии – 72,5%). Для субтестов раздела «Подавление эмоций» ВАС-А таким общим процессом является функция торможения ответа, которая входит в исполнительные функции (0,0±14,9, процент дисперсии – 82,2%). Опираясь на выделенные когнитивные процессы, в табл. 4 представлены уравнения регрессии, предсказывающие уровень отдельных социальных затруднений в ремиссии.

Таблица 3

Характеристика социального функционирования при ремиссии рекуррентной депрессии

Показатель (WHODAS 2.0)	Полная ремиссия (n=41)	Неполная ремиссия (n=29)	χ^2	p-значение
Понимание	10,0[5,0;20,0]	25,0[20,0;40,0]	10,3	0,005
Мобильность	6,2[0,0;12,5]	18,8[6,2;43,8]	8,7	0,009
Уход за собой	0,0[0,0;10,0]	20,0[0,0;40,0]	8,5	0,009
Общение	16,7[0,0;33,3]	50,0[25,0;75,0]	23,4	<0,001
Ежедневные действия	20,0[0,0;50,0]	60,0[40,0;80,0]	13,6	0,002
Общественная жизнь	25,0[16,7;41,7]	41,7[25,0;58,3]	12,5	0,002

Таблица 4

Зависимость социального функционирования от когнитивных функций и типа ремиссии у больных рекуррентной депрессией

Показатель	Ежедневная активность	Общественная жизнь	Понимание
Константа	-0,87(0,19)***	-0,90(0,13)***	-1,87(0,14)***
Частичная ремиссия	1,18(0,29)***	0,63(0,19)***	0,89(0,20)***
Торможение ответа			-0,03(0,01)**
Вербальное научение		-0,02(0,01)*	
Скорость психических процессов	-0,02(0,01)*	-0,01(0,01)**	
Константа (ф)	1,76(0,26)***	1,83(0,16)***	2,00(0,17)***
Вербальное научение (ф)			0,06(0,01)***
Скорость психических процессов (ф)		0,02(0,01)*	
Псевдо-R ²	0,22	0,23	0,14
AIC	-30,5	-46,8	-112,5
Статистика модели χ^2 (df)	18,2 (2)	21,0 (3)	16,2 (2)
Значимость модели (p)	<0,001	<0,001	<0,001

Примечания: * – p<0,05, ** – p<0,01, *** – p<0,001.

Обсуждение и выводы

В последнее время социальное функционирование становится одним из критериев качества медицинской помощи больным с рекуррентной депрессией [3, 5]. Несмотря на успехи в лечении депрессивной симптоматики, у пациентов сохраняются лёгкие либо умеренные (общий балл по WHODAS 2.0 25,5[14,1;38,4]%) нарушения функционального статуса. Полученные данные аналогичны ранее опубликованным результатам (от 20,8 [11] до 24,0 [31] баллов по WHODAS 2.0), что указывает на недостаточную эффективность существующих подходов к терапии [27].

Когнитивное снижение – значимый фактор, который ограничивает социальную адаптацию пациентов [5]. Ранее это подтверждалось исследованиями, в которых когнитивные нарушения определялись по самоотчётам пациентов (например, исследование Buist-Bouwman и коллег [9]). На данный момент есть данные о влиянии исполнительных функций на способность вести активный образ жизни – «Leisure Time», $\beta = -0,282$ (0,036) и учиться, запоминать, принимать решение – «Cognition», $\beta = -0,294$ (0,019) [20]. То есть только для одного из трёх когнитивных доменов (память, внимание, исполнительные функции), которые нарушены при ремиссии [17, 25],

показано прямое влияние на социальное функционирование пациентов.

Результаты текущего исследования расширяют представления о влиянии когнитивных функций на функциональный статус пациентов. Невозможность вовремя подавить депрессивные переживания приводит к «застреванию» на них, что мешает пациентам концентрировать внимание на повседневных делах [15, 18]. Снижение скорости психических процессов ограничивает функционирование пациентов в быту и снижает эффективность взаимодействия с другими людьми. Кроме этого, трудности при запоминании обращённой речи так же негативно сказываются на общении пациентов с окружающими.

Таким образом, полученные данные подтверждают имеющееся мнение о том, что, наряду с достижением полной ремиссии [2, 26] восстановление когнитивного функционирования пациентов является значимым фактором социальной реадaptации пациентов с рекуррентной депрессией [5, 8, 27]. Появление способов восстановления функций торможения ответа, вербального научения и скорости психических процессов приведёт к внедрению концепции социально-личностного восстановления пациентов в повседневную психиатрическую практику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахапкин Р.В., Емелин К.Э., Александровский Ю.А. Когнитивный профиль пациентов с депрессивными расстройствами и его значение для антидепрессивной терапии и социального функционирования // *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева*. 2018. № 1. С. 23–32.
2. Канаева Л.С. Современная концепция ремиссии при непсихотических депрессивных расстройствах // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2013. Т. 113. № 11. С. 14–22.
3. Миронова Н.В., Ахапкин Р.В., Емелин К.Э. Предикторы восстановления социального функционирования при аффективных расстройствах // *Современная терапия психических расстройств*. 2014. № 4. С. 2–7.
4. Смудевич А.Б., Андрищенко А.В., Романов Д.В., Захарова Н.В. Ремиссия при аффективных заболеваниях: эпидемиология, психопатология, клинический и социальный прогноз, вторичная профилактика // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014. Т. 114, № 3. С. 4–13.
5. Шмуклер А.Б., Мазо Г.Э. Функциональное выздоровление vs ремиссия симптомов – парадигмальный сдвиг терапевтических мишеней у больных с депрессивным расстройством // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2018. Т. 28, № 3. С. 68–73.
6. Янушко М.Г., Шаманина М.В., Аристова Т.А., Киф Р., Иванов М.В., Толмачева М. Стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с аффективными расстройствами» (ВАС-А) на основе нормативных данных российской популяции // *Российский психиатрический журнал*. 2015. № 2. С. 68–75.
7. Baune B.T., Miller R., McAfoose J., Johnson M., Quirk F., Mitchell D. The role of cognitive impairment in general functioning in major depression // *Psychiatry Res*. 2010. Vol. 176, N 2–3. P. 183–189.
8. Bortolato B., Miskowiak K.W., Köhler C.A., Maes M., Fernandes B.S., Berk M., Carvalho A.F. Cognitive remission: a novel objective for the treatment of major depression? // *BMC Medicine*. 2016. Vol. 14, N 1. P. 9.
9. Buist-Bouwman M.A., Ormel J., de Graaf R., de Jonge P., van Sonderen E., Alonso J., Bruffaerts R., Vollebergh W.A.M. Mediators of the association between depression and role functioning // *Acta Psychiatr. Scand*. 2008. Vol. 118, N 6. P. 451–458.
10. Cognitive Impairment in Major Depressive Disorder: Clinical Relevance, Biological Substrates, and Treatment Opportunities. Cognitive Impairment in Major Depressive Disorder. McIntyre, R.S. (Ed.) 1 edition. // Cambridge University Press, 2016. 374 p.
11. Collard R.M., Wassink-Vossen S., Schene A.H., Naarding P., Verhaak P., Oude Voshaar R.C., Comijs H.C. Symptomatic and functional recovery in depression in later life. // *Soc. Psychiatr. Psychiatric Epidemiol*. 2018. Vol. 53, N 10. P. 1071–1079.
12. Cribari-Neto F., Zeileis A. Beta Regression in R // *J. Statistic. Software*. 2010. Vol. 34, N 2. P. 1–24.
13. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 // *Lancet*. 2016. Vol. 388, N 10053. P. 1545–1602.
14. Greer T.L., Sunderajan P., Grannemann B.D., Trivedi M.H. Cognitive and Psychosocial Improvements Following Aripiprazole Augmentation of SSRI Antidepressant Therapy in Treatment Refractory Depression: A Pilot Study // *Open J. Depression*. 2013. Vol. 2, N 4. P. 45–53.
15. Gupta M., Holshausen K., Best M.W., Jokic R., Milev R., Bernard T., Gou L., Bowie C.R. Relationships Among Neurocognition, Symptoms, and Functioning in Treatment-Resistant Depression // *Arch. Clin. Neuropsychol*. 2013. Vol. 28, N 3. P. 272–281.
16. Hammer-Helmich L., Haro J.M., Jönsson B., Tanguy Melac A., Di Nicola S., Chollet J., Milea D., Rive B., Saragoussi D. Functional impairment in patients with major depressive disorder: the 2-year PERFORM study // *Neuropsychiatric Disease Treatment*. 2018. Vol. 14. P. 239–249.
17. Hasselbalch B.J., Knorr U., Kessing L.V. Cognitive impairment in the remitted state of unipolar depressive disorder: A systematic review // *J. Affect. Dis*. 2011. Vol. 134, N 1. P. 20–31.
18. Joormann J., D'Avanzato C. Emotion regulation in depression: Examining the role of cognitive processes // *Cognition Emotion*. 2010. Vol. 24, N 6. P. 913–939.
19. Kim J.M., Chalem Y., di Nicola S., Hong J.P., Won S.H., Milea D. A cross-sectional study of functional disabilities and perceived cognitive dysfunction in patients with major depressive disorder in South Korea: The PERFORM-K study // *Psychiatr. Res*. 2016. Vol. 239. P. 353–361.
20. Knight M.J., Air T., Baune B.T. The role of cognitive impairment in psychosocial functioning in remitted depression // *J. Affect. Dis*. 2018. Vol. 235. P. 129–134.
21. Lam R.W., Kennedy S.H., McIntyre R.S., Khullar A. Cognitive Dysfunction in Major Depressive Disorder: Effects on Psychosocial Functioning and Implications for Treatment // *Can. J. Psychiatry*. 2014. Vol. 59, N 12. P. 649–654.
22. Madhoo M., Keefe R.S., Roth R.M., Sambunaris A., Wu J., Trivedi M.H., Anderson C.S., Lasser R. Lisdexamfetamine Dimesylate Augmentation

- in Adults With Persistent Executive Dysfunction After Partial or Full Remission of Major Depressive Disorder // *Neuropsychopharmacol.* 2014. Vol. 39, N 6. P. 1388–1398.
23. Montgomery S.A., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change // *Br. J. Psychiatr. J. Mental Sci.* 1979. Vol. 134, N 4. P. 382–389.
 24. Pintor L., Torres X., Navarro V., Matrai S., Gastó C. Is the type of remission after a major depressive episode an important risk factor to relapses in a 4-year follow up? // *J. Affect. Dis.* 2004. Vol. 82, N 2. P. 291–296.
 25. Rock P.L., Roiser J.P., Riedel W.J., Blackwell A.D. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis // *Psychol. Med.* 2014. Vol. 44, N 10. P. 2029–2040.
 26. Romera I., Perez V., Gilaberte I. Remission and functioning in major depressive disorder // *Actas Espanolas de Psiquiatria.* 2013. Vol. 41, N 5. P. 263–268.
 27. Salagre E., Solé B., Tomioka Y., Fernandes B.S., Hidalgo-Mazzei D., Garriga M., Jimenez E., Sanchez-Moreno J., Vieta E., Grande I. Treatment of neurocognitive symptoms in unipolar depression: A systematic review and future perspectives // *J. Affect. Dis.* 2017. Vol. 221. P. 205–221.
 28. Sarfati D., Stewart K., Woo C., Parikh S.V., Yatham L.N., Lam R.W. The effect of remission status on work functioning in employed patients treated for major depressive disorder // *Ann. Clin. Psychiatr.* 2017. Vol. 29, N 1. P. 11–16.
 29. Sheehan D.V., Nakagome K., Asami Y., Pappadopulos E.A., Boucher M. Restoring function in major depressive disorder: A systematic review // *J. Affect. Dis.* 2017. Vol. 215. P. 299–313.
 30. Üstün T.B., Chatterji S., Kostanjsek N., Rehm J., Kennedy C., Epping-Jordan J., Saxena S., von Korf M., Pull C. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 // *Bull. World Health Organization.* 2010. Vol. 88, N 11. P. 815–823.
 31. Voort T.Y.G. van der, Seldenrijk A., Meijel B. van, Goossens P.J.J., Beekman A.T.F., Penninx B.W.J.H., Kupka R.W. Functional versus syndromal recovery in patients with major depressive disorder and bipolar disorder // *J. Clin. Psychiatry.* 2015. Vol. 76, N 6. P. 809–814.
 32. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. 2017. 24 p.
 33. Zimmerman M., Posternak M.A., Chelminski I. Derivation of a definition of remission on the Montgomery-Asberg depression rating scale corresponding to the definition of remission on the Hamilton rating scale for depression // *J. Psychiatr. Res.* 2004. Vol. 38, N 6. P. 577–582.

ВЛИЯНИЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РЕКУРРЕНТНОЙ ДЕПРЕССИИ НА СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ В РЕМИССИИ

А.Н. Гвоздецкий, Н.Н. Петрова, И.М. Акулин

Несмотря на достижение ремиссии при рекуррентной депрессии, у пациентов сохраняется социальная дезадаптация. Выраженность когнитивных нарушений рассматривается в качестве предиктора снижения социального функционирования больных в ремиссии. Целью исследования явилось выявление ключевых когнитивных функций, определяющих различные сферы социального функционирования пациентов в ремиссии. Всего обследовано 70 пациентов, из которых 58,6% соответствовало критериям полной ремиссии (≤ 10 баллов по шкале Монтомгери-Асберга для оценки депрессии). Социальное функционирование определялось с помощью шкалы оценки уровня инвалидности Всемирной Организации Здравоохранения (WHODAS 2.0). Когнитивные функции измерялись при помощи «Краткой батареи оценки когнитивных функций при аффективных расстройствах» (BAC-A). В результате обследования установлено, что для всех пациентов харак-

терна социальная дезадаптация ($>5\%$ по субшкалам WHODAS 2.0): в 1–2 сферах – 12,9%, 3–4 – 25,7%, 5–6 – 61,4%. При полной ремиссии уровень социального функционирования выше, чем при неполной ($p < 0,01$). Дефицит функции торможения ответа негативно влиял на способность пациентов концентрироваться, принимать решения ($p = 0,02$). Скорость психических процессов определяла сохранность повседневного функционирования ($p = 0,02$) и участия в общественной жизни ($p = 0,007$), вербальное научение ассоциировано со сферой общественной жизни ($p = 0,02$). Таким образом, кроме достижения полной ремиссии необходимо восстановление функции торможения, скорости психических процессов и вербального научения для внедрения концепции восстановления пациентов до доболезненного уровня.

Ключевые слова: рекуррентная депрессия, ремиссия, когнитивные функции, социальное функционирование, восстановление.

COGNITIVE DEFICIT PREDICT SOCIAL PERFORMANCE IN REMITTED PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

A.N. Gvozdetski, N.N. Petrova, I.M. Akulin

Despite the fact that many patients with recurrent depression achieve remission state, the patients are not socially adopted. Authors suggest that the severity of cognitive deficits predicts the decrease in social functioning in patients with major depression in remission state.

The study aimed on revealing which cognitive functions mainly influence on different aspects of social functioning in the group. Seventeen patients with major depression were included in the study, of which 58,6% corresponded to full-remission criteria (they had less than 10 points as per Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)). The social functioning was assessed by using the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0). All patients performed cognitive testing by using the Brief Assessment of Cognition in Affective disorders battery (BAC-A).

All patients demonstrated social disability (more than 5% on all

WHODAS 2.0 subscales): in 1–2 domains – 12,9%, in 3–4 domains – 25,7%, in 5 and 6 domains – 61,4%. In comparison with partly remitted patients, patients in the full remission state had higher social functioning ($p < 0,01$). Deficit in response inhibition influenced on patients ability to concentrate and to make decisions ($p = 0,007$). The speed of processes influenced on quality of everyday functioning ($p = 0,02$) and their participation in social activities ($p = 0,007$). Verbal learning function was also associated with participation in social activities ($p = 0,02$). Thus, beyond the achievement of full remission in patients with major depressive disorder, it is necessary to restore cognitive functions including response inhibition, speed of processes and verbal learning. These steps are important in patients recovery to pre-morbid level.

Key words: major depression, remission, cognition, social performance, recovery.

Гвоздецкий Антон Николаевич – аспирант 3 года обучения, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»; e-mail: st045829@student.spbu.ru, comisora@yandex.ru

Петрова Наталия Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»; e-mail: petrova_nn@mail.ru

Акулин Игорь Михайлович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой организации здравоохранения и медицинского права ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»; e-mail: orgzdrav@spbu.ru