

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.
Сербского»

Министерства Здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

Емелин Климентий Эрнесович

ВЛИЯНИЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ НА СОЦИАЛЬНОЕ
ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ
РАССТРОЙСТВАМИ (КЛИНИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)

Специальность 14.01.06 «Психиатрия»

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
член-корреспондент РАН,
доктор медицинских наук
профессор
Ю.А. Александровский

Москва – 2020

Оглавление

Список сокращений.....	3
Введение.....	4
Глава 1. Обзор литературы.....	9
Глава 2. Материал и методы исследования.....	22
Глава 3. Соотношение социального функционирования и когнитивных нарушений больных с непсихотическими депрессивными расстройствами.....	37
Глава 4. Динамика когнитивных нарушений и социального функционирования у больных с непсихотическими депрессивными расстройствами в процессе терапии антидепрессантами.....	67
Заключение.....	93
Выводы.....	99
Список литературы.....	100
Приложения.....	113

Список сокращений

- ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
- ДР – депрессивное расстройство
- ИФ – исполнительные функции
- КФ – когнитивное функционирование
- МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра
- СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
- СИОЗН - селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина
- СФ – социальное функционирование
- УДР – униполярное депрессивное расстройство
- ТЦА – трициклические антидепрессанты
- ЦНС – центральная нервная система
- DSM-III – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,
Third Edition
- DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,
Fourth Edition
- HAM-D - Hamilton Rating Scale for Depression
- MADRS - Montgomery—Asberg Depression Rating Scale
- PSP - Personal and Social Performance Scale
- Q-les-Q - Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire
- SASS – Social Adaptation Self-evaluation Scale
- SDS - Sheehan Disability Scale

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Под социальным функционированием (СФ) понимается процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности, который позволяет индивидууму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели (при сохранении психического и физического здоровья), обеспечивая в то же время соответствие психической деятельности человека и его поведения требованиям окружающей обстановки.

Депрессия занимает одно из лидирующих мест среди причин нарушения социального функционирования больных за счет частичной или полной утраты работоспособности, распада семейных и межличностных отношений, снижения повседневной активности, сужения круга интересов, ухудшения финансового положения (Lecrubier Y. et al., 2008). В связи с этим все более широко при диагностике и лечении депрессивных расстройств учитываются не только выраженность симптомов расстройства, но и уровень социального функционирования на всех этапах терапии. Показатели СФ, наряду с клиническими данными, активно рассматриваются в качестве диагностических критериев и мер эффективности лечения при депрессивных расстройствах (Краснов В.Н. 2011; Шмуклер А.Б., 1999; Nealy D., 1997). В МКБ-10 степень затруднения СФ рассматривается в качестве одного из критериев тяжести депрессивного эпизода. В литературе все чаще используются понятия «функциональное восстановление», «функциональная ремиссия», определяемые как восстановление доблезненного уровня функционирования в различных социальных сферах (Аведисова А.С., 2008; Мосолов С.Н., 2011).

В связи с выявлением резидуальных нарушений СФ после купирования симптомов ДР (Шамрей В.К., 2013; Асанова А.А., 2008; Канаева Л.С., 2008;

Vittengl J.R. et al., 2009) значительную актуальность приобретает вопрос о влиянии отдельных симптомов депрессии на уровень СФ при ДР.

Отсутствие унифицированного метода определения степени нарушения СФ объясняется его многомерностью и многокомпонентностью. Наиболее часто для оценки СФ используются шкалы, определяющие общий уровень социальной активности (Шкала глобального функционирования (GAF), визуальная аналоговая шкала, SASS и др.). Вместе с тем ряд исследований показали, что при униполярном депрессивном расстройстве (УДР) различные аспекты СФ затрагиваются по-разному. Так, в наибольшей степени при УДР страдают профессиональная деятельность, повседневная активность и досуг (Toshi A. et al., 2010). Вопрос о том, какой из методов оценки СФ наиболее применим для данной группы пациентов остается нерешенным.

В качестве предикторов восстановления СФ рассматриваются такие факторы, как: отсутствие остаточной симптоматики (Федоров Н. В., 2011; Gupta M., 2011; Wingo A.P., 2010), тип личности пациента (Skodol A.E., 2005, Seivewright H., 2004; Rytsala H.J., 2005), демографические особенности и условия среды (Степанов И.Л., 2012; Verboom C.E., 2011), отсутствие нарушений когнитивных функций (КФ) (Jaeger J. et al., 2005).

Влияние нарушений КФ на СФ некоторые исследователи связывают с выраженной неспособностью пациентами решать ежедневные проблемы (Naismith S. L. et al. 2007, Rapaport M. H., et al., 2005), что, возможно, обусловлено нарушением исполнительной функции (ИФ), отвечающей за процессы постановки целей, планирования, антиципации, торможения и контроля действий, гибкой смены когнитивных установок, поддержания деятельности, подавления влияния интерферирующих воздействий, коррекции ошибок, распределения ресурсов внимания (Fuster, 2002; Shallice, 1996; Stuss, Knight, 2002). Несмотря на указанные представления о КФ при депрессии, в настоящее время отсутствуют четкие представления о их влиянии на социальное функционирование.

Малоизученной остается динамика СФ и КФ при психоаналептической терапии пациентов с ДР. Имеются гипотезы о том, что антидепрессанты воздействуют непосредственно на механизмы, обеспечивающие улучшение СФ, и о косвенном влиянии на данную сферу за счет купирования симптомов ДР (Briley M., Moret C., 2010).

Изучение методов оценки социального функционирования, рассмотрение нарушения когнитивной, особенно исполнительной, функции, как возможного предиктосоциальной дезадаптации при депрессивном расстройстве, анализ влияния психофармакотерапии антидепрессантами на когнитивную сферу и СФ больных с депрессией, является актуальной проблемой для целенаправленного исследования.

Целью исследования являлось определение влияния когнитивных нарушений на социальное функционирование больных с непсихотическими депрессивными расстройствами и разработка рекомендаций по оптимизации их терапии.

В соответствии с целью работы поставлены следующие *задачи*:

1. Провести комплексную клинико-психодиагностическую оценку когнитивных нарушений и социального функционирования у больных с непсихотическими депрессивными расстройствами.
2. Выделить наиболее значимые социо-демографические и клинико-динамические корреляты когнитивных нарушений и показателей социального функционирования при непсихотических депрессивных расстройствах.
3. Изучить влияние когнитивных нарушений на уровень социального функционирования у больных с непсихотическими депрессивными расстройствами.
4. Рассмотреть влияние антидепрессивной и ноотропной терапии на когнитивные нарушения и социальное функционирование у больных с непсихотическими депрессивными расстройствами.
5. Разработать практические рекомендации по совершенствованию методов терапии больных с непсихотическими депрессивными

расстройствами, направленной на улучшение их когнитивного и социального функционирования.

Научная новизна исследования: Комплексно изучены факторы, определяющие возможность развития нарушений социального функционирования у больных с непсихотическими депрессивными расстройствами, одними из которых являются когнитивные нарушения. Установлена эффективность тимоаналептической терапии на выраженность когнитивных расстройств и нарушения социального функционирования пациентов. Динамическая оценка когнитивных нарушений при непсихотических депрессивных расстройствах может быть отнесена к прогностическим показателям эффективности терапии.

Теоретическая значимость исследования: Динамическая оценка когнитивных нарушений при непсихотических депрессивных расстройствах является прогностическим параметром восстановления социального функционирования при их лечении.

Практическая значимость исследования: Разработанные методические подходы позволяют оценивать информативную значимость «объективного» и «субъективного» определения уровней социального функционирования у больных с непсихотическими депрессивными расстройствами и эффективность терапии, направленной на восстановление когнитивного профиля, влияющего на их социальное функционирование.

ГЛАВА 1. Обзор литературы.

В последние годы депрессивные расстройства (ДР) становятся все более актуальным предметом изучения у исследователей, занимающихся проблемами восстановления социального функционирования пациентов с психическими нарушениями (Abas M., 1990; Verboom С.Е., 2011; Murphy F.C., 1999). Эпидемиологические данные свидетельствуют, что распространенность ДР составляет 4-10% от мирового населения (Мосолов С.Н., 2006; Степанов И.Л., 2011; Тювина Н.А., 2009), а доля депрессий среди всех выявленных психических расстройств, по данным ВОЗ (2000), приближается к 40%. Имеются сведения, что 20-25% женщин и 7-12% мужчин, по крайней мере, один раз в жизни перенесли депрессивный эпизод, а у 3-4% населения в мире случается рецидив ДР (Gualtieri С.Т., 2006; Van Der Werf-Eldering M.J., 2012). Несмотря на сохранность потенциала личности (Вертоградова О.П., 1997; Вид В.Д., 1994) пациентов с ДР, данная патология является одной из основных причин инвалидности в мире (Информационный бюллетень ВОЗ №369, 2012), занимая одно из лидирующих мест среди причин нарушения социального функционирования (СФ) больных за счет частичной или полной утраты работоспособности, распада семейных и межличностных отношений, снижения повседневной активности, сужения круга интересов, ухудшения финансового положения (Самойлова Д.Д., 2011; Murray С.Ј.Л., 1994), а также высокого суицидального риска (Михайлов Б. В., 2004). В связи с этим все более широко при диагностике и лечении ДР учитываются не только выраженность симптомов расстройства, но и уровень социального функционирования на всех этапах терапии (Самойлова Д.Д., 2011).

Интерес к социальной среде пациентов, как к одной из причин формирования психического расстройства, возник не позднее второй половины 18 века. Пьер Жан Кабанис (1757—1808) считал социальный фактор одним из ведущих в формировании психических расстройств: «Есть еще одна причина душевных болезней, а именно — общественная

обстановка, при которой живет и работает человеческий мозг. Когда социальная жизнь построена уродливо и жестоко, мозговая деятельность чаще уклоняется от правильного пути». Согласно учению Мореля (середина 19 века), причинами описанного им «вырождения» являлись социальная среда (работы на производствах, вредные профессии, материальная нужда), патологический темперамент, тяжелые психические переживания (*mal moral*), врожденные или образовавшиеся в детстве уродства, «наследственное влияние». В девяностых годах 19 века, когда стала развиваться пограничная психиатрия (Трел, Моро де-Тур, Морель и Маньян, Бирд (1839—1883)), главным критерием, позволяющим отнести пациента к категории «полунормальных людей» являлась сохранность социальной ценности (Каннабих Ю. В., 1928). В 1933 году П.Б. Ганнушкин выделил критерии психопатий и отмечал, что они «мешают... приспособляться к окружающей среде», обратив внимание не только на медицинское, но и социальное значение психических расстройств, что позже О. В. Кербиковым (1962) было обозначено как социальная дезадаптация. Во второй половине 20 века возрастал интерес к вопросам социального функционирования и качества жизни. В 1948 году Всемирная организация здравоохранения дала определение термину «качество жизни» как «восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых они живут в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами» (Kuypen W., 1994). Показатели СФ, наряду с клиническими данными, все более активно рассматриваются в качестве диагностических критериев и мер эффективности лечения при депрессивных расстройствах (Александровский Ю.А., 2000; Краснов В.Н. 2011). В диагностических руководствах (МКБ-10 и DSM-5), предлагается учитывать степень затруднения СФ при определении тяжести депрессивного эпизода. В DSM впервые рекомендована оценка функциональных показателей для расстройств V оси в 1980, а в 1994 году добавлена отдельная Шкала глобального функционирования (GAF). Всемирной организацией

здравоохранения разработана отдельная система классификации дефектов, инвалидности и социальных последствий заболеваний (1997). С 1992 года издается журнал "Quality of Life Research" («Исследование качества жизни»), с 1994 года проводятся специальные конференции, ориентированные на изучение качества жизни при психических расстройствах. Число исследований, посвященных социальному функционированию и качеству жизни пациентов с психическими расстройствами (Бачериков Н.Е., 1985; Дмитриева Т.Б. 1994; Кабанов М.М., 2001; Попов Ю.В., 1992), их влиянию на выраженность симптоматики, и наоборот, зависимости функциональных нарушений от тяжести психических нарушений непрерывно растет. В литературе все чаще используются понятия «функциональное восстановление», «функциональная ремиссия», определяемые как восстановление доболезненного уровня функционирования в различных социальных сферах (например, восстановление независимого проживания, профессионального статуса и др.) (Аведисова А.С., 2008; Марута Н.А., 2013; Мосолов С.Н., 2011). Некоторые шкалы для оценки выраженности депрессии содержат пункты, характеризующие социальную активность пациентов. К ним относится широко используемая шкала депрессии Гамильтона (HDRS или HAM-D) (1979).

Под социальной адаптацией понимается процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности, который позволяет индивидууму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели (при сохранении психического и физического здоровья), обеспечивая в то же время соответствие психической деятельности человека, его поведения требованиям среды (Березин Ф.Б., 1988).

Определить уровень социальной адаптации позволяют ряд психометрических методов. Имеется большое число широко используемых шкал и самоопросников, посвященных социальному функционированию

(GAF, SASS, SAS-SR, SAS-M, SF-36, Q-LES-Q, SOFAS и др.). Все имеющиеся методики можно разделить на «объективные» (GAF, шкала оценки уровня социального функционирования Рустановича А.В.), позволяющие оценить социальную адаптацию вне зависимости от мнения пациента, и «субъективные» (SASS, SAS-SR, SAS-M, SF-36, Q-LES-Q), позволяющие больному самостоятельно охарактеризовать свое функциональное состояние. Все эти группы методик могут дать существенную разницу в результатах, поскольку самооценка пациента может не совпасть с мнением исследователя, в связи с чем необходимо совместное использование «объективных» шкал и «субъективных» опросников (Бурковский Г.В., 1998; Подкорытов В.С., 2002; Безнос С.А., 2007).

Имеющиеся психометрические методики различны по охвату и структуре, что обусловлено отсутствием единых представлений о тотальности (Мосолов С.Н., 2011; Асанова А. А., 2008; Briley M., 2010) или выборочности нарушений СФ при депрессивных расстройствах, вследствие чего необходимо использовать широкий набор применяемых методов оценки.

Помимо этого, шкалы и опросники различны по своей чувствительности к изменениям выраженности депрессивной симптоматики, социально-демографическим, возрастным показателям и не всегда сходны к оценке отдельных категорий СФ, например, профессионального функционирования (Weissman M.M., 2011), что подчеркивает необходимость использования нескольких шкал.

При исследовании СФ при депрессии, очевидно, что наличие депрессивной симптоматики в остром периоде аффективного расстройства резко снижает СФ, и его уровень соразмерен со степенью выраженности депрессивного эпизода (Dunn T. W., 2012). В ряде работ было показано, что депрессивные расстройства вызывают значительно более выраженные нарушения СФ, чем другие хронические заболевания (Wingo A.P., 2010; Spitzer R.L., 1995; Hirschfeld R.M., 2000). Депрессия связана с более высоким физическим и социальным дефицитом, низким качеством жизни, большим

количеством прогулов и пропусков работы по болезни, более высокими затратами на лечение и худшим восприятием состояния здоровья по сравнению с другими хроническими соматическими заболеваниями (Weissman M.M., 2001), такими как сахарный диабет, гипертоническая болезнь, ИБС, артрит и др.

Описывая период снижения остроты симптомов ДР и наступления симптоматической ремиссии, вопреки традиционному представлению об одновременном угасании симптомов депрессии и нарушений СФ в процессе терапии (Angst J., 1993), в исследованиях последних лет было показано, что пациенты с аффективными расстройствами имеют в среднем более низкие показатели СФ и в период ремиссии (Godard J., 2012; Ishak W.W., 2012). Е. Paykel и М. Weissman (1973) в результате 8-месячного периода наблюдения депрессивных больных продемонстрировали, что восстановление СФ происходит медленнее, чем симптоматическое улучшение и в ряде случаев полностью не восстанавливается. В исследовании J. Mintz и соавт. (1992) работоспособность восстановилась у 74% пациентов, у которых с помощью фармакотерапии были эффективно купированы симптомы депрессии, но восстановление в профессиональной сфере требовало большего времени, чем редуцирование остаточной симптоматики. Т.А. Furukawa et al. (2001), в результате своей работы, посвященной изучению СФ после симптоматического восстановления, пришел к выводу, что показатели СФ не достигают должного уровня при купировании депрессивной симптоматики. А.А. Асанова (2008), наблюдая за динамикой качества жизни и социального функционирования пациентов с депрессивными и тревожно-депрессивными расстройствами, также пришла к выводу, что такие показатели, как чувство благополучия, удовлетворенность жизнью, способность функционировать в повседневной жизни в процессе фармакотерапии приближаются к таковым у здоровых, но не достигают абсолютного восстановления. J.R. Vittengl et al. (2009) в дополнение к этому определил временной критерий, предположив, что полное купирование нарушений СФ достигается в течение 2 лет.

Некоторые авторы считают, что нарушения СФ при депрессии являются стойкими и не восстанавливаются (Bauwens F., 1991; Corywell W., 1993). Однако, существуют предположения о возможном восстановлении социального функционирования еще до симптоматической ремиссии, что может явиться фактором, определяющим успех в купировании симптомов депрессии (Dunn T. W. 2012).

Данные об отсутствии прямой зависимости между снижением выраженности симптомов депрессии и восстановлением СФ побудили исследователей к изучению факторов, опосредующих функциональное восстановление после симптоматического.

В первую очередь авторы считают, что более всего на СФ в период ремиссии влияет наличие остаточной депрессивной симптоматики и степень ее выраженности (Федоров Н. В., 2011; Gupta M., 2011; Wingo A.P., 2010). С отсутствием восстановления доболезненного уровня функционирования связано наличие даже умеренно выраженных депрессивных симптомов (MADRS 7-14) (Wingo A.P., 2010).

Однако имеются указания на отсутствие полного соответствия между выраженностью симптомов в структуре ремиссии и уровнем функционирования пациентов. В проведенном М. Zimmerman и соавт. исследовании (2006), с одной стороны пациенты без остаточной симптоматики редко сообщали о нарушениях социального функционирования, а с другой – у четверти пациентов из группы с остаточной депрессивной симптоматикой также наблюдался хороший уровень СФ. Причем, несмотря на наличие симптоматики, половина из этих больных рассматривали себя как вылечившихся от депрессии.

Среди других факторов, влияющих на СФ, приводят клинические особенности депрессивного синдрома. По данным Л.С. Канаевой и К.В. Захаровой (2008) в период ремиссии депрессивного расстройства самым неблагоприятным фактором в отношении уровня функционирования являлось наличие гипотимии в структуре остаточной симптоматики. В

проведенном ими катамнестическом исследовании, СФ наиболее полно восстановилось у пациентов, не имевших какой-либо остаточной симптоматики, худшие показатели были в группе ремиссий с сохраняющейся гипотимией, промежуточное значение имели пациенты с тревожной и астенической симптоматикой. Гипотимия и ангедония более специфичны для депрессии, чем другие симптомы, например, тревога (Watson D., 1995). Снижение мотивации, энергии и способности получать удовольствие больше всего затрудняют активное приближение к вознаграждающим стимулам внешней среды и влияют на снижение функционирования у больных депрессивными расстройствами (Kool S, 1999). Н.В. Федоров (2011) при изучении социального функционирования и качества жизни у больных с фармакорезистентными депрессивными расстройствами также выявил зависимость этого показателя от клинических особенностей депрессивного синдрома. Так, наиболее высокий уровень социального функционирования в его исследовании отмечался у пациентов с меланхолическим синдромом, а у больных с тревожно-депрессивным синдромом выше оценивается социальная адаптация, чем качество жизни, а у больных с апато-депрессивным синдромом, напротив — качество жизни, чем социальная адаптация.

Изучая психологические параметры, учеными были выделены типы личности пациентов, их возможность прибегать к определенным копинг-стратегиям и приспособительным механизмам поведения (Healy D., 1997). Пациенты с большим депрессивным расстройством и сопутствующим расстройством личности были склонны к наличию худших показателей СФ, чем пациенты без сопутствующего расстройства личности (Skodol A.E., 2005). Более того, Н. Seivewright и соавт. (2004) указывали, что стойкая социальная дисфункция могла обуславливаться не терапевтической резистентностью, а именно расстройством личности. Люди с шизоидным и пограничным расстройством личности существенно чаще оказывались одиночками и имели низкий уровень образования (Rytsala H.J., 2005). G. Ranjith и соавт. (2005), проанализировав выборку из 80 амбулаторных

больных, страдавших депрессивным расстройством, пришли к выводу, что интроверсия стояла на втором месте после выраженности депрессивной симптоматики по негативному влиянию на СФ. Экстраверсия, напротив, вносила существенный вклад в сохранение уровня функционирования во время депрессии, в то время как влияние уровня невротизма (по шкале Айзенка) в данном исследовании не оказалось значимым. Однако, по данным других исследователей высокий уровень невротизма, наряду с высокой добросовестностью, низким уровнем физической активности и сильным рабочим напряжением, являлся значимым предиктором нетрудоспособности среди пациентов с большим депрессивным расстройством (Verboom С.Е., 2011).

СФ у пациентов с аффективными расстройствами может различаться также в зависимости от демографических особенностей и внешних условий (Степанов И.Л., 2012). Сохранение широкой сети социальных связей и наличие социальной поддержки различными учеными определялись в качестве защитных факторов при наличии депрессивного расстройства (Verboom С.Е., 2011). В качестве неблагоприятно влияющих на восстановление СФ при большом депрессивном расстройстве показателей отмечались пожилой возраст и наличие других сопутствующих психических расстройств (Rytsala H.J., 2005). С.Д. Sherbourne и соавт. (1995), обобщив данные 604 депрессивных пациентов, пришли к выводу, что наилучшие показатели функционирования были у трудоустроенных пациентов, которые употребляли меньше алкоголя и имели активные копинг-стратегии. Восстановление уровня СФ было отмечено у пациентов, имевших больше поддержки со стороны социума и у склонных к использованию активных копинг-стратегий. Помимо этого, в качестве предикторов улучшения СФ отмечались физическая активность и отсутствие сопутствующих хронических заболеваний.

Внимание исследователей было обращено и на преморбидные черты личности. Исследователями было отмечено, что некоторые личностные

особенности коррелируют с низкой социальной адаптацией настолько, что бывает трудно определить вызвано ли снижение функционирования депрессией или расстройством личности. Наличие определенных отклонений в преморбиде описывалось отечественными психиатрами как психопатологический диатез - клинически проявляемое состояние готовности индивидуума к развитию психического заболевания, свидетельство неустойчивости функциональных систем организма в латентной стадии заболевания. Результаты исследования, проведенного А.А. Чумаченко (2003), показали, что проявления диатеза, наблюдавшиеся в анамнезе больных шизофренией, обнаруживались и в анамнезе больных аффективными психозами, причем в тех же типологических вариантах, что и при шизофрении, за исключением самой неблагоприятной константной формы с проявлениями тотальной дефицитарности, которая была обнаружена только у больных шизофренией. По данным Ю.В. Мельниковой (2008) в группе больных с аффективными психозами прогностически значимой оказалась диссоциированность в виде сочетания противоположных личностных черт и парциальная дефицитарность в энергетической и эмоциональной сферах. Прогностическое значение психопатологического диатеза оказалось более значимым по сравнению с клиническими характеристиками заболевания, т.е. «проявления диатеза во многом определяли способности пациента формировать те или иные типы приспособительного поведения и особенности функционирования в различных социальных сферах».

В зарубежных источниках в одних исследованиях в преморбиде людей, впоследствии заболевших биполярным аффективным расстройством, не было обнаружено каких-либо отклонений в показателях интеллекта (общие знания, вербальный интеллект, визуально-пространственные и механические способности) (Wittchen H.U., 2011), в отличие от больных, заболевших впоследствии тяжелой депрессией и шизофренией; в других исследованиях такие отклонения были найдены (Tiihonen J, 2005).

Внимание многих исследователей фокусировалось на когнитивных функциях, как на предикторе СФ больных с психическими расстройствами. Например, при шизофрении когнитивная дисфункция являлась более значимым фактором для социальной адаптации, чем продуктивная и дефицитарная симптоматика. Эти данные позволили предположить, что при депрессивных расстройствах возможна схожая картина, и когнитивные нарушения, даже при малой их выраженности, препятствуют нормализации СФ. Несмотря на то, что некоторые когнитивные нарушения могут звучать в жалобах пациентов (нарушение концентрации внимания, заторможенность и др.), для того, чтобы иметь более полные представления об их выраженности и структуре, необходимо применять специальные тесты, целенаправленно исследующие отдельные функции: память, восприятие, способность планировать и использовать имеющийся опыт для решения новых задач (Самойлова Д.Д., 2011).

Присутствие когнитивных нарушений при депрессии было подтверждено многими авторами (Van Der Werf-Eldering M.J., 2012; Godard J., 2011). Было рекомендовано использование широкого спектра методов для оценки когнитивного функционирования при психических расстройствах, которые качественно отличались от проявлений нормальной психической жизни (Бобров А.Е., 2008). Отмечалось нарушение целого ряда когнитивных функций, включая скорость обработки информации, устойчивое и избирательное внимание, различные аспекты обучения и памяти, и исполнительную функцию (Gualtieri C.T., 2006). По данным Царенко Д.М. (2012) когнитивные нарушения при тревожно-депрессивных расстройствах характеризуются сочетанием дефицита нейрокогнитивных функций (снижения внимания, памяти, психомоторной скорости, нарушения речевых процессов, оптико-пространственных функций, способности к целеполаганию и переработке информации), аффективно-когнитивных искажений (связанных с аффектом патологическими избирательностью, непоследовательностью и ограниченностью восприятия, мышления и

памяти), а также несбалансированных метакогнитивных процессов (самоосознания, самооценки и саморегуляции когнитивных функций). Им также установлено, что тревога сопряжена с нарушениями внимания, приводящими к затруднению познавательной деятельности, тогда как депрессия в большей степени ассоциирована с нарушениями исполнительных функций, аффективно-когнитивными искажениями и метакогнитивными нарушениями.

Относительно периода редукции симптоматики ДР, некоторыми авторами было отмечено, что когнитивные нарушения при депрессии сохранялись и после достижения ремиссии ДР (Hammar A., 2013). Нарушение способности выполнять задачи на внимание было связано с частотой и продолжительностью депрессивных эпизодов. Степень когнитивных нарушений может быть связана как с тяжестью симптоматики во время острого периода депрессии, так и с кумулятивным эффектом повторных эпизодов (Mintz J., 1991). Наличие дисфункции когнитивной сферы в период интермиссии у больных большим депрессивным расстройством (Hammar A., 2013; Hammen C., 1985) имело место независимо от присутствия аффективных симптомов. Была отмечена корреляция с различными клиническими параметрами, такими как число эпизодов (Суровцева А.К., 2005; Чумаченко А.А., 2003), длительность течения расстройства (Tiihonen J., 2005) и хронизация (Мельникова Ю.В., 2008).

При оценке влияния психофармакотерапии на КФ, в некоторых исследованиях не отмечено существенной разницы показателей КФ у пациентов, принимавших антидепрессанты, и больных, не использовавших тимоаналептики. Однако, пациенты, применявшие трициклические антидепрессанты, имели худшие результаты КФ в связи с их седативным эффектом, антихолинергическим и антигистаминным механизмами действия (Biringer E., 2006). В свою очередь, С.Т. Gualtieri и соавт. (2006) определили, что пациенты, у которых был положительный ответ на терапию современными антидепрессантами, показывали лучшие результаты при

тестировании, чем нелеченные больные, но худшие, чем здоровые из группы контроля.

Многие авторы убеждены в непосредственном влиянии когнитивных нарушений на СФ при депрессии. Среди них можно отметить работу J. Jaeger и соавт. (2006), в котором результаты тестов на КФ определяли прогноз динамики уровня СФ в течение 6 месяцев. Наряду с этим было выявлено, что стойкая нейрокогнитивная дисфункция являлась важным фактором, затрудняющим восстановление СФ. В исследованиях E. Biringier (2006) и Naismith et al. (2007) была выявлена связь между скоростью психомоторных реакций и ухудшением функционирования, оцениваемом по шкале GAF, у пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством. Тем не менее, E. Biringier не исключал, альтернативной интерпретации результатов, упоминая о том, что при некоторых личностных чертах, например, неуверенности в себе, могли быть похожие результаты. Более сложные, исполнительные функции, были оценены M.J. Knight et. al. (2018) как значимый предиктор восстановления психосоциального функционирования у лиц, достигших ремиссии ДР, в то время, когда у психически здоровых лиц другие сферы КФ влияли в равной степени на СФ.

Одной из целей многих исследователей является определение возможности непосредственного воздействия антидепрессантов на биологические механизмы, обеспечивающие социальное функционирование. Имеются и предположения, что тимоаналептики влияют на социальное функционирование опосредованно - через клиническое восстановление сфер, затронутых депрессией. К настоящему времени точно известно только отрицательное влияние трициклических антидепрессантов (ТЦА), что было связано с антигистаминным, антихолинергическим и антиадренергическим механизмами действия данной группы препаратов. В отличие от них селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина (СИОЗН) улучшали СФ, что связывали с их активирующим влиянием на норадренергическую нейротрансмиссию (Briley M., 2010).

Существуют также исследования, посвященные влиянию реабилитационных мероприятий на восстановление СФ. М.Ж. De Silva и соавт. (2013) в результате мета-анализа 21 исследования эффективности психосоциальных вмешательств у амбулаторных пациентов с депрессией и шизофренией в странах со средним и низким уровнем дохода пришли к выводу, что такие вмешательства эффективны для улучшения социального функционирования больных депрессией. Были проведены исследования, доказавшие положительное влияние когитивно-бихевиоральной (Matsunaga M., 2010) и психодинамической интерперсональной психотерапии (Watkins P.C., 1996) на восстановлении социального функционирования.

Исследования СФ приобретают все большую востребованность в качестве инструмента, определяющего функциональный результат лечения психических расстройств, в том числе и депрессии. В клинической практике был рекомендован комплексный подход, включающий выявление уровня социального функционирования в дополнение к стандартной оценке симптомов. Процесс возвращения к доболезненному уровню функционирования даже у полностью выздоровевших пациентов занимал длительное время, значительно большее, чем требовалось для редукции депрессивной симптоматики. На его скорость и качество влияли и личностные характеристики пациентов, и социальное окружение, и наличие или отсутствие реабилитационных мероприятий и психотерапии, но одним из наиболее значимых факторов для успешного СФ являлось отсутствие остаточной депрессивной симптоматики в состоянии ремиссии. Кроме того, последние исследования подчеркивали важность восстановления нейрокогнитивных функций для достижения доболезненного уровня функционирования, причем некоторые авторы ставили их в один ряд по значимости с депрессивными симптомами. Лечение остаточных симптомов депрессии и когнитивных нарушений может стать средством для улучшения профессионального и общего функционирования (Deckersbach T., 2010). В свою очередь, восстановление СФ способствует редукции депрессивной

симптоматики и улучшает качество жизни больных (Biringер E., 2006). Такие факторы, как тип личности, типы используемых пациентом копинг-стратегий и некоторые другие психологические параметры, особенности преморбида (психопатологический диатез), а также выраженный нейрокогнитивный дефицит являются факторами риска затруднений в социальной реадaptации после перенесенного депрессивного эпизода и должны учитываться при планировании программ реабилитации.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Исследование проводилось в течение 2014-2017гг. в Отделе пограничной психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» им. В.П. Сербского Министерства здравоохранения РФ на клинических базах Московской городской психиатрической клинической больницы им. Ю.В. Каннабиха и Московской городской психиатрической клинической больницы им. В.А. Гиляровского. В исследование включались пациенты, находившиеся на амбулаторном, полустационарном и стационарном режимах лечения.

По своему дизайну исследование являлось наблюдательным, двухэтапным. Первый этап представлял собой сплошное исследование.

Критериями включения больных на первом этапе исследования являлись:

- наличие впервые или повторно (в рамках рекуррентного депрессивного расстройства) возникшего депрессивного эпизода (F32-F33) или дистимии (F34.1), определяемых на основании критериев МКБ-10;
- возраст от 18 до 60 лет;
- наличие информированного согласия на участие в исследовании.

Критериями невключения/исключения на первом этапе исследования являлись:

- возникновение первого депрессивного эпизода в возрасте старше 50 лет;
- наличие острых или обострение хронических неврологических или соматических заболеваний;
- наличие дегенеративных заболеваний головного мозга;
- наличие биполярного аффективного расстройства;
- наличие шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств;
- наличие психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ;

- беременность, лактация.

В соответствии с критериями включения/исключения в исследование вошло 92 пациента. Полученная выборка состояла из 24 мужчин (26,1%) и 68 женщин (73,9%). Средний возраст исследуемых больных составлял $30,5 \pm 7,6$ лет. Большинство пациентов имели высшее образование (58 человек - 63%), 15 больных (16,3%) обучались в высших учебных заведениях, 13 (14,1%) обследуемых имели среднее специальное образование, и 6 (6,5%) – среднее (табл. 1). На момент обращения профессионально были заняты 51 (55,4%) пациент. Инвалидов среди исследуемых больных не было (табл. 1).

Таблица 1. Уровень образования исследуемой выборки пациентов

Уровень образования	Количество пациентов	%
Высшее	58	63
Студенты вузов	15	16,3
Среднее специальное	13	14,1
Среднее	6	6,5

Согласно сведениям о семейном положении пациентов (табл. 2) большинство из них были одиноки – 64 (69,6%) больных, 46 (50%) из них никогда не вступали в брак, а 18 (19,6%) - были разведены. Количество женатых/замужних пациентов составило 28 человек (30,4%) (табл. 2).

Таблица 2. Распределение больных по семейному положению

Семейное положение	Количество пациентов	%
Состоящие в браке	28	30,4
Не состоящие в браке	46	50,0
Разведенные	18	19,6

Таким образом, при изучении демографических характеристик исследуемых лиц отмечалось преобладание пациентов женского пола, большинство обследуемых имели высшее образование и являлись профессионально занятыми, а благоприятный семейный статус отмечался у меньшего количества пациентов.

Второй этап являлся когортным, проспективным исследованием. Участие в данном исследовании продолжили пациенты, которым назначалась монотерапия антидепрессантами группы СИОЗС (флуоксетин, пароксетин, эсциталопрам, сертралин) в соответствии с принятыми клиническими рекомендациями и стандартами лечения. В ходе тимоаналептического лечения допускалось присоединение ноотропного препарата (N-карбамоил-метил-4-фенил-2-пирролидон, пирацетам, гопантенная кислота) в зависимости от клинических показаний: недостаточная степень редукции депрессивной симптоматики, жалобы на снижение памяти и концентрации внимания, а также наличие выраженных астенических симптомов.

Критериями включения больных на втором этапе исследования:

- включение пациентов в первый этап исследования;
- назначение пациентам монотерапии СИОЗС.

Критериями невключения/исключения на втором этапе исследования являлись:

- назначение пациентам дополнительно или в качестве основной психофармакотерапии антидепрессантов отличных от СИОЗС или других психофармакологических средств (антипсихотиков, транквилизаторов), за исключением ноотропов;
- возникновение острых или обострение хронических неврологических или соматических заболеваний;
- наступление беременности.

Таким образом в исследовании продолжили участие 71 пациент, из них 20 мужчин (28,2%) и 51 женщина (71,8%). Средний возраст этих пациентов составил $30,2 \pm 7,6$ лет. Большинство пациентов имели высшее образование

(62,0%), студентами высших учебных заведений были 15 исследуемых (18,3%), у 9 пациентов было среднее специальное образование, у 6 - среднее. На момент обращения профессионально были заняты 50,7% пациентов (табл. 3).

Таблица 3. Уровень образования исследуемой выборки

Уровень образования	Количество пациентов	%
Высшее	44	62,0
Студенты вузов	13	18,3
Среднее специальное	9	14,1
Среднее	6	6,5

По сведения о семейном положении пациентов, проходивших обследование на втором этапе работы, выявлено, что в браке состояли 33,8% (24) больных, 35 (49,3%) человек в брак никогда не вступали, 12 (16,9%) были разведены (табл. 4).

Таблица 4. Семейное положение исследуемой выборки

Семейное положение	Количество пациентов	%
Состоящие в браке	24	33,8
Не состоящие в браке	35	49,3
Разведенные	12	16,9

Таким образом, в выборке, включенной во второй этап исследования, отмечалось преобладание лиц женского пола, большинство обследуемых имели высшее образование и являлись профессионально занятыми, и выявлено преобладание пациентов, не состоящих в браке.

В исследовании использовались методы:

1. Клинико-психопатологический метод, заключающийся в изучении анамнеза жизни и депрессивного расстройства, наследственной отягощенности и психического статуса больных.

2. Клинико-психометрический метод, включавший:

2.1. Шкала депрессии Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression, HAM-D, Hamilton M., 1960) – объективная шкала, состоящая из 17 пунктов по основным депрессивным симптомам, заполняемая врачом в соответствии с предъявляемым жалобами больного и объективным статусом. Данная методика использовалась для оценки тяжести ДР, структуры и выраженности отдельных групп симптомов, а также динамики депрессивной симптоматики в процессе терапии. Пункты оценивались от 0 (отсутствие симптома) до 2-4 (сильная выраженность симптома) баллов. Анализировались общий балл и суммы баллов по сгруппированным пунктам: тревоги/соматизации (п. 10-13, 15, 17), когнитивных нарушений (п. 2, 3, 9), психомоторной ретардации (п. 1, 7, 8, 14), диссомнии (п. 4-6). Суммарный балл от 8 до 13 баллов оценивался как лёгкое депрессивное расстройство, от 14 до 18 баллов - как депрессивное расстройство средней степени тяжести, от 19 до 22 баллов – как депрессивное расстройство тяжелой степени, более 23 — как депрессивное расстройство крайне тяжёлой степени. Эффективность терапии оценивалась на основании степени редукции общего балла: наличие эффекта – редукция на 50% и более, частичная эффективность – редукция от 25 до 49%, отсутствие эффекта – редукция менее чем на 25%. Ремиссия ДР расценивалась как наличие не более 7 баллов.

2.2. Шкала депрессии Монтгомери-Асберг (Montgomery—Asberg Depression Rating Scale, MADRS, Montgomery S.A., Asberg M., 1979), состоящая из 10 вопросов, отображающих выраженность наиболее значимых, по мнению ее авторов, в структуре депрессии симптомов. Каждый из пунктов оценивался в баллах от 0 до 6. В зависимости от суммы баллов определялся уровень выраженности ДР. Суммарные 0-15 баллов соответствовали

отсутствию депрессивного эпизода, 16-25 баллов – депрессивному эпизоду легкой степени выраженности, 26-30 баллов – умеренному депрессивному эпизоду; свыше 30 баллов – депрессивному эпизоду тяжелой степени. Эффективность терапии оценивалась по аналогии с динамикой показателей HAM-D. Ремиссия депрессивной симптоматики по MADRS выявлялась при достижении общего балла до 8 и ниже.

Для оценки социального функционирования использовались 4 психометрических метода: 2 самоопросника - визуальная аналоговая шкала нетрудоспособности Шихана (SDS) и шкала качества жизни Q-les-Q, и 2 структурированных опросника - шкала PSP и шкала социального функционирования (Рустанович А.В., 1998). Выявление границ уровня СФ было основано на делении полученных показателей на кластеры, в результате которого определялись группы пациентов, чей уровень СФ по каждой из психометрических методик был выше либо ниже среднего показателя.

2.3. Шкала социально-ориентированного и социального функционирования (Personal and Social Performance Scale, PSP, Morosini, P. L., 2000) представляет собой психометрический инструмент, позволяющий объективно оценить уровень социального функционирования и способность к самообслуживанию пациентов с психическими расстройствами. С помощью шкалы PSP оценивалась степень затруднений, которые испытывали исследуемые в 4-х основных областях социального функционирования: социально полезная деятельность, отношения с близкими и прочие социальные отношения, самообслуживание, беспокоящее (т.е. нарушающее спокойствие окружающих) и агрессивное поведение. По каждому из пунктов выставлялись баллы от 1 (отсутствие нарушений) до 6 (очень сильно выраженные нарушения). В зависимости от степени выявленных болезненных проявлений выставлялся общий балл по шкале от 1 до 100, разделенной на 10 равных интервалов, где каждый интервал соответствовал определенной степени затруднений в социальном функционировании.

2.4. Шкала социальной адаптации (Рустанович А.В., 1998) – это психометрическая методика, позволяющая объективно определить уровень социального функционирования с помощью специальных критериев в основных сферах жизнедеятельности: «профессиональная область», «семья», «межличностные отношения», «быт», «досуг», «особенности индивидуальных и общественных ценностей». По каждому из пунктов пациентам выставлялся балл от 1 до 5 на основании соответствия пациента определенной оценке по каждой из категорий.

2.5. Опросник по оценке нетрудоспособности Шихана (Sheehan Disability Scale, SDS, Sheehan D., 1983). Он состоит из трех визуально-аналоговых субшкал: работа/учеба, общение и семейная жизнь, домашние обязанности. Пациентам предлагалось самостоятельно оценить степень нарушений или затруднений, которые имелись в этих областях их жизни по шкале от 0 до 10, где 0 – нарушения отсутствуют, 1-3 – нарушения выражены в легкой степени, 4-6 – нарушения выражены в умеренной степени, 7-9 – сильно выраженные нарушения, 10 – значительные нарушения. Общий балл складывался из суммы оценок по субшкалам.

2.6 Шкала удовлетворенности жизнью (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-les-Q, Endikott et al., 1993) отображала удовлетворенность пациентов в следующих областях жизни: «физическое здоровье», «настроение», «работа», «работа по хозяйству», «отношения с окружающими людьми», «семейные отношения», «занятия в свободное время», «способность справляться с повседневной жизнью», «сексуальное влечение», «финансовое положение», «жилищная ситуация», «способность передвигаться без головокружения и неустойчивости», «зрение в плане способности работать и заниматься любимыми делами», «общее ощущение благополучия» и «удовлетворенность своей жизнью в целом». Пациентам предлагалось оценить степень удовлетворенности по каждой из упомянутых категорий от 1 до 5, где 1 – очень низкая, 2 - низкая, 3 - умеренная, 4 - высокая, 5 – очень высокая степень.

3. Психодиагностический метод

Оценка когнитивного функционирования пациентов проводилась с помощью аппаратно-программного психодиагностического комплекса «Мультитсихометр». Набор тестовых методик неоднократно апробирован при исследовании когнитивных функций пациентов с пограничными психическими расстройствами старшим научным сотрудником Отдела пограничной психиатрии Файзуллоевым А.З. Наряду с абсолютными величинами показателей тестов в данной программе отображаются стандартизированные относительно средних величин, полученных при тестировании несколько сотен здоровых лиц, и выражаются в виде баллов от 1 до 10. Средняя величина для популяции составляет $5,5 \pm 1,0$ баллов. Значение показателя от 4,5 до 3,5 баллов соответствует уровню «ниже среднего», от 3,5 до 2,5 баллов – «низкому» уровню, а меньше 2,5 баллов – «очень низкому» уровню. Аналогичным образом величины от 6,6 до 7,5 баллов соответствуют уровню показателя «выше среднего», от 7,5 до 8,5 баллов – «высокому» уровню, и свыше 8,5 баллов – «очень высокому» уровню.

3.1. Тест «Память на лица».

С помощью теста «Память на лица» оценивалась кратковременная память. Методика построена по двухфазной схеме (фаза запоминания и фаза узнавания). В фазе запоминания испытуемому последовательно по одному предъявлялись на 1,5 секунды лица, которые было необходимо запомнить. В фазе узнавания предъявлялись группы из нескольких лиц, которые в половине случаев включали в себя только те же лица, которые ранее предъявлялись для запоминания. Вместе с тем, в половине групп присутствовало одно лицо, которое ранее не предъявлялось. Локализация нового лица варьировала от пробы к пробе. Задача испытуемых заключалась в изучении каждой группы лиц, после чего было необходимо указать, содержала ли каждая из них «незнакомое» лицо или нет. Основной характеристикой теста являлось общее количество правильных ответов

(продуктивность). Помимо этого, оценивались эффективность, латентность решения и стабильность.

3.2. Методика «Арифметический счет», предназначенная для оценки оперативной памяти, вербально-логического мышления, оценки способности к выполнению числовых операций, счетных навыков. Суть методики заключалась в устном выполнении арифметических действий (сложения, вычитания, умножения и деления) с целыми числами в пределах от 1 до 100. В каждом задании требовалось последовательно выполнить четыре арифметических действия. После завершения расчетов было необходимо набрать полученный результат при помощи цифровых клавиш.

3.3. Тест «Корректирующая проба» с кольцами Лондольта был направлен на определение показателей внимания. В ходе теста в состоящей из сходных строк знаков матрице в каждый момент времени подсвечивался один из знаков. Подсветка осуществлялась на ограниченное время, поочередно, в модифицированном адаптивном темпе. Два знака из множества являлись целевыми и предполагали выполнение специфической для каждого знака ответной реакции. После каждой точной и своевременной реакции период подсветки символа сокращался на 50 мс, после каждой ошибки – на 100 мс увеличивался.

3.4. Тест «Сенсомоторная реакция» использовался для оценки скорости реакции. Он заключался в том, чтоб исследуемый как можно быстрее реагировал на однотипные визуальные сигналы. Предусматривалось последовательное предъявление в фиксированной позиции в центре экрана 24 сигналов красного цвета продолжительностью по 1 секунде каждый, разделенных во времени псевдослучайно варьируемыми (от 1,0 до 4,5 сек) паузами. В качестве основного показателя выполнения задания использовалось среднее латентное время реакции.

3.5 «Теппинг-тест» использовался с целью оценки психомоторных функций. Для осуществления исследования по этой методике к специальной клавиатуре подключался психомоторный блок. Он размещался перед

испытуемым на поверхности стола напротив ведущей руки таким образом, чтобы «ножка» психомоторного блока была направлена от испытуемого. Испытуемый брал щуп в ведущую руку так, как обычно берет ручку или карандаш и выполнял постукивание по очерченной кругом поверхности панели психомоторного блока по звуковому сигналу. Основным информативным показателем являлась частота касаний.

3.6 Методика «Реакция на движущийся объект». Данный тест использовался с целью определения баланса (уравновешенности) нервных процессов. Методика была направлена на выявление процессов, преобладавших при принятии решения испытуемым (возбудительных или тормозных). Суть задания состояла в том, что в каждой отдельной пробе испытуемым предъявлялись два сигнала – динамический (цель) и статический (маркер), причем последний обозначал локальную область в пространстве, при достижении которой динамическим сигналом испытуемый должен был отреагировать своевременным дискретным воздействием на датчик. В течение всей пробы местонахождение обоих сигналов находилось под постоянным зрительным контролем испытуемого. Задача испытуемого – «поразить» цель в момент ее совмещения с маркером нажатием указательным пальцем ведущей руки на одну из ответных клавиш. Преобладание возбудительных процессов над тормозными проявлялось в тенденции к выполнению преждевременных (опережающих) действий, тогда как преобладание тормозных процессов приводило к повышению доли запаздывающих действий. Оценка «Баланса нервных процессов» складывалась из двух компонентов: соотношение опережений и опозданий – увеличение доли опережений свидетельствовало о преобладании возбудительных процессов. Стандартизировались в данном тесте показатели «точности», «стабильности», «возбуждения», «тренда по возбуждению».

3.7 Методика «Тест Струпа» в данном исследовании применялась в модифицированной форме. Процедура проведения теста состояла в

последовательном предъявлении в центре экрана сигналов – слов «красный» и «зеленый», каждое из которых могло быть написано красным или зеленым цветом, а ниже сигнального слова с некоторым опережением предъявлялось написанное нейтральным цветом, означающее способ реагирования: «смысл» или «цвет». Информативными в данном тесте являлись показатели «полнезависимости» и «эффективности».

3.8 «Стресс-тест» позволял определить уровень психоэмоциональной устойчивости. Тестовое задание предусматривало выполнение 8-альтернативного позиционного выбора в адаптивном темпе. В рамках прямоугольного стимульного поля сверху вниз пошагово «падали» объекты круглой формы. Вскоре после начала задания их число достигало восьми и оставалось таким на протяжении всего теста. На каждом шаге задания один из объектов достигал красной зоны в нижней части стимульного поля, и испытуемый должен был совершить действие предвосхищающего или реагирующего типа, соответствовавшее положению объекта в красной зоне.

3.9. «Функциональная подвижность нервных процессов» оценивалась при помощи теста «Светофор». На экране отображалось стилизованное изображение светофора, в котором поочередно в случайном порядке засвечивались красный, зеленый или желтый фонари. Задача испытуемого состояла в том, чтобы в ответ на появление красного сигнала реагировать нажатием правой клавиши, на появление зеленого – левой, а на появление желтого – воздерживаться от какого-либо ответа. Основным информативным показателем является «пропускная способность».

3.10. «Динамичность» нервной системы оценивалась при помощи теста частичного выбора. Он предусматривал выполнение полного позиционно-цветового выбора среди двухэлементных цветовых позиций среди двухэлементных цветовых комбинаций. Сигналы представляли собой засветку каждого из двух окон в центре экрана красным или зеленым цветом. Задача испытуемого состояла в том, чтобы на одноцветные комбинации

реагировать нажатием правой клавиши, на двухцветные – левой. Основным информативным показателем является «динамичность».

4. Математико-статистический метод.

Обработка полученных результатов проводилась с использованием компьютерных программ Microsoft Excel и MedCalc. Для установления значимости различий между средними величинами в двух независимых выборках использовался критерий Манна-Уитни, а в двух зависимых выборках – критерий Вилкоксона. Значимость различий при распределении частот дихотомических показателей оценивалась с помощью точного критерия Фишера. Степень связи между показателями определялась по коэффициенту ранговой корреляции Спирмена. Уровнем статистической значимости считалась вероятность случайного различия между величинами менее 5% ($p < 0,05$). В связи с отсутствием рекомендаций относительно пороговых величин выявление границ уровня СФ основано на делении полученных показателей на кластеры, в результате чего были определены группы пациентов, чей уровень СФ по каждой из психометрических методик был выше либо ниже порогового показателя.

Все вышеуказанные методики применялись для оценки исходного состояния пациентов и на 14-й, 28-й, 42-й, 56-й, 70-й, 84-й дни терапии (табл. 5).

Таблица 5. Дизайн исследования.

Методы обследования	Период лечения						
	Фон	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12
Регистрационная карта	+						
MADRS	+	+	+	+	+	+	+
HAM-D	+	+	+	+	+	+	+

SDS	+	+	+	+	+	+	+
Q-LES-Q	+	+	+	+	+	+	+
PSP	+	+	+	+	+	+	+
Шкала СА	+	+	+	+	+	+	+
Психодиагностические тесты	+	+	+	+	+	+	+

В начале терапии могла допускаться к терапии ноотропного препарата (N-карбамоил-метил-4-фенил-2-пирролидон, пирацетам, гопантенная кислота). Таким образом, в ходе исследования были образованы две терапевтические группы: пациенты, получавшие монотерапию СИОЗС и лица, принимавшие комбинированное лечение СИОЗС+ноотропный препарат (табл. 6).

Таблица 6. Распределение пациентов на терапевтические группы.

1 этап	2 этап	
оценка фоновых показателей	1-12 недели	
92 пациента с депрессивными расстройствами от 18 до 60 лет	СИОЗС (71 пациент)	СИОЗС 40 пациентов (56,3%)
		СИОЗС+ноотроп 31 пациент (43,7 %)

В связи с отсутствием рекомендаций относительно пороговых значений уровня социального функционирования были проведены психометрическое исследование психически здоровых лиц (группа контроля). Исследование было проведено на базе Филиала ГБУЗ «Психиатрической клинической больницы № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ» «Психоневрологический диспансер № 1» (главный врач – Г.П. Костюк, заместитель главного врача по медицинской части филиала «ПНД №1» – С.А. Голубев). В данную группу были включены лица, добровольно прошедшие психиатрическое освидетельствование с целью выявления/исключения противопоказаний для управления транспортными

средствами, владения оружием, оформления на работу, поступления в вуз и т.д.

Критерии включения в группу контроля:

- возраст от 18 до 55 лет;
- наличие информированного согласия больных на участие в исследовании.

Критерии невключения в группу контроля:

- наличие острых или обострение хронических неврологических или соматических заболеваний;
- наличие признаков психических расстройств.

Группу контроля составили 72 человека: 27 (37,5%) мужчин и 45 (72,5%) женщин. Средний возраст лиц, вошедших в группу, составил $30,7 \pm 7,3$ лет. 49 (68,1%) человек имели высшее образование, 3 (4,2%) – были студентами вузов, 15 (20,8%) – среднее специальное образование, 5 (6,9%) – среднее. Постоянную работу имели 42 (79,2%) человека (табл.7).

Таблица 7. Уровень образования лиц из группы контроля

Уровень образования	Количество	%
Высшее	49	68,1
Студенты вузов	3	4,2
Среднее специальное	15	20,8
Среднее	5	6,9

Согласно данным о семейном положении лиц из группы контроля (табл. 2) большинство из них были одиноки – 35 (66,0%) лиц, 30 (56,6%) из них никогда не состояли в браке, 4 (7,5%) были разведены, 1 (1,9%) был вдовцом. Состояли в браке на момент обследования 18 человек (34,0%) (Табл. 8).

Таблица 8. Семейное положение лиц из группы контроля

Семейное положение	Количество пациентов	%
Состоящие в браке	25	34,
Не состоявшие в браке	35	48,6
Разведенные	8	11,1
Вдовы (вдовцы)	4	5,6

Таким образом, группа контроля сопоставима по основным социодемографическим показателям с исследуемой выборкой больных.

ГЛАВА 3. Соотношение социального функционирования и когнитивных нарушений больных с непсихотическими депрессивными расстройствами.

На первом этапе проводилась оценка фоновых показателей выраженности депрессии и уровня социального и когнитивного функционирования у больных с ДР. В соответствии с критериями включения/исключения в исследование вошло 92 пациента.

На основании нозологической классификации в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 в исследуемую выборку вошли 34 пациента с первичным депрессивным эпизодом, что составило 37,0% от общего числа больных, 41 - с диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства (44,5%) и 17 пациентов (18,5%) с дистимией (табл.9).

Средняя длительность депрессивного расстройства в выборке составила $48,9 \pm 66,1$ месяцев, у пациентов с первичным депрессивным эпизодом - $2,7 \pm 1,1$ месяцев, с рекуррентным депрессивным расстройством - $79,2 \pm 60,4$ месяцев, у исследуемых с дистимией состояние в среднем длилось $48,9 \pm 66,1$ месяцев (табл.9).

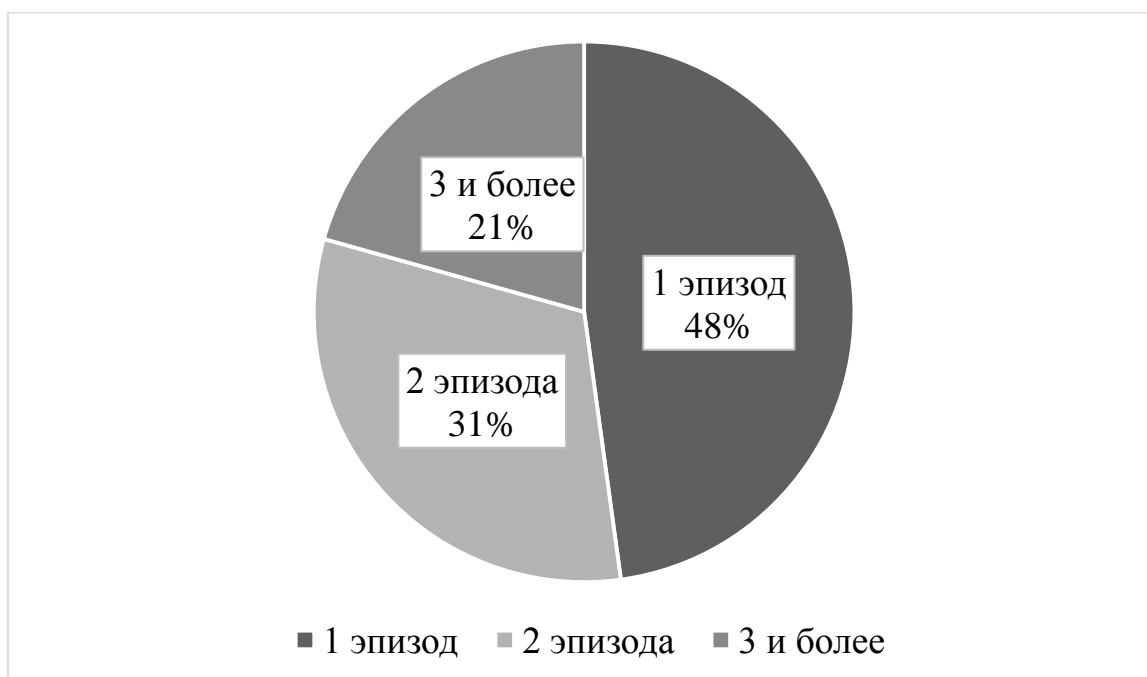
Таблица 9. Распределение пациентов в зависимости от нозологических характеристик.

Диагноз Характеристика	Первичный депрессивный Эпизод	Рекуррентное депрессивное расстройство	Дистимия	Общая выборка
Общее число пациентов	34 (37,0%)	41 (44,5%)	17 (18,5%)	92
Средняя длительность ДР (мес.)	$2,7 \pm 1,1$	$79,2 \pm 60,4$	$68,1 \pm 92,0$	$48,9 \pm 66,1$

Согласно анамнестическим данным, количество депрессивных эпизодов, включая тот, с которым пациенты были включены в исследование, в данной выборке варьировало от 1 до 5. Большинство больных (48 человек - 52,2%) имели повторный эпизод, из них у 29 (31,5%) человек был второй

случай ДР, а у 19 (20,7%) – 3 и более. Первичный эпизод депрессии был диагностирован у 44 человек (47,8%) (Рис.1).

Рисунок 1. Распределение пациентов по количеству эпизодов ДР.



В зависимости от синдромальной структуры в исследуемой выборке были выделены пациенты с тоскливым (28,3 % больных), тревожным (26,1 % больных), астеническим (13,0 %), апатическим (10,9 %) истерическим (13,0 %) и ипохондрическим (8,7%) типами депрессии (табл.10).

Таблица 10. Распределение пациентов в зависимости от синдромального типа депрессии

	Количество пациентов	%
Тоскливая	26	28,3
Тревожная	24	26,1
Астеническая	12	13,0
Апатическая	10	10,9
Истерическая	12	13,0
Ипохондрическая	8	8,7

Таким образом, согласно анализу клинических характеристик, в исследуемой выборке у большинства пациентов было выявлено рекуррентное

депрессивное расстройство и отмечено преобладание пациентов с тоскливым и тревожным типом депрессии над другими видами.

Исследование психометрических характеристик включало в себя изучение показателей двух широко используемых психометрических шкал: шкалы депрессии Монтгомери-Асберг (MADRS) и шкалы депрессии Гамильтона (HAM-D).

Средние показатели выраженности депрессивной симптоматики по MADRS в изученной выборке составили $25,65 \pm 5,31$, у мужчин – $26,3 \pm 4,9$, у женщин – $25,4 \pm 5,4$. В изучаемой выборке было выявлено 23 пациента (25,0%), имеющих показатель $MADRS \geq 30$, что соответствовало тяжелому уровню ДР, из них 7 мужчин и 16 женщин. Пациенты с первичным депрессивным эпизодом имели средний уровень $MADRS = 26,0 \pm 4,6$, в данной группе выявлено 9 пациентов с тяжелым уровнем депрессивного расстройства. Средний показатель MADRS пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством составлял $27,2 \pm 5,2$, у 14 пациентов из этой группы уровень MADRS соответствовал тяжелому. Величина MADRS больных дистимией составляла $21,18 \pm 4,46$, среди них не выявлены случаи тяжелого уровня депрессии (табл.11).

Таблица 11. Средние показатели шкалы Монтгомери-Асберг у

Характеристика Диагноз	Средний балл MADRS				Пациенты с тяжелой депрессией по MADRS (≥ 30)
	X	σ	Mo	Me	
Первичный депрессивный эпизод	26,0	4,6	31	25,5	9
Рекуррентное депрессивное расстройство	27,2	5,2	32	27	14
Дистимия	21,2	4,5	22	22	0
Общая выборка	25,7	5,3	24	25	23
P	0,001				

пациентов с различными нозологическими типами ДР.

X - среднее значение; σ – стандартное отклонение; Mo – Мода; Me – медиана; p – Критерий Краскала – Уоллиса.

В группах пациентов, сформированных на основании синдромальных характеристик, средние величины MADRS пациентов с тоскливым вариантом депрессии составил $26,1 \pm 4,2$, с тревожным типом - $27,2 \pm 6,1$, астеническим - $21,3 \pm 2,3$, апатическим – $28,6 \pm 5,4$, истерическим - $24,6 \pm 5,4$, ипохондрическим - $24,0 \pm 5,7$ (табл. 12).

Таблица 12. Средние показатели шкалы Монтгомери-Асберг у

Характеристика Диагноз	Средний балл MADRS			
	X	σ	Mo	Me
Тоскливая (26ч.)	26,1	4,2	25	26
Тревожная (24)	27,2	6,1	24	23
Астеническая (12ч.)	21,3	2,3	21	21
Апатическая (10ч.)	28,6	5,4	32	30
Истерическая (12ч.)	24,6	5,4	16	24
Ипохондрическая(8ч.)	24,0	5,7	21	21,5
P	0,009			

пациентов с различными синдромальными типами депрессии.

X - среднее значение; σ – стандартное отклонение; Mo – Мода; Me – медиана; p -Критерий Краскала – Уоллиса.

Средний балл по HAM-D в изучаемой выборке составил $22,1 \pm 4,8$, мужчины имели средний показатель $21,6 \pm 4,5$, женщины – $22,3 \pm 4,9$. Уровень каждого и сгруппированных пунктов распределился следующим образом: выраженность тревоги/соматизации – $5,3 \pm 1,7$; уровень когнитивных нарушений – $3,0 \pm 1,4$; величина психомоторной ретардации - $7,8 \pm 1,7$; степень диссомнии - $3,4 \pm 1,4$. В изучаемой выборке было выявлено 39 пациентов (42,4%), имевших показатель HAM-D \geq 23, что соответствовало тяжелому уровню депрессии, из них 7 мужчин и 32 женщины. В группе с первичным депрессивным эпизодом средний балл HAM-D составил $21,2 \pm 3,3$. Величина сгруппированных пунктов тревоги/соматизации составляла $5,0 \pm 1,4$, когнитивных нарушений – $3,0 \pm 1,4$, психомоторной ретардации - $7,4 \pm 1,3$, диссомнии - $3,2 \pm 1,2$. Показатели 10 человек имели показатель HAM-D, соответствующий «крайне тяжелому» уровню депрессии. Пациенты с

рекуррентным депрессивным расстройством в среднем имели показатель HAM-D=24,2±5,5, уровень выраженности тревоги/соматизации составил 5,8±1,7; когнитивных нарушений – 3,3±1,3; психомоторной ретардации – 8,4±2,0; диссомнии – 3,7±1,6. У 23 лиц с рекуррентным депрессивным расстройством был выявлен уровень депрессии, соответствовавший крайне тяжелому по HAM-D. У пациентов с дистимией средний балл HAM-D составлял 20,0±3,4. Согласно показателям субшкал выраженность тревоги/соматизации - 4,7±1,7; когнитивных нарушений – 2,1±1,34; психомоторной ретардации – 7,3±1,16; диссомнии 2,9±1,43. У 6 человек с дистимией был выявлен уровень HAM-D, относящийся к крайне тяжелому (табл. 13, 14).

Таблица 13. Средние показатели шкалы депрессии Гамильтона пациентов с различными нозологическими типами депрессии.

Характеристика Диагноз	Средний балл HAM-D				Пациенты с тяжелой депрессией по HAM-D ≥23)
	X	σ	Mo	Me	
Первичный депрессивный эпизод	21,2	3,3	18	20,5	10
Рекуррентное депрессивное расстройство	24,2	5,5	21	23	23
Дистимия	19,6	3,4	23	21	6
Общая выборка	22,1	4,8	23	21,5	39
P	0,001				

X - среднее значение; σ – стандартное отклонение; Mo – Мода; Me – медиана; p – Критерий Краскала – Уоллиса.

Таблица 14. Средние показатели сгруппированных пунктов шкалы депрессии Гамильтона пациентов с различными нозологическими типами депрессии.

	Тревога/соматизация	Когнитивные	Психомоторная	Диссомния
--	---------------------	-------------	---------------	-----------

					нарушения				ретардация							
	X	σ	Mo	Me	X	σ	Mo	Me	X	σ	Mo	Me	X	σ	Mo	Me
Первичный депрессивный эпизод	5,0	1,4	5	5	3,0	1,4	3	3	7,4	1,3	7	7	3,2	1,2	3	3
Рекуррентное депрессивное расстройство	5,8	1,7	6	6	3,3	1,3	3	3	8,4	2,0	8	8	3,7	1,6	3	3
Дистимия	4,7	1,7	6	5	2,1	1,3	1	2	7,3	1,2	7	7	2,9	1,4	3	3
Общая выборка	5,3	1,7	6	5,5	3,0	1,4	3	3	7,8	1,7	8	8	3,4	1,4	3	3
p	0,05				0,01				0,02				0,1			

X - среднее значение; σ – стандартное отклонение; Mo – Мода; Me – медиана; p – Критерий Краскала – Уоллиса.

Среди пациентов с различным синдромальным вариантом депрессии средний уровень депрессии распределялся следующим образом: пациенты с тоскливым вариантом ДР составил $21,7 \pm 4,7$, с тревожным – $21,6 \pm 4,7$, астеническим - $21,9 \pm 5,9$, апатическим – $23,3 \pm 4,5$, истерическим – $21,8 \pm 5,1$, ипохондрическим – $21,8 \pm 4,3$ (табл.15).

Таблица 15. Средние показатели шкалы депрессии Гамильтона

Характеристика Диагноз	Средний балл MADRS			
	X	σ	Mo	Me
Тоскливая (26ч.)	21,7	4,7	20	21
Тревожная (24)	22,6	4,7	23	23
Астеническая (12ч.)	21,9	5,9	23	21,5
Апатическая (10ч.)	23,3	4,5	26	22
Истерическая (12ч.)	21,8	5,1	16	21
Ипохондрическая(8ч.)	21,8	4,4	19	20,5
P	0,9			

пациентов с различными синдромальными типами ДР.

X - среднее значение; σ – стандартное отклонение; Mo – Мода; Me – медиана;
p – Критерий Краскала – Уоллиса.

Таким образом анализ распределения психометрических показателей среди больных с разными нозологическими формами депрессии позволил сделать вывод, что пациенты с рекуррентным депрессивным расстройством имеют более выраженный уровень ДР по сравнению с пациентами, имевшими другие нозологические формы депрессии, что было подтверждено

посредством статистического исследования (Критерий Краскала-Уоллиса $<0,05$). Помимо этого, пациенты с рекуррентным депрессивным расстройством на статистически значимом уровне имели более выраженную степень когнитивных нарушений и психомоторной ретардации, определяемых по шкале HAM-D ($p<0,05$). Сравнение показателей психометрических методик среди пациентов с различной синдромальной характеристикой ДР указывало на более выраженный уровень тяжести депрессивной симптоматики по MADRS пациентов с тоскливой, тревожной и апатической депрессией по сравнению с остальными типами и отсутствие существенных различий средних показателей HAM-D между выделенными группами больных.

Для определения уровня социального функционирования пациентов использовано 2 группы шкал: 2 самоопросника, отражающих удовлетворенность пациентов жизнью: визуальная аналоговая шкала нетрудоспособности Шихана (SDS) и шкала качества жизни Q-les-Q, и 2 структурированных опросника - шкала PSP и шкала социальной адаптации, заполняемые исследователем, отражающих объективный социальный статус пациентов. В связи с отсутствием рекомендаций относительно пороговых величин выявление границ уровня СФ основано на делении полученных показателей на кластеры, в результате чего были определены группы пациентов, чей уровень СФ по каждой из психометрических методик был выше либо ниже порогового показателя.

Средний балл по шкале PSP у пациентов в исследуемой выборке составлял $60,0\pm 6,7$, что являлось более низким показателем по сравнению с группой контроля ($78,0\pm 7,8$). На основании кластерного анализа пороговым показателем, определявшим уровень социальной дисфункции пациентов, являлся 61. В исследуемой выборке количество пациентов, чей уровень СФ был более высоким ($PSP>61$) составило 46 человек (50,0%). При сравнении средних показателей по каждому из подпунктов шкалы PSP отмечено более выраженное нарушение социально полезной деятельности ($3,3\pm 0,7$) и

социальных отношений ($2,9 \pm 0,7$), в группе контроля средняя величина этих подшкал была равна $2,0 \pm 0,6$ и $1,6 \pm 0,5$ соответственно, различия являются статистически значимыми ($p < 0,05$). Несмотря на меньшую выраженность нарушений в сфере самообслуживания ($2,0 \pm 0,6$) и беспокоящего поведения ($1,3 \pm 0,5$), показатели этих субшкал были выше чем у лиц группы контроля на статистически значимом уровне ($p < 0,05$) (табл. 16).

Таблица 16. Характеристика исследуемой выборки пациентов по

Характеристика	Пациенты с ДР				Группа контроля				p
	X	σ	Mo	Me	X	Σ	Mo	Me	
социально полезная деятельность	3,3	0,7	3	3	2,0	0,6	2	2	0,0
социальные отношения	2,9	0,7	3	3	1,6	0,5	2	2	0,0
Самообслуживание	2,0	0,6	2	2	1,1	0,2	1	1	0,0
Беспокоящее поведение	1,3	0,5	1	1	1	0	1	1	0,0
PSP	60,0	6,7	56	60	78,0	7,8	76	76	0,0

показателям шкалы PSP.

X - среднее значение; σ – стандартное отклонение; Mo – Мода; Me – медиана; p – Критерий Манна-Уитни.

Средний уровень СФ по Шкале социальной адаптации в данной выборке составил $16,33 \pm 2,49$, на статистически значимом уровне ($p < 0,05$) ниже, чем в группе контроля ($22,3 \pm 1,4$). Согласно кластерному делению, было выявлено 36 (39,1%) пациентов, имевших уровень социальной адаптации ниже порогового значения (< 16 баллов) в выборке по данной шкале. Средние величины по пунктам «работа» ($2,3 \pm 1,1$), «семейные отношения» ($2,5 \pm 0,8$), межличностные отношения ($2,6 \pm 0,6$), досуг ($2,8 \pm 0,56$) и общего отношения к жизни ($2,6 \pm 0,54$) шкалы социальной адаптации были приблизительно одинаковы и на статистически значимом уровне ($p < 0,05$) ниже, чем у лиц, не имеющих признаков ДР. За счет того, что большинство пациентов имели высшее образование или являлись студентами вузов, более высокий средний балл в этой шкале был в пункте «образование» ($3,6 \pm 0,8$), не отличающийся от такового у группы контроля ($p = 0,5$) (табл. 17).

Таблица 17. Характеристика исследуемой выборки и сравнение с

Характеристика	Пациенты с ДР				Группа контроля				p
	X	σ	Mo	Me	X	σ	Mo	Me	
Общий балл	16,3	2,5	14	16	22,3	1,4	22	22	0,0
Образование	3,6	0,8	4	4	3,6	0,8	4	4	0,5
Работа	2,3	1,1	1	2	3,6	0,6	4	4	0,0
Семейные отношения	2,5	0,8	2	2	3,5	0,5	4	4	0,0
Межличностные отношения	2,6	0,6	3	3	3,6	0,5	4	4	0,0
Досуг	2,8	0,6	3	3	3,9	0,4	4	4	0,0
Общее отношение к жизни	2,6	0,5	3	3	4,0	0,2	4	4	0,0

группой контроля пациентов по показателям шкалы социальной адаптации.

X - среднее значение; σ – стандартное отклонение; Mo – Мода; Me – медиана.

Средний балл уровня нарушения СФ по шкале SDS пациентов с ДР составил $21,2 \pm 5,3$ баллов, у лиц без признаков психических расстройств $4,9 \pm 4,6$, различие величин было подтверждено при помощи статистического анализа ($p < 0,05$). Согласно распределению на кластеры показателей в данной выборке 59 пациентов (64,1%) испытывали более выраженную социальную дисфункцию ($SDS \geq 20$), а 33 человека (35,9%) имели показатели ниже выявленного порога ($SDS < 20$). Нарушение уровня СФ по каждой из сфер, оцениваемых по данной шкале, имело следующие показатели: $7,3 \pm 2,2$ по субшкале «профессиональная деятельность», $7,1 \pm 2,2$ - «общественная жизнь и досуг», $6,8 \pm 2,3$ – «семейная жизнь и обязанности». Величины субшкал у группы контроля распределились следующим образом: «профессиональная деятельность» - $1,1 \pm 1,6$ ($p = 0,0$), «общественная жизнь и досуг» - $2,0 \pm 2,3$ ($p = 0,0$), «семейная жизнь и обязанности» - $1,9 \pm 2,0$ ($p = 0,0$) (табл.18).

Таблица 18. Характеристика исследуемой выборки пациентов по показателям SDS.

Характеристика	Пациенты с ДР				Группа контроля				p
	X	σ	Mo	Me	X	σ	Mo	Me	
Общий балл	21,2	5,3	30	24	4,9	4,6	0	4	0,0
Профессиональная деятельность	7,3	2,2	10	7	1,1	1,6	0	0	0,0
Общественная жизнь и досуг	7,1	2,1	7	7	2,0	2,3	0	1	0,0
Семейные отношения	6,8	2,3	7	7	1,9	2,0	0	1,5	0,0

X - среднее значение; σ – стандартное отклонение; Mo – Мода; Me – медиана; p – Критерий Манна-Уитни.

По шкале Q-les-Q пациенты в среднем имели показатель $37,2 \pm 6,3$, что на статистически значимом уровне ниже, чем у группы контроля ($57,2 \pm 8,1$). На основании кластерного анализа показатель Q-les-Q < 40 свидетельствовал об уровне качества жизни ниже порогового в данной выборке. Такой уровень Q-les-Q выявлен у 57 (62,0%) пациентов. Согласно изучению средних показателей по каждому из пунктов шкалы Q-les-Q были выявлены меньшие показатели удовлетворенности пациентами их настроением ($1,8 \pm 0,9$) профессиональной деятельностью ($1,8 \pm 0,8$), выполнением ими домашних обязанностей ($2,0 \pm 0,7$). Несколько выше были величины в пунктах, отображавших межличностные отношения ($2,3 \pm 0,9$), в том числе и семейные ($2,1 \pm 0,59$), занятия в свободное время ($2,3 \pm 0,8$), сексуальное влечение ($2,2 \pm 0,81$) и финансовое положение ($2,3 \pm 0,8$). Все вышеуказанные показатели были ниже, чем у группы контроля ($p=0,0$). Степень удовлетворенности жилищной ситуацией ($2,9 \pm 0,81$), физическим здоровьем ($3,2 \pm 0,8$), способностью передвигаться ($3,9 \pm 1,1$) была выше других показателей Q-les-Q, однако, согласно статистическому анализу, эти показатели значимо были ниже, чем у группы контроля ($p < 0,0$), а данные по пунктам «Зрение» у пациентов с ДР ($3,8 \pm 1,3$) не имели статистически значимого различия с группой контроля ($4,0 \pm 0,9$, $p=0,1$) (Табл. 19).

Таблица 19. Характеристика исследуемой выборки пациентов по показателям шкалы Q-les-Q.

Характеристика	Пациенты с ДР				Группа контроля				p
	X	σ	Mo	Me	X	Σ	Mo	Me	

Общий балл	37,2	6,3	33	36	57,2	8,1	50	55,5	0,0
Физическое здоровье	3,2	0,8	3	3	3,7	0,7	4	4	0,0
Настроение	1,8	0,9	1	2	3,7	0,7	4	4	0,0
Работа	1,8	0,8	1	2	3,5	1,0	3	3	0,0
Работа по хозяйству	2,0	0,7	2	2	3,5	0,8	3	3	0,0
Отношения с окружающими	2,3	0,9	2	2	3,9	0,7	4	4	0,0
Семейные отношения	2,1	0,6	2	2	3,9	0,9	3	4	0,0
Занятия в свободное время	2,3	0,8	2	2	3,9	1,0	4	4	0,0
Повседневные дела	2,2	0,7	2	2	3,9	0,8	4	4	0,0
Сексуальное влечение	2,2	0,8	2	2	3,7	0,9	3	4	0,0
Финансы	2,3	0,8	2	2	3,6	1,0	3	3,5	0,0
Жилищная ситуация	2,9	0,8	3	3	3,9	1,0	5	4	0,0
Способность передвигаться	3,9	1,1	4	4	4,2	1,1	5	5	0,01
Зрение	3,8	1,2	4	4	4,1	0,9	5	4	0,2
Ощущение благополучия	2,3	0,8	2	2	3,7	0,8	3	3,5	0,0
Удовлетворенность в целом	2,3	0,6	2	2	4,0	0,8	4	4	0,0

X - среднее значение; σ – стандартное отклонение; Mo – Мода; Me – медиана; p – Критерий Манна-Уитни.

Таким образом, на основании данных психометрических методов и их сравнения с группой контроля, у пациентов с ДР было отмечено ухудшение всех показателей СФ, преимущественно в сферах профессиональной и бытовой деятельности, досуга, а также межличностных, в том числе и семейных, отношений.

С целью выявления связи между отдельными факторами и уровнем СФ был проведен математико-статистический анализ. По каждому из психометрических показателей путем кластерного анализа пациенты из исследуемой выборки были разделены на группы в зависимости от выраженности оцениваемых расстройств. Затем двумя способами проводился корреляционный анализ: путем вычисления точного критерия Фишера - построение таблиц сопряженности полученных ранее кластеров, и при помощи подсчета коэффициента ранговой корреляции Спирмана. Помимо этого, проводился сравнительный анализ между группами пациентов, сформированных на основании отдельных характеристик и подсчет непараметрических критериев.

В первую очередь была оценена связь между показателями уровня СФ и шкал, определяющих выраженность ДР. Исследование позволило выявить статистически значимую корреляцию между результатами шкалы HAM-D и показателями как субъективных (SDS: r -Спирмена = -0,259, Q-les-Q: p = 0,003, r -Спирмена = -0,337), так и объективных шкал (PSP: p = 0,015; Уровень социальной адаптации: r -Спирмена = -0,259). Показатели нарушения социального функционирования по шкалам Q-les-Q и PSP были менее чувствительны к степени выраженности депрессивного расстройства по MADRS ($p > 0,3$ по всем показателям, r -Спирмена (Q-les-Q) = -0,217), а результаты SDS (p = 0,014; r -Спирмена=0,393) и шкалы социальной адаптации ($p=0,044$; r -Спирмена=-0,391) позволили выявить корреляцию с MADRS (Табл. 20).

Таблица 20. Связь между показателями выраженности ДР и СФ.

Шкалы	HAM-D		MADRS	
	Точный критерий Фишера (p)	Коэффициент ранговой корреляции Спирмена	Точный критерий Фишера (p)	Коэффициент ранговой корреляции Спирмена
SDS	0,137	0,239*	0,014*	0,393*
Q-les-Q	0,003	-0,337*	0,332	-0,217**
PSP	0,015	0,132	0,48	0,078
Шкала социальной адаптации	0,198	-0,259*	0,044	-0,391*

* $p < 0,05$

** $0,05 < p < 0,1$

Кроме того, был проведен анализ связи показателей субшкал шкалы HAM-D с величинами психометрических методик, определяющих уровень СФ. Выявлена близкая к статистически значимой связь между величинами субшкалы тревоги/соматизации с SDS (r -Спирмена=0,222) и статистически значимая корреляция с показателями Q-les-Q (r -Спирмена=-0,312). Данные субшкалы «Когнитивные нарушения» проявили близкие к статистически значимым корреляции с показателями SDS (r -Спирмена=0,290) и Q-les-Q (r -Спирмена=-0,302) и, близкие к статистически значимым связи, со шкалой PSP (r -Спирмена=-0,245). Показатели «психомоторной ретардации» не проявили корреляционных связей величинами шкал, отражающих уровень

СФ. Данные шкалы «Диссомния» проявили статистически значимую корреляцию с показателями шкалы социальной адаптации (r -Спирмена= $-0,290$) и близкую к статистически значимой – со шкалой PSP (r -Спирмена= $-0,208$) (табл. 21).

Таблица 21. Связь между показателями выраженности субшкал шкалы депрессии Гамильтона и СФ (критерий Спирмена).

Шкалы	Тревога/соматизация	Когнитивные нарушения	Психомоторная ретардация	Диссомния
SDS	0,222**	0,290*	0,115	0,104
Q-les-Q	-0,312*	-0,302*	-0,151	-0,143
PSP	-0,197	-0,245**	-0,198	-0,208**
Шкала социальной адаптации	-0,188	-0,201	-0,202	-0,290*

* $p < 0,05$

** $0,05 < p < 0,1$

Таким образом была подтверждена связь между показателями уровня нарушения социального функционирования и тяжести депрессивного расстройства, в особенности с результатами шкалы депрессии HAM-D, в том числе и с величинами ее субшкал («Тревога/соматизация», «Когнитивные нарушения», «Диссомния»).

Учитывая, что социальное функционирование у пациентов с аффективными расстройствами могло различаться в зависимости от демографических особенностей, внешних условий и клинико-динамических особенностей депрессии был проведен анализ, направленный на выявление сопряженности этих факторов с показателями тяжести нарушений социального функционирования.

В изучаемой выборке не было выявлено статистически значимой корреляции между уровнем СФ и такими демографическими показателями, как пол ($p > 0,3$), возраст (r -Спирмена $< 0,16$), уровень образования ($p > 0,6$), семейное положение ($p > 0,11$), возраст начала расстройства (r -Спирмена $< 0,15$). Вместе с тем факт трудовой занятости проявил статистическую взаимосвязь с результатами практически всех шкал (Q-les-Q, PSP, шкала социальной адаптации, $p < 0,03$), оценивающих уровень социального функционирования. Клинические характеристики депрессивного расстройства исследуемых пациентов тоже были

проанализированы как возможные корреляты ухудшения показателей СФ. Не было выявлено статистически значимой связи между результатами шкал и такими клиническими характеристиками, как возраст начала расстройства (r -Спирмена $<0,15$) и длительность эпизода ($r<0,2$). Была обнаружена связь, близкая к статистически значимой, между количеством эпизодов и результатами шкалы PSP ($p>0,9$) и выявлена статистически значимая - между длительностью ДР и степенью нарушения удовлетворенности жизнью пациентов (r -Спирмена= $-0,27$) (табл. 22).

Таблица 22. Связь между социо-демографическими, клинико-динамическими характеристиками и показателями СФ.

	SDS	Q-les-Q	PSP	Шкала социальной адаптации
Пол (р)	0,793	0,453	0,338	0,396
Возраст пациента (r-Спирмена)	- 0,119	0,031	0,041	0,163
Наличие высшего образования(р)	0,803	0,624	0,807	1,0
Трудовая занятость(р)	0,092**	0,030*	0,000*	0,000*
Семейное положение (р)	1,0	0,461	0,802	0,114
Возраст начала заболевания (r-Спирмена)	- 0,024	0,150	0,044	0,147
Длительность расстройства(r-Спирмена)	-0,029	-0,270*	-0,052	0,0447
Длительность эпизода (r-Спирмена)	0,102	-0,110	-0,197	-0,105
Количество эпизодов (р)	1,0	0,156	0,096	0,804

р – точный критерий Фишера.

* $p<0,05$

** $0,05<p<0,1$

Среди клинических характеристик ДР в качестве фактора, определяющего уровень СФ пациентов с ДР в первую очередь была рассмотрена ее нозологическая принадлежность. При сравнении общих средних величин показателей уровня СФ в группах пациентов, распределенных по нозологическим формам, отмечены более высокие показатели выраженности социальной дисфункции по всем шкалам у пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством (SDS= $22,34\pm 5,16$, Q-les-Q= $35,3\pm 5,7$, PSP = $58,8\pm 6,8$, шкала социальной адаптации $16,0\pm 2,3$). У пациентов с дистимией отмечалась меньшая степень нарушения СФ (SDS= $22,3\pm 5,2$, Q-les-Q= $40,8\pm 4,1$, PSP = $58,8\pm 6,8$, шкала социальной

адаптации А.В. Рустановича = $16,0 \pm 2,3$). Согласно подсчету критерия Краскала-Уолиса, статистически значимой являлась разница величин шкалы Q-les-Q ($p=0,011$), и близкой к статистически значимому уровню ($p=0,071$) – показателей SDS. Таким образом выявлена связь между качеством жизни пациентов и нозологической формой ДР (табл. 23).

Таблица 23. Показатели уровня СФ у пациентов с различными нозологическими формами ДР.

Диагноз Шкала	Первичный депрессивный эпизод	Рекуррентное депрессивное расстройство	Дистимия	Критерий Краскала-Уолиса
SDS	$20,9 \pm 4,9$ Мода – 20 Медиана – 20,5	$22,3 \pm 5,2$ Мода – 30 Медиана – 22	$18,8 \pm 6,0$ Мода - 11 Медиана – 18	0,074
Q-les-Q	$37,8 \pm 6,3$ Мода – 35 Медиана – 37,5	$35,3 \pm 5,7$ Мода – 36 Медиана – 36	$40,8 \pm 4,1$ Мода – 33 Медиана – 43	0,011
Шкала социальной адаптации	$16,4 \pm 2,6$ Мода – 18 Медиана – 17	$16,0 \pm 2,3$ Мода – 14 Медиана – 16	$17,0 \pm 2,7$ Мода – 14 Медиана -16	0,407
PSP	$60,6 \pm 5,9$ Мода – 61 Медиана – 61	$58,8 \pm 6,8$ Мода – 56 Медиана – 58	$61,4 \pm 8,1$ Мода - 56 Медиана - 61,0	0,334

Помимо нозологической принадлежности, в качестве предиктора уровня СФ рассмотрена синдромальная характеристика ДР.

Средние величины уровня СФ по PSP распределены в группах пациентов с различными синдромальными типами ДР следующим образом: больные с тоскливым вариантом ДР имели показатели PSP = $60,8 \pm 6,5$, тревожным - $69,2 \pm 7,2$, астеническим - $58,7 \pm 6,8$, апатическим - $56,8 \pm 3,42$, истерическим - $64,7 \pm 7,01$, ипохондрическим - $60,8 \pm 7,0$. Было отмечено более выраженное снижение уровня СФ по шкале PSP пациентов с астеническим и апатическим вариантом депрессии, а показатели уровня СФ пациентов с тревожным и истерическим типом депрессии нарушены в меньшей степени на статистически значимом уровне ($p_{\text{Краскала-Уоллиса}}=0,03$) (Табл. 24).

Таблица 24. Средние величины показателей PSP у пациентов с различными синдромальными характеристиками

	X	σ	Mo	Me
--	---	----------	----	----

Тоскливая	59,7	6,6	53	59,5
Тревожная	58,1	7,6	51	57
Астеническая	57,5	7,0	61	58,5
Апатическая	56,9	2,7	56	56
Истерическая	64,9	7,0	68	66,5
Ипохондрическая	62,5	7,0	67	64
Критерий Краскала-Уоллиса	0,03			

X - среднее значение; σ – стандартное отклонение; Мо – Мода; Ме – медиана.

По шкале социальной адаптации пациенты с тоскливым типом депрессии имели средний показатель $16,9 \pm 2,7$, с тревожным - $16,1 \pm 2,8$, с астеническим - $16,7 \pm 1,6$, с апатическим - $13,8 \pm 2,9$, с истерическим - $17,7 \pm 2,2$. Нарушение СФ по данной шкале было сильнее выражено у пациентов с апатическим вариантом ДР, а пациенты с истерическим типом ДР имели уровень СФ выше, чем пациенты с другими типами ДР на статистически значимом уровне ($p_{\text{Краскала-Уоллиса}}=0,01$) (табл. 25).

Таблица 25. Средние величины Шкалы социальной адаптации у пациентов с различными синдромальными характеристиками.

	X	σ	Мо	Ме
Тоскливая	16,9	2,7	15	17
Тревожная	16,1	2,8	18	16
Астеническая	16,7	1,6	17	16,5
Апатическая	13,8	2,9	14	14
Истерическая	17,7	2,2	16	18
Ипохондрическая	17,0	1,8	18	17,5
Критерий Краскала-Уоллиса	0,01			

X - среднее значение; σ – стандартное отклонение; Мо – Мода; Ме – медиана.

Средние показатели по каждому из пунктов Шкалы социальной адаптации пациентов с различным синдромальным вариантом депрессии представлены в таблице 26. По большинству показателей средние величины нарушений отдельных сфер СФ, оцениваемых в данной шкале, не имели существенных различий. Однако, обращали на себя внимание более низкие показатели работоспособности у пациентов с астеническим и апатическим вариантами ДР, чем у остальных на статистически значимом уровне ($p_{\text{Краскала-Уоллиса}} < 0,05$). Кроме того, у пациентов с апатическим типом ДР в большей степени были нарушены межличностные отношения, что также

подтверждено статистическим анализом ($p_{\text{Краскала-Уоллиса}}=0,05$), при этом уровень их образования был несколько выше, чем у пациентов с другими типами ДР на статистически значимом уровне ($p_{\text{Краскала-Уоллиса}}=0,02$).

Таблица 26. Средние показатели пунктов Шкалы социальной адаптации пациентов с различными синдромальными формами ДР.

	Тоскливая	Тревожная	Астеническая	Апатическая	Истерическая	Ипохондрическая	P
Образование	3,7±0,7	3,4±0,5	3,8±1,1	3,9±1,1	3,3±0,9	3,5±0,5	0,02
Работа	2,8±1,1	2,3±1,0	1,9±1,0	1,3±0,7	2,8±1,1	2,6±1,3	0,01
Семейные отношения	2,3±0,7	2,5±0,8	2,6±0,7	2,2±1,0	2,8±0,6	2,8±0,5	0,34
Межличностные отношения	2,6±0,6	2,6±0,6	2,5±0,5	2,0±0,7	2,9±0,5	2,6±0,5	0,05
Досуг	2,8±0,5	2,7±0,6	2,8±0,5	2,4±0,5	3,0±0,7	2,9±0,4	0,24
Общее отношение к жизни	2,5±0,5	2,5±0,5	2,8±0,6	2,1±0,3	3,0±0,4	2,8±0,5	0,00

p – Критерий Краскала-Уоллиса

Средние показатели SDS при группировании исследуемой выборки по синдромальному типу для пациентов с тоскливым видом депрессии составили 20,2±4,3, с тревожным - 22,4±5,8, астеническим - 20,3±5,4, апатическим - 20,6±5,3, истерическим - 20,6±5,3, ипохондрическим - 19,3±5,3. Согласно анализу, данное различие величин не являлось статистически значимым ($p_{\text{Краскала-Уоллиса}}>0,1$) (табл. 27).

Таблица 27. Средние величины шкалы нетрудоспособности Шихана у пациентов с различными синдромальными характеристиками.

	X	σ	Mo	Me
Тоскливая	20,2	4,3	20	20,5
Тревожная	22,4	5,8	30	30
Астеническая	20,3	5,4	18	19,5
Апатическая	20,6	5,3	25	24
Истерическая	20,6	5,3	17	19,5
Ипохондрическая	19,3	5,3	15	15

Критерий Уоллиса	Краскала-	0,1
------------------	-----------	-----

X - среднее значение; σ – стандартное отклонение; Мо – Мода; Ме – медиана.

Распределение средних показателей отдельных подшкал SDS в различных синдромальных группах указаны в таблице 20. Была выявлена близкая к статистически значимой разница показателей нарушения семейных отношений у пациентов с различными типами ДР ($p_{\text{Краскала-Уоллиса}}=0,053$). Пациенты с тревожным типом депрессии имели были высокие показатели нарушения семейных отношений, а у лиц с ипохондрической депрессией – напротив, средние величины данной подшкалы были минимальными по сравнению с остальными (табл. 28).

Таблица 28. Показатели подшкал SDS пациентов с различными синдромальными формами депрессии.

	Тоскливая	Тревожная	Астеническая	Апатическая	Истерическая	Ипохондрическая	P
Работа	6,6±2,2	8,0±2,2	7,8±2,0	8,0±1,9	6,8±2,4	6,6±2,4	0.209
Общественная жизнь	7,3±2,1	7,8±2,0	6,75±2,8	6,9±2,0	6,8±2,3	5,5±1,4	0.110
Семья	6,8±2,2	7,5±2,5	6,9±2,2	6,6±1,8	7,0±2,1	4,5±1,77	0.053

p – Критерий Краскала-Уоллиса

Средний балл Q-les-Q пациентов с тоскливым типом ДР составил 36,6±6,3, тревожным - 35,4±6,4, астеническим - 37,8±5,4; апатическим - 34,6±2,6, истерическим - 38,0±6,0, ипохондрическим - 35,8±4,2. Различия показателей не являлось значимым ($p_{\text{Краскала-Уоллиса}}>0,1$), что указывало на отсутствие связи между общими средними показателями Q-les-Q и синдромальной характеристикой ДР (табл. 29).

Таблица 29. Средние величины шкалы нетрудоспособности Q-les-Q у пациентов с различными синдромальными характеристиками.

	X	σ	Мо	Ме
Тоскливая	36,6	6,3	48	37
Тревожная	35,4	6,4	33	49,5
Астеническая	37,8	5,4	43	37,5
Апатическая	34,6	2,6	36	38,5
Истерическая	38,0	6,0	32	36
Ипохондрическая	35,8	4,2	32	43,5

Критерий Уоллиса	Краскала-	0,41
------------------	-----------	------

X - среднее значение; σ – стандартное отклонение; Мо – Мода; Ме – медиана.

Средние показатели по каждому из пунктов Q-les-Q пациентов с различным синдромальным вариантом депрессии указаны в таблице 22. Было отмечено, что удовлетворенность настроением, профессиональной деятельностью, работой по хозяйству, семейными отношениями, повседневными делами, сексуальным влечением, финансовым положением, жилищной ситуацией, зрением и общее ощущение благополучия не имели существенных отличий среди пациентов с разными типами ДР ($r_{\text{Краскала-Уоллиса}} > 0,1$). Больные с истерическим типом ДР имели более выраженные нарушения межличностных отношений, а пациенты с тоскливой депрессией были в меньшей степени удовлетворены жилищной ситуацией на уровне, близком к статистически значимому. Удовлетворенность жилищной ситуацией пациентов с апатическим типом ДР была более высокая по сравнению с остальными типами ДР на уровне, близком к статистически значимому (табл. 30).

Таблица 30. Средние показатели пунктов шкалы Q-les-Q у пациентов с различными синдромальными формами ДР.

	Тоскливая	Тревожная	Астеническая	Апатическая	Истерическая	Ипохондрическая	P
физическое здоровье	3,2±0,8	3,1±1,0	2,9±1,0	3,4±0,5	3,3±0,5	3,3±0,7	0,91
Настроение	1,7±0,8	1,7±0,9	2,3±1,1	1,6±0,7	1,8±0,8	2,5±0,8	0,110
Работа	1,7±0,8	1,6±0,7	1,9±0,7	1,6±1,0	1,8±0,8	2,3±0,7	0,27
Работа по хозяйству	2,0±0,8	2,0±0,8	2,2±0,7	1,7±0,8	1,6±0,5	2,3±0,5	0,14
Отношения с окружающими	2,5±0,9	2,1±0,7	2,3±1,0	2,3±1,1	1,7±0,9	2,6±1,1	0,07
Семейные отношения	2,2±0,5	2,0±0,8	2,3±0,5	2,2±0,4	1,9±0,5	2,4±0,7	0,49
Занятия в свободное время	2,4±0,9	2,1±0,9	2,3±0,8	2,4±0,7	2,5±0,7	2,3±0,7	0,62
Повседневные дела	2,3±0,6	2,1±0,7	1,9±0,3	2,5±0,5	2,1±0,8	2,1±0,8	0,26

Сексуальное влечение	2,0±0,8	2,1±0,9	2,3±0,7	2,3±0,5	2,4±1,0	2,1±0,8	0,75
Финансы	2,4±0,9	2,1±0,7	2,1±0,9	2,6±0,7	2,0±1,0	2,4±0,8	0,38
Жилищная ситуация	2,6±0,8	2,9±0,8	2,8±0,8	3,5±0,7	3,0±1,0	3,1±0,6	0,08
Способность передвигаться	3,4±1,1	3,8±1,4	4,1±0,8	4,3±0,5	4,3±1,0	4,5±0,5	0,04
Зрение	3,6±1,2	3,6±1,2	3,3±1,4	4,3±0,5	4,3±0,9	3,8±1,3	0,21
Ощущение благополучия	2,2±0,7	2,2±0,6	2,3±0,6	2,3±0,5	2,3±0,8	2,8±1,6	0,95
Удовлетворенность в целом	2,3±0,6	2,2±0,6	2,4±0,5	2,3±0,5	2,3±0,7	2,6±0,5	0,57

p – критерий Краскала-Уоллиса

Таким образом синдромальная структура депрессии определяла уровень выраженности нарушений СФ, оцениваемых объективными шкалами, как общих показателей, так и отдельных областей СФ (работоспособность, межличностные отношения и общее отношение к жизни). Несмотря на то, что разница между средними показателями субъективных опросников пациентов с различными синдромальными типами ДР не являлась статически значимой, показатели некоторых из сфер СФ проявили чувствительность к синдромальной структуре ДР (нарушение межличностных и семейных отношений, удовлетворенность жилищной ситуацией).

Помимо социо-демографических и клинических характеристик пациентов высокий интерес в исследовании факторов, влияющих на уровень социальной адаптации, представляли нарушения когнитивных функций. Для фоновых показателей когнитивных функций у исследуемых пациентов с непсихотическими депрессивными расстройствами был свойственен уровень «ниже среднего» для характеристик скорости выполнения заданий на простую зрительно-моторную реакцию («реакция на движущийся объект» - 3,61). Результаты исследований на кратковременную память (тест «память на лица»), помимо низких показателей латентности реакции (3,85), указывали на несколько сниженную эффективность (4,45). При исследовании оперативной

памяти (в тесте на арифметический счет) и внимания («корректирующая проба») все показатели соответствовали средним в популяции.

При выполнении пациентами более сложных тестовых заданий, оценивавших регуляторные (исполнительные) функции и стрессоустойчивость, гораздо чаще выявлялись показатели «ниже среднего» и «низкого» уровней. Были отмечены недостаточная предельная скорость переработки информации (4,27), снижение «пропускной способности» (3,7) и «импульсивности» (2,96) при определении функциональной подвижности нервных процессов (ФПНП), «тренда по возбуждению» (3,65) в РДО, «импульсивности» в тесте на динамичность нервной системы (2,68), «частоты касания» (4,25) и всех показателей, определяемых при помощи методики «стресс-тест» («стрессоустойчивость» - 4,32, «точность» - 4,42, «сложность» - 3,15). Кроме того, многие показатели были близки к нижней границе средних в популяции. К таковым относились полнезависимость (4,51) и эффективность (4,51) при выполнении исследуемыми теста на полнезависимость («тест Струпа»), динамичность (4,81) и постоянство (4,69) в тесте на динамичность нервной системы. Описанные нарушения свидетельствовали о выраженной психомоторной заторможенности, сниженной способности к целеполаганию, переработке информации, формированию новых навыков, затруднении в принятии решений у пациентов с ДР (табл. 31).

Таблица 31. Фоновый когнитивный профиль больных с непсихотическими депрессивными расстройствами.

Функция	Показатели тестов		Средний балл
Память	Кратковременная память (Память на лица)	Продуктивность	4,9
		Эффективность	4,45
		Латентность решения	3,85
		Стабильность	5,25
	Оперативная память (Арифметический счет)	Продуктивность	6,77
		Скорость	5,42
		Точность	5,64
Внимание	Корректирующая проба	Стабильность	4,95
		Эффективность	6,02
		Латентное время	4,54
Скорость реакции	Сенсомоторная реакция	Стабильность	6,17
		Латентное время	3,61

		Стабильность	5,52
		Выносливость	5,79
Психомоторные функции	Теппинг-тест	Частота	4,25
		Лабильность	4,47
		Скважность	5,97
Исполнительные функции	Тест Струпа (Полезависимость)	Полезависимость	4,51
		Эффективность	4,51
	Функциональная подвижность нервных процессов	Динамичность	5,42
		Пропускная способность	3,7
		Предельная скорость переработки информации	4,27
		Импульсивность	2,96
	Реакция на движущийся объект (Баланс нервных процессов)	Точность	5,34
		Стабильность	4,28
		Тренд по возбуждению	3,65
	Тест частичного выбора («Динамичность»)	Динамичность	4,81
		Постоянство	4,69
		Импульсивность	2,68
	Стресс-тест	Стрессоустойчивость	4,32
		Точность	4,42
		Сложность	3,15

Очевидно, что наличие депрессивной симптоматики способствовало снижению уровня когнитивного функционирования, в особенности снижению регуляторных (исполнительных) функций. Связь выраженности депрессивной симптоматики со снижением уровня когнитивного функционирования оценивалась при помощи сравнения средних показателей когнитивных функций в группах с уровнем депрессии «выше порогового» и «ниже порогового» значения обеих психометрических шкал, образованных путем кластерного анализа (Табл. 32). Не было выявлено существенной разницы показателей памяти, внимания в образованных группах. Было обнаружено статистически значимое различие показателя «лабильности» ($p_{\text{Манна-Уитни}}=0,01$) теппинг-теста, характеризующего психомоторные функции, в группах пациентов, определяемых выраженностью депрессивного расстройства по шкале MADRS. Более выраженные статистически значимые различия, либо на близком к статистически значимому, уровне выявлены в результатах выполненных пациентами тестов на исполнительные функции. Так, в образованных группах по каждой из шкал было характерно статистически значимое различие результатов показателя «динамичность» ($p_{\text{Манна-Уитни}}(\text{MADRS})=0,02$, $p_{\text{Манна-Уитни}}(\text{HAM-D})=0,04$) в тесте

«функциональная подвижность нервных процессов», «тренд по возбуждению» ($p_{\text{Манна-Уитни}}(\text{MADRS})=0,044$, $p_{\text{Манна-Уитни}}(\text{HAM-D})=0,00$) в тесте частичного выбора, близкая к статистически значимой - в показателях «предельная скорость переработки информации» ($p_{\text{Манна-Уитни}}(\text{MADRS})=0,056$, $p_{\text{Манна-Уитни}}(\text{HAM-D})=0,091$) из теста «функциональная подвижность нервных процессах». Показатель «полнезависимость» на статистически значимом уровне различался в образованных кластерах выраженности депрессии по HAM-D ($p_{\text{Манна-Уитни}}=0,03$) и на уровне, близком к статистически значимому – по MADRS ($p_{\text{Манна-Уитни}}=0,073$). Помимо этого, показатель «точность» в тесте «реакция на движущийся объект» проявлял чувствительность к степени выраженности депрессии по MADRS ($p_{\text{Манна-Уитни}}=0,065$), а результаты «эффективности» в тесте Струпа ($p_{\text{Манна-Уитни}}=0,062$), «пропускной способности» в тесте «функциональная подвижность нервных процессов» ($p_{\text{Манна-Уитни}}=0,085$), «постоянство» в тесте частичного выбора ($p_{\text{Манна-Уитни}}=0,066$) – к уровню тяжести депрессивной симптоматики по шкале HAM-D на близком к статистически значимому уровне (табл. 32).

Таблица 32. Сравнение средних величин показателей когнитивного функционирования у пациентов с различным уровнем выраженности депрессии

Функция	Показатели тестов		Выраженность депрессии по MADRS ниже порогового показателя (<27, 43 ч.)	P	Выраженность депрессии по MADRS выше порогового показателя ($\geq 27, 28$ ч.)	Выраженность депрессии по HAM-D ниже порогового показателя (<24, 45 ч.)	p	Выраженность депрессии по HAM-D выше порогового показателя ($\geq 24, 26$ ч.)
Память	Память на лица	Продуктивность	4,91	0,48	4,89	4,86	0,829	4,96
		Эффективность	4,56	0,26	4,29	4,44	0,952	4,46
		Латентность решения	4,02	0,25	3,57	3,89	0,976	3,76
		Стабильность	5,21	0,96	5,32	5,15	0,387	5,42
Внимание	Корректурн	Эффективность	5,98	0,5	6,1	6,11	0,3	5,88

	ая проба	ь		1			77	
		Латентное время	4,67	0,335	4,32	4,67	0,571	4,31
		Стабильность	6,05	0,487	6,35	6,28	0,599	5,96
Скорость реакции	Сенсомоторная реакция	Латентное время	3,74	0,46	3,39	3,71	0,275	3,42
		Стабильность	5,56	0,81	5,46	5,64	0,105	5,31
		Выносливость	5,70	0,69	5,93	5,8	0,835	5,77
Психомоторные функции	Теппинг-тест	Частота	4,21	0,82	4,32	4,33	0,166	4,12
		Лабильность	6,05	0,01	4,75	5,86	0,262	4,96
		Скважность	6,40	0,02	5,32	6,04	0,747	5,85
Исполнительные функции	Тест Струпа	Полнезависимость	4,58	0,073	4,39	4,75	0,028	4,08
		Эффективность	4,51	0,58	4,5	4,73	0,062	4,12
	Функциональная подвижность нервных процессов	Динамичность	5,77	0,02	4,89	5,64	0,044	5,04
		Пропускная способность	3,91	0,15	3,39	3,91	0,085	3,35
		Предельная скорость переработки информации	4,58	0,056	3,79	4,62	0,091	3,65
		Импульсивность	3,05	0,384	2,82	3,11	0,499	2,96
	Реакция на движущийся объект	Точность	5,56	0,065	5	5,4	0,659	5,23
		Стабильность	4,21	0,659	4,39	4,2	0,667	4,42
		Тренд по возбуждению	3,81	0,044	3,39	3,64	0,000	3,65
	Тест частичного выбора	Динамичность	4,96	0,217	4,57	4,98	0,164	4,54
		Постоянство	4,65	0,646	4,75	5,04	0,066	4,07
		Импульсивность	2,63	0,855	2,75	2,76	0,658	2,54
	Стресс-тест	Стрессоустойчивость	4,37	0,331	4,25	4,56	0,118	3,92
		Точность	4,23	0,192	4,71	4,47	0,392	4,35
		Сложность	3,07	0,311	3,28	3,38	0,191	2,77

p – Критерий Манна-Уитни

При корреляционном анализе связи величин когнитивных функций и степени выраженности депрессивной симптоматики было выявлено соотношение результатов шкалы MADRS с показателями теппинг-теста «скважность» (стабильность) на статистически значимом ($r_{\text{Спирмена}}=0,236$) и «лабильность» - на близком к статистически значимому уровнях

($r_{\text{Спирмена}}=0,216$). Связь результатов по шкалам выраженности депрессии с показателями исполнительных функций была более выраженной. Было выявлено статистически значимое корреляционное соотношение между показателями функциональной подвижности нервных процессов с результатами обеих шкал выраженности ДР ($r_{\text{Спирмена}}>0,239$), близкая к статистически значимой взаимосвязь между показателями «полезависимость» в тесте Струпа ($r_{\text{Спирмена}}=0,205$), «стабильность» в тесте «реакция на движущийся объект» ($r_{\text{Спирмена}}=0,198$) с уровнем ДР по шкале HAM-D, и величиной «динамичность» в тесте частичного выбора с выраженностью депрессивной симптоматики по шкале MADRS ($r_{\text{Спирмена}}=0,198$) (табл. 33).

Таким образом когнитивный профиль пациентов с непсихотическим депрессивным расстройством характеризовался идеомоторной заторможенностью и снижением показателей исполнительных функций. Уровень выраженности депрессивной симптоматики определял снижение моторных характеристик когнитивных функций и ухудшение исполнительных функций (табл. 33).

Таблица 33. Связь между показателями выраженности депрессивного расстройства и когнитивного функционирования.

Функция	Показатели тестов		MADRS	HAM-D
Память	Память на лица	Продуктивность	0,095	0,063
		Эффективность	0,039	0,127
		Латентность решения	0,064	0,168
		Стабильность	0,039	0,138
Внимание	Корректирующая проба	Эффективность	0,061	0,074
		Латентное время	0,067	0,047
		Стабильность	0,121	0,064
Скорость реакции	Сенсомоторная реакция	Латентное время	0,037	0,022
		Стабильность	0,055	0,016
		Выносливость	0,088	0,057
Психомоторные функции	Теппинг-тест	Частота	0,062	0,029
		Лабильность	0,216**	0,16
		Скважность	0,236*	0,109
Исполнительные функции	Тест Струпа	Полезависимость	0,155	0,205**
		Эффективность	0,028	0,028
	Функциональная подвижность	Динамичность	0,319*	0,239*
		Пропускная	0,304*	0,387*

	нервных процессов	способность		
		Предельная скорость переработки информации	0,285*	0,347*
Реакция на движущийся объект	на	Точность	0,084	0,120
		Стабильность	0,187	0,198**
		Тренд по возбуждению	0,009	0,009
Тест частичного выбора	частичного	Динамичность	0,198**	0,129
		Постоянство	0,035	0,134
		Импulsивность	0,103	0,006
Стресс-тест	Стресс-тест	Стрессоустойчивость	0,019	0,166
		Точность	0,118	0,072
		Сложность	0,132	0,101

* $p < 0,05$

** $0,05 < p < 0,1$

r-Спирмена - коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

При изучении взаимосвязи когнитивных нарушений и снижения уровня СФ было выявлено, что большинство показателей СФ коррелировали с результатами «латентности реакции» и «эффективности» тестов на память и внимание. Результаты исследований на сенсомоторную реакцию и психомоторную активность не проявили статистически значимой связи с показателями СФ. Это свидетельствовало о том, что снижение уровня СФ зависело от выраженности идеаторной заторможенности и не было сцеплено с моторными характеристиками.

Более выраженные корреляционные связи были выявлены между результатами психометрических шкал, оценивавших уровень СФ и показателями исследований на более «сложные» когнитивные функции, определяющие не только скорость реакций, но и способность адаптироваться к изменяющимся условиям среды («полезависимость»), возможность формирования новых навыков (динамичность нервной системы), перерабатывать информацию и принимать решение («функциональная подвижность нервных процессов»). Снижение уровня этих показателей наиболее вероятно определяло уровень нарушения СФ (табл. 34).

Таблица 34. Корреляция между фоновыми показателями СФ и КФ у пациентов с ДР согласно показателям ранговой корреляции Спирмена.

Функция	Показатели тестов		SDS	Q-les-Q	PSP	Уровень СА по А.В. Рустановичу
Память	Кратковременная память (Память на лица)	Продуктивность	0,112	0,165	0,098	0,024
		Эффективность	0,136	-0,023	0,278*	-0,043
		Латентность решения	0,235*	0,037	-0,005	-0,022
		Стабильность	-0,111	-0,120	-0,005	-0,152
Внимание	Коррекционная проба	Эффективность	0,257*	-0,153	0,299*	-0,299*
		Латентное время	0,170	-0,148	0,333*	-0,312*
		Стабильность	0,158	0,334*	0,273*	0,192
Скорость реакции	Сенсомоторная реакция	Стабильность	0,182	-0,111	0,052	-0,081
		Выносливость	0,099	-0,124	0,095	0,245*
Исполнительные функции	Тест Струпа (Полезависимость)	Полезависимость	-0,278*	0,241*	0,219**	0,203**
		Динамичность	-0,413*	0,214*	0,266*	-0,311*
	Функциональная подвижность нервных процессов	Пропускная способность	-0,414*	0,340*	0,327*	0,230**
		Предельная скорость переработки информации	0,401*	-0,327*	-0,308*	-0,242*
		Импульсивность	-0,191	0,185	0,106	0,249*
		Точность	-0,148	0,003	0,172	0,318*
	Реакция на движущийся объект (Баланс нервных процессов)	Стабильность	-0,148	0,003	0,172	-0,134
		Динамичность	-0,363*	0,333*	-0,132	0,160
	Тест частичного выбора («Динамичность»)	Постоянство	-0,328*	0,288*	0,188	-0,005
		Стрессоустойчивость	0,218**	-0,065	-0,029	-0,115
	Стресс-тест	Точность	0,207**	-0,024	-0,021	-0,122
		Сложность	0,195**	-0,031	0,052	0,081

*p<0,05

** 0,05<p<0,1

r-Спирмена - коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

С целью подтверждения корреляционных связей между уровнями СФ и КФ с помощью кластерного анализа были выделены две группы пациентов: в 1-ю группу вошли пациенты, у которых результаты по всем методикам

оценки СФ были ниже порогового значения для выборки (20 человек), во 2-ю группу – пациенты с показателями по всем шкалам СФ выше порогового значения (25 человек).

Несмотря на то, что корреляционные связи между показателями уровня депрессии по MADRS и нарушения СФ по 4 шкалам были выявлены частично, при анализе результатов психометрического исследования отдельных групп пациентов показал, что больные с более выраженным нарушением СФ (группа 1) в среднем имели более высокие показатели уровня ДР по обеим применяемым в исследовании шкалам, что указывало на то, что в случаях более тяжелых проявлений депрессивной симптоматики уровень нарушения СФ был соразмерен степени выраженности ДР (табл. 27). Различия показателей по всем шкалам являлись статистически значимыми ($p_{\text{Манна-Уитни}} < 0,05$) (табл. 35).

Таблица 35. Средние баллы показателей выраженности ДР и СФ пациентов 1 и 2 групп.

Группа пациентов	Показатели СФ ниже порогового (20 человек)	Показатели СФ выше порогового (25 человек)	p
Характеристика			
Средний балл MADRS	27,79±5,39	23,05±4,68	0,03
Средний балл HAM-D	24,14 ± 4,52	19,95±3,763475	0,00
Средний балла шкалы Шихана	24,79 ± 4,52	15,47±2,72	0,00
Средний балл Q-les-Q	32,07 ± 3,97,3	43,16±3,91	0,00
Средний балл PSP	53,79 ± 3,3	66,63±4,72	0,00
Средний балл шкалы социальной адаптации	13,43±1,28	18,26 ± 1,82	0,00

p – критерий Манна – Уитни.

Оценка когнитивных показателей выделенных групп выявила низкий уровень всех показателей КФ 1-й группы не только по сравнению со 2-й группой, но и со средними показателями в популяции («Тест Струпа», ФПНП, Динамичность нервных процессов). Различие большинства

показателей, в том числе внимания, сенсомоторных реакций, теста Струпа, функциональной подвижности нервных процессов являлась статистически значимой, что подтвердило наличие связей между СФ и КФ пациентов и позволило делать вывод о том, что наиболее высокая степень нарушения СФ связана со снижением показателей КФ, в том числе и исполнительных функций (табл. 36).

Таблица 36. Сравнение фоновых когнитивных показателей выраженности ДР и СФ пациентов с различным уровнем СФ.

Функция	Показатели тестов		Пациенты с показателям и СФ ниже порогового (20 человек)	Пациенты с показателям и СФ выше порогового (25 человек)	P
Память	Кратковременная память (Память на лица)	Продуктивность	4,36	4,84	0,20
		Эффективность	4,14	4,52	0,82
		Латентность решения	3,86	4,21	0,87
		Стабильность	4,85	5,15	0,44
Внимание	Корректирующая проба	Эффективность	5,43	6,63	0,00
		Латентное время	3,93	5,53	0,00
		Стабильность	5,36	6,84	0,05
Скорость реакции	Сенсомоторная реакция	Латентное время	3,5	4,16	0,08
		Стабильность	5	5,84	0,04
		Выносливость	5,07	5,58	0,60
Психомоторные функции	Теппинг-тест	Частота	3,64	4,53	0,04
		Лабильность	3,71	4,84	0,32
		Скважность	3,86	3,94	0,82
Исполнительные функции	Тест Струпа (Полезависимость)	Полезависимость	4	5,42	0,01
		Эффективность	3,79	4,89	0,00
	Функциональная	Динамичность	3,86	6,05	0,00

подвижность нервных процессов				0
	Пропускная способность	3,36	4,47	0,00
	Предельная скорость переработки информации	3,36	4,94	0,04
	Импульсивность	2,79	3,79	0,30
Реакция на движущийся объект (Баланс нервных процессов)	Точность	4,86	5,52	0,60
	Стабильность	3,93	4,21	0,55
	Тренд по возбуждению	3,42	4,1	0,14
Тест частичного выбора («Динамичность»)	Динамичность	4,29	5,37	0,00
	Постоянство	3,64	5,05	0,02
	Импульсивность	2,79	2,89	0,73
Стресс-тест	Стрессоустойчивость	3,57	4,89	0,01
	Точность	4,14	4,79	0,11
	Сложность	2,86	3,37	0,63

p – критерий Манна – Уитни.

Таким образом, на этапе изучения фоновых показателей исследуемой выборки было отмечено ухудшение всех показателей СФ у пациентов с ДР, преимущественно в сферах профессиональной и бытовой деятельности, досуга, а также межличностных и семейных отношений. Уровень СФ, оцениваемый как самими больными, так и на основе объективных данных в остром периоде ДР был связан не только с выраженностью депрессивной симптоматики, но и его длительностью, профессиональным статусом пациентов, нозологической типом ДР, синдромальной структурой ДР, снижением показателей КФ, таких как скорость идеаторных процессов и исполнительные функции.

ГЛАВА 4. Динамика когнитивных нарушений и социального функционирования у больных с непсихотическими депрессивными расстройствами в процессе терапии антидепрессантами.

На втором этапе исследования проводилась оценка динамики показателей депрессии, когнитивного и социального функционирования у пациентов, получавших антидепрессанты из группы СИОЗС. В начале тимоаналептического лечения допускалось присоединение ноотропного препарата (N-карбамоил-метил-4-фенил-2-пирролидон, пирацетам, гопантенная кислота). В исследуемую выборку вошли 29 пациентов с первичным депрессивным эпизодом, что составило 40,8% от общего числа больных, 34 - с диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства (47,8%) и 8 пациентов (11,3%) с дистимией, в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. Средняя длительность заболевания у пациентов с первичным депрессивным эпизодом составила $3,4 \pm 1,7$ месяцев, у больных с рекуррентным депрессивным расстройством - $106,5 \pm 68,5$ месяцев и $70,1 \pm 60$ месяцев в группе у больных с дистимией. Синдромальная оценка депрессии позволила выделить тоскливый (31,0 % больных), тревожный (28,2 % больных), астенический (12,7%), апатический (7,0 %) истерический (11,8%) и ипохондрический (8,5%) типы. Средний общий показатель по шкалам MADRS в изучаемой выборке пациентов составил $25,3 \pm 4,9$, HAM-D - $21,8 \pm 4,4$, Q-les-Q - $21,8 \pm 4,4$, PSP = $61,3 \pm 6,3$, Шкале социальной адаптации $16,5 \pm 2,7$.

В ходе психоаналептической терапии в динамике средней величины MADRS отмечена редукция показателя на 75,0% ($p < 0,05$ по критерию Вилкоксона). Доля респондеров (снижение показателей MADRS на 50% и более) составила 77,5% (56 пациентов), нон-респондеров - 22,5% (15 больных) – от 25 до 49%.

По шкале депрессии Гамильтона (HAM-D) количество респондеров составило 60 человек (84,1%), нон-респондеров – 11 пациентов (16,9%). Согласно данным о динамике показателей HAM-D у всех нон-респондеров

антидепрессивное лечение оказалось частично эффективным (редукция симптомов от 25% до 49%).

В результате терапии антидепрессантами показатели психометрических шкал у 51 пациента (71,8%) были на уровне, свидетельствующем о достижении ремиссии ($MADRS < 9$, $HAM-D < 7$). Величины данных шкал у 20 больных (28,2%) указывали на отсутствие ремиссии. Согласно показателям сгруппированных пунктов и подпунктов шкал выраженности депрессии полной бессимптомной ремиссии достигли 19 пациентов (26,3%). У 32 (45,1%) больных сохранялась остаточная симптоматика: гипотимия (15,5%), когнитивные нарушения (22,5%), нарушения сна (15,5%), снижение аппетита (1,4%), сниженная работоспособность (18,3%) (табл. 37).

Таблица 37. Распределение пациентов по остаточным симптомам.

Симптом	N	%
Гипотимия	11	15,5
Когнитивные нар-я	16	22,5
Сон	11	15,5
Снижение аппетита	1	1,4
Сниженная работоспособность	13	18,3

По шкале PSP СФ восстановилось на 16,9 %, что, согласно анализу, являлось статистически значимой динамикой ($p < 0,05$). Средний показатель PSP пациентов после 12 недель терапии достиг $72,0 \pm 4,8$ и имел статистически значимое отличие ($p < 0,05$) от группы контроля ($78,4 \pm 7,5$). При сравнении показателей данной шкалы между пациентами, достигшими и не достигшими ремиссии отмечены статистически значимый ($p < 0,05$) более высокий уровень СФ по PSP у пациентов, чьи психометрические показатели соответствовали уровню ремиссии ($73,5 \pm 5,0$), чем больные, чей уровень депрессии был недостаточно редуцирован ($68,0 \pm 4,6$).

Средний показатель Шкалы социальной адаптации повысился на 28,0%. Статистический анализ позволил определить указанную динамику как статистически значимую ($p < 0,05$). Средний уровень СФ по данной шкале у

исследуемых лиц составил $22,9 \pm 2,5$ и он был выше, чем у группы контроля ($22,3 \pm 1,4$). Данное расхождение величин при проведении статистического анализа расценивалось как статистически значимое ($p < 0,05$). Общий показатель шкалы социальной адаптации пациентов, достигших и не достигших ремиссии составил $24,0 \pm 1,6$ и $22,3 \pm 1,4$ соответственно, статистический анализ определил различие как значимое ($p < 0,05$).

Таким образом, на фоне терапии антидепрессантами у исследуемых пациентов было достигнуто статистически значимое ($p < 0,05$) улучшение социального статуса. Пациенты, достигшие ремиссии имели более высокий уровень СФ по объективным шкалам, что подтверждалось статистическим методом ($p < 0,05$). Уровень СФ по шкале PSP пациентов с ДР в результате лечения не имел статистически значимой разницы с показателями данной шкалы у группы контроля. В то же время степень социальной адаптации пациентов по Шкале социальной адаптации на статистически значимом уровне был выше, чем у группы контроля. Такие различия в показателях шкал могли объясняться тем, что при помощи шкалы PSP оценивались как сам социальный статус, так и потенциал исследуемых к выполнению социально полезных действий, в то время как при помощи Шкалы социальной адаптации оценивались различные категории социального статуса формально.

В ходе тимоаналептической терапии нарушение СФ по SDS пациентов с депрессией снизилось на 67,3%, что являлось статистически значимой динамикой ($p < 0,05$). Средний результат SDS пациентов, получавших терапию составил $6,8 \pm 4,9$ и был выше, чем у лиц из группы контроля на статистически значимом уровне ($p < 0,05$). Пациенты, не достигшие ремиссии имели итоговый средний показатель SDS $12,0 \pm 3,9$, а лица, у которых диагностирована ремиссия ДР – $4,7 \pm 3,5$. Данная разница показателей подтверждена статистическим анализом ($p < 0,05$).

В динамике величин шкалы Q-les-Q на фоне терапии антидепрессантами было отмечено улучшение показателей качества жизни

на 48,8% ($p < 0,05$). Средние показатели Q-les-Q пациентов и лиц из группы контроля составили $55,4 \pm 7,8$ и $58,0 \pm 8,4$ соответственно. При применении статистического метода не выявлено статистически значимой разницы между этими величинами ($p = 0,13$). У пациентов, достигших ремиссии, уровень шкалы Q-les-Q достиг показателя 58,2, а у обследуемых, чей уровень ДР не соответствовал ремиссии – 48,1. Данная разница, согласно анализу, являлась статистически значимой (табл. 38).

Таблица 38. Социальное функционирование пациентов в результате 12 недель терапии и группы контроля.

	N	%	PSP	Шкала социальной адаптации	SDS	Q-les-Q
Пациенты, включенные в исследование	71	100	$72,0 \pm 4,8$	$22,9 \pm 2,5$	$6,8 \pm 4,9$	$55,4 \pm 7,8$
Пациенты, достигшие ремиссии	51	71,8	$73,5 \pm 5,0$	$24,0 \pm 1,6$	$4,7 \pm 3,5$	$58,2 \pm 5,8$
Пациенты, не достигшие ремиссии	20	28,2	$68,0 \pm 4,6$	$20,4 \pm 2,8$	$12,0 \pm 3,9$	$48,1 \pm 7,6$
Группа контроля	73		$78,4 \pm 7,5$	$22,3 \pm 1,4$	$4,08 \pm 4,4$	$58,0 \pm 8,4$
p1			0,0	0,0	0,0	0,13
p2			0,0	0,0	0,0	0,0
p3			0,0	0,0	0,3	0,8
p4			0,0	0,0	0,0	0,0

p1 – критерий Манна-Уитни между пациентами, включенными в исследование и группой контроля;

p2 – критерий Манна-Уитни между пациентами, достигшими и не достигшими ремиссии;

p3 – критерий Манна-Уитни между пациентами, достигшими ремиссии и группой контроля;

p4 – критерий Манна-Уитни между пациентами, не достигшими ремиссии и группой контроля.

Таким образом, терапия антидепрессантами позволила достичь статистически значимой редукции нарушений СФ и восстановления качества жизни. Пациенты, у которых была диагностирована ремиссия ДР, имели более высокий уровень качества жизни. В результате лечения величины шкалы SDS не достигали показателей, характерных для группы контроля, в то время как уровень качества жизни пациентов по Q-les-Q не имел статистически значимые различия с группой контроля.

В результате оценки динамики психометрических величин, характеризовавших СФ пациентов с ДР и их сравнения с показателями группы контроля было отмечено, что достижению лучших результатов в восстановлении как качества жизни, так и социального статуса способствовало достижение ремиссии ДР. Однако, результаты исследования по некоторым из шкал указывали на недостаточный уровень СФ по сравнению с лицами, признанными в результате психиатрического освидетельствования психически здоровыми.

В качестве фактора, определявшего уровень СФ пациентов с ремиссией ДР рассмотрено наличие или отсутствие остаточной симптоматики. Для этого были изучены результаты по отдельным пунктам шкал MADRS и HAM-D. В случаях когда по каждому из пунктов у пациентов «0» по HAM-D и «0»-«1» по MADRS, то ремиссия расценивалась как бессимптомная, наличие остаточной симптоматики выявлялось при выявлении оценок не менее «1» по HAM-D и не менее «2» по MADRS в пунктах, указывавших на наличие гипотимии, когнитивных нарушений, диссомнии, гипобулии, ухудшения работоспособности. Таким образом среди 51 пациента с ремиссией были выявлены 20 (39,2%) больных с бессимптомной ремиссией и 31 (60,8%) – с наличием остаточных симптомов. Показатели

психометрических шкал, определявших СФ выделенных групп отображены в таблице 31. Статистический анализ полученных данных не позволил выявить статистической значимой разницы показателей у данных пациентов (табл. 39).

Таблица 39. Социальное функционирование пациентов, достигших бессимптомной ремиссии, и имеющих остаточные симптомы.

	N	PSP	Шкала социальной адаптации	SDS	Q-les-Q
Бессимптомная	20	74,0±4,0	24,2±1,5	4,0±3,2	58,9±5,9
Неполная ремиссия	31	73,2±4,1	23,8±1,6	5,2±3,7	57,8±5,8
P		0,18	0,383	0,467	0,55

При сравнении показателей групп пациентов с бессимптомной ремиссией и лиц из группы контроля было выявлено, что уровень СФ по шкале PSP пациентов без остаточных симптомов (74±3,99) был ниже, чем у психически здоровых лиц (78,4±7,5) на статистически значимом уровне ($p < 0,05$). При анализе результатов Шкалы социальной адаптации А.В. Рустановича был отмечен более высокий уровень СФ по данной методике у пациентов с бессимптомной ремиссией (24,15±1,53) по сравнению с группой контроля (22,3±1,4), что было подтверждено путем статистического анализа ($p < 0,05$). Относительно субъективного восприятия исследуемыми лицами своего качества жизни не было выявлено статистически значимой разницы в показателях SDS и Q-les-Q между пациентами без остаточных симптомов и группой контроля (табл. 40).

Таблица 40. Социальное функционирование пациентов, достигших бессимптомной ремиссии и группы контроля.

	N	PSP	Шкала социальной адаптации	SDS	Q-les-Q
Бессимптомная	20	74,0±3,99	24,15±1,53	3,95±3,15	58,85±5,91
Группа контроля	72	78,4±7,5	22,3±1,4	4,08±4,4	58,0±8,4
P		0,014	0,00	0,48	0,50

Сравнительные данные показателей СФ пациентов с остаточной симптоматикой и лиц из группы контроля представлены в таблице 33. Согласно полученным показателям, пациенты с остаточной симптоматикой, как и исследуемые с бессимптомной ремиссией имели более низкий балл по шкале PSP (73,2±4,09), и высокий – по шкале социальной адаптации по А.В. Рустановичу по сравнению с группой контроля на статистически значимом уровне ($p < 0,05$). При изучении результатов по субъективным шкалам было выявлено, что нарушение социальной адаптации по шкале SDS пациентов с остаточной симптоматикой (5,2±3,7) было выше, чем у группы контроля (4,1±4,4) на уровне, близком к статистически значимому ($p = 0,07$). Уровень качества жизни по шкале Q-les-Q пациентов с остаточной симптоматикой не имел статистически значимого отличия от таковой у исследуемых из группы контроля ($p = 0,9$) (табл. 41).

Таблица 41. Социальное функционирование пациентов, не достигших бессимптомной ремиссии и группы контроля.

	N	PSP	Шкала социальной адаптации	SDS	Q-les-Q
Неполная ремиссия	31	73,19±4,09	23,84±1,59	5,2±3,7	57,77±5,81
Группа контроля	72	78,4±7,5	22,3±1,4	4,08±4,4	58,0±8,4
P		0,001	0,0	0,066	0,9

Таким образом наличие остаточной симптоматики не являлось фактором, определявшим уровень СФ по шкале PSP у лиц, достигших ремиссии ДР. Наряду с этим, социальный статус пациентов, определявшийся при помощи Шкалы социальной адаптации был выше, чем у психически здоровых лиц, как при отсутствии остаточной симптоматики, так и при ее наличии. Вместе с тем, показатель качества жизни по SDS при неполной

ремиссии ДР был ниже, чем у группы контроля на уровне, близком к статистически значимому.

Помимо указанных исследований в качестве фактора, влияющего на СФ при ДР, рассматривался выбор терапевтической тактики. В ходе терапии пациентов антидепрессантами группы СИОЗС при наличии у них астенических нарушений, жалоб на снижение памяти, трудности при сосредоточении, недостаточную продуктивность в профессиональной деятельности им дополнительно назначались ноотропные препараты. Таким образом, сформировались две терапевтические группы (1 группа – монотерапия СИОЗС, 2 группа – комбинированная терапия СИОЗС+ ноотропные препараты). Фоновые психометрические показатели этих групп не имели статистически значимых различий ($p>0,1$) (табл. 42).

Таблица 42. Фоновые психометрические показатели пациентов терапевтических групп.

	Фон		Р
	СИОЗС	СИОЗС + ноотропный препарат	
Средний балл МАДРС	24,8±4,9	25,9±4,8	0,7
Средний балл НАМ-D	21,55±5,1	21,7±3,5	0,3
Средний балл шкалы Шихана	20,9±5,9	20,4±4,2	0,6
Средний балл Q-les-Q	36,5±6,08	37,8±7,9	0,5
Средний балл шкалы социальной адаптации	16,5±2,6	16,5±2,7	0,4
Средний балл PSP	59,7±7,2	61,1±6,3	1,0

Доля респондеров по шкалам депрессии MADRS и НАМ-D в группе, получавшей монотерапию, составил 60% и 57,5% соответственно. Процент пациентов, достигших ремиссии в этой группе, составил 52,5%. В группе, принимавшей комбинированную терапию (СИОЗС + ноотропный препарат) отмечена более выраженная редукция депрессивной симптоматики (82,9% по MADRS, 87,2% по НАМ-D) и данное отличие от группы, получавшей

монотерапию СИОЗС, подтверждено при статистическом анализе ($p < 0,01$ по критерию Манна-Уитни).

Восстановление социального статуса по шкале PSP пациентов в результате антидепрессивной терапии у пациентов, получавших монотерапию СИОЗС составила 19,3 %, средний показатель данной шкалы после 12 недель лечения - $70,7 \pm 5,1$. Лица, чья схема лечения была дополнена ноотропным препаратом, имели средний уровень PSP $73,7 \pm 3,9$, процент прироста показателей шкалы составил 21,4. Статистический анализ показал, что различие показателей улучшения СФ по шкале PSP не являлось статистически значимым ($p = 0,1$), в то время, как отличия самих итоговых величин являлись статистически значимыми ($p < 0,05$). При сравнении с результатами по данной шкале у группы контроля ($78,4 \pm 7,5$) было отмечено, что пациенты из обеих терапевтических групп имели показатели PSP ниже, чем психически здоровые лица на статистически значимом уровне ($p < 0,05$).

Динамика среднего показателя Шкалы социальной адаптации показала, что улучшение СФ пациентов, получавших лечение СИОЗС составило 34,5%, а у лиц, принимавших комбинированную терапию СИОЗС+ ноотропный препарат – 44,5%, итоговые средние величины данной шкалы составили $22,2 \pm 3,0$ и $23,9 \pm 1,4$ соответственно. Анализ выявил наличие статистической значимости как между итоговыми величинами, так и показателями их динамики. Оценка полученных данных в сравнении с группой контроля ($22,3 \pm 1,4$) показала, что у пациентов, получавших монотерапию СИОЗС показатели по данной шкале не имели статистически значимой разницы ($p = 0,8$) с психически здоровыми испытуемыми, а у лиц, дополнительно принимавших ноотропные препараты выявлен более высокий уровень СФ по Шкале социальной адаптации на статистически значимом уровне ($p < 0,05$).

При изучении результатов терапии антидепрессантами по результатам SDS выявлено, что у пациентов, получавших СИОЗС редукция нарушений СФ составила 85,8% и средний показатель SDS достиг $8,8 \pm 5,2$. Редукция нарушений качества жизни по SDS пациентов, получавших

комбинированную терапию СИОЗС+ ноотропный препарат, составил 92,2%. Средний показатель SDS в результате комбинированной терапии достиг $4,2 \pm 3,0$. Различие между показателями редукции и полученными результатами являлось статистически значимым ($p < 0,01$). При сравнении полученных результатов с группой контроля ($4,08 \pm 4,4$) было выявлено, что больные, получавшие монотерапию СИОЗС имели уровень нарушений СФ по SDS выше, чем психически здоровые лица на статистически значимом уровне в то время, как у пациентов, получавших сочетанную терапию СИОЗС+ноотропный препарат показатель SDS не имел статистически значимого различия с группой контроля.

У пациентов, получавших монотерапию СИОЗС показатели улучшения качества жизни по Q-les-Q составил 42,8%, а у лиц, получавших комбинированную терапию (СИОЗС+ноотропный препарат) – 56,2%. Статистическая обработка полученных данных указывала на наличие статистической значимости между имеющимися расхождением показателей ($p < 0,05$). При сравнении полученных результатов с показателями группы контроля было выявлено, что пациенты с ДР, получавшие монотерапию СИОЗС имели уровень качества жизни по Q-les-Q ниже, чем психически здоровые лица и эти различия были подтверждены статистическим методом ($p < 0,05$). Больные, получавшие комбинированную терапию СИОЗС+ноотропный препарат, согласно анализу, не имели статистически значимого различия по уровню СФ по шкале Q-les-Q с группой контроля ($p = 0,3$) (табл. 43).

Таблица 43. Динамика психометрических показателей пациентов из терапевтических групп.

	СИОЗС	Статистическая значимость различий (p)	СИОЗС+ноотропный препарат
Количество респондеров по MADRS	24/40 (60%)	0.000*	31/31 (100%)
Количество ремиссий по MADRS	21/40 (52,5%)	0.008*	30/31 (96,7%)
Средний % редукции	64,9%	0.000**	82,9%

симптомов по MADRS			
Количество респондеров по HAM-D	23/40 (57,5%)	0.002*	31/31 (100%)
Количество ремиссий по HAM-D	21/40 (52,5%)	0.006*	30/31 (96,7%)
Средний % редукции симптомов по HAM-D	70,1	0.001**	87,2
% восстановления СФ по шкале Шихана	85,8	0,02**	92,2
% восстановления СФ по Q-les-Q	42.8	0.005**	56.2
% восстановления СФ по PSP	19,3	0.1**	21,4
% восстановления СФ по Шкале социальной адаптации	34.5	0.007**	44.5

Таким образом в данном исследовании за счет комбинированной терапии СИОЗС+ноотропный препарат был достигнут лучший процент улучшения СФ, определявшегося по субъективным шкалам. Помимо этого, сочетание СИОЗС+ноотропный препарат позволило достичь субъективно определяемого уровня СФ, не имевшего статистически значимой разницы с психически здоровыми лицами. Согласно статистической обработке данных, не было выявлено статистически значимых различий динамики восстановления СФ по шкале PSP в выделенных группах по схеме терапии и вне зависимости от метода лечения пациентами не был достигнут уровень PSP психически здоровых лиц. Изучение динамики уровня СФ по Шкале социальной адаптации позволило отметить, что комбинированная терапия способствовала лучшим показателям восстановления СФ и позволила достичь более высоких показателей по сравнению с группой контроля на статистически значимом уровне.

Так как применение ноотропных препаратов было направлено в первую очередь на коррекцию когнитивных нарушений, высокие показатели восстановления уровня СФ, предположительно, были связаны с улучшением показателей КФ.

Оценка влияния проведенных схем лечения на КФ показал, что, согласно сравнению средних фоновых и итоговых величин, оба метода лечения ДР позволили повысить уровень КФ, по крайней мере, до среднего уровня. Однако более качественного эффекта удалось достичь посредством применения ноотропных препаратов. Отмечено значительное улучшение до уровня "выше среднего" показателя латентного времени теста "корректирующей пробы" (6.1). Более высокий интерес представляли показатели улучшения исполнительных функций, оцениваемых при помощи теста Струпа и функциональной подвижности нервных процессов, проявившие корреляционную связь с результатами шкал СФ на этапе анализа фоновых данных. Исследование динамики результатов этих тестов показал, что пациенты, принимавшие ноотропную терапию, имели более высокие показатели улучшения уровня полнезависимости (с 4,35 до 6,1) и эффективности (с 4,42 до 7,03) в тесте Струпа, а показатели функциональной подвижности нервных процессов достигли средних значений. Улучшение уровня исполнительных функций у пациентов, принимавших комбинированную терапию, было статистически значимо выше по сравнению с больными, принимавшими монотерапию СИОЗС. Это свидетельствовало о высокой эффективности применения ноотропной терапии на уровень когнитивного функционирования пациентов с ДР, что в свою очередь, способствовало и повышению уровня их СФ (табл. 44).

Таблица 44. Сравнение фоновых и итоговых когнитивных показателей пациентов из терапевтических групп.

Функция	Показатели тестов		Фон		12 недель	
			СИОЗС	СИОЗС + ноотроп	СИОЗС	СИОЗС + ноотроп
Память	Кратковременная память (Память на лица)	Продуктивность	5,1	4,64	6,7	6,39
		Эффективность	4,525	4,35	5,775	6,06
		Латентность решения	3,7	4	4,58	5,32
Внимание	Корректирующая проба	Эффективность	5,9	5,89	6,425	7,23
		Латентное время	4,3	4,35	4,725	6,1
Скорость	Сенсомоторная	Латентное время	3,55	3,68	4,77	5,29

реакции	реакция					
		Стабильность	5,6	5,42	6,025	6
		Выносливость	5,9	5,65	5,55	5,65
Психомоторные функции	Теппинг-тест	Частота	4,15	4,42	5,3	5,97
		Лабильность	4,15	4,16	4,2	4,68
		Скважность	3,75	4,32	5,8	5,39
Исполнительные функции	Тест Струпа (Полезависимость)	Полезависимость	4,42	4,35	5,08	6,45
		Эффективность	4,575	4,42	4,6	7,03
	Функциональная подвижность нервных процессов	Динамичность	5,45	5,39	6,825	7,38
		Пропускная способность	3,78	3,71	4,45	5,32
		Предельная скорость переработки информации	4,1	4,49	5,1	6,71
		Импульсивность	2,8	3,1	4,77	4,84
	Реакция на движущийся объект (Баланс нервных процессов)	Точность	5,2	5,52	6,475	7,13
		Стабильность	4,3	4,23	5,95	6,26
		Тренд по возбуждению	3,6	3,74	4,42	4,65
	Тест частичного выбора («Динамичность»)	Динамичность	4,75	4,81	6,75	7,71
		Постоянство	4,7	4,64	6,65	7,52
		Импульсивность	2,7	2,6	3,38	4,39
	Стресс-тест	Стрессоустойчивость	4,325	4,32	5,075	7,74
		Точность	4,1	4,84	6,025	6,58
		Сложность	3,5	3,48	4,95	4,97

Динамика описанных показателей при приеме монотерапии СИОЗС отображена в следующем клиническом примере.

Пациент Г., 28 лет. Обратился в ПКБ им. Ю.В. Каннабиха с жалобами на нервозность, тревогу, вялость, апатию, подавленность, раздражительность, неприятные ощущения в теле, дрожь во всем теле, ощущение давления на грудь, обеспокоенность своей личностной несостоятельностью, плаксивость.

Анамнез: наследственность манифестными психозами не отягощена.

Мать - по характеру спокойная, терпеливая, старается переводить в шутки назревающие конфликты, смеяться при стрессе. По образованию - музыкант, работала по специальности в детском саду, организовывала праздничные мероприятия. К настоящему моменту занимается мелким строительным бизнесом.

Отец по характеру властный, требовательный, учился в военной академии, получил травму шеи с разрывом костного мозга, парализован в течение 28

лет, неофициально подрабатывал на дому занимался торговлей в сети интернет, программированием: спецодежда, лицензии.

Старшая сестра (32 года) – по характеру целеустремленная, мягкая, гибкая, обходительная, честная, искренняя. По образованию экономист, занимала руководящие должности в коммерческой фирме.

Пациент – Беременность и роды матери без патологии. Родился младшим ребенком в полной семье. Раннее развитие своевременное. Страдал заиканием, посещал специализированные заведения (логопедический сад), в 14 лет вылечился после посещения специалиста в течение полугода. По характеру был спокойным, мягким, малообщительным, любил фантазировать на тему своего будущего, много времени проводил в одиночестве, мечтал стать успешным. С детства часто беспокоили головные боли, иногда терял сознание при резких движениях, была повышенная утомляемость, рассеянность, плохо переносил духоту, особенно в межсезонный период. Ночных энурезов, снохождения, сноговорения, страхов не было. ДДУ посещал, адаптировался нормально, имел 1-2 друзей, не хотел вовлекаться в подвижные игры, предпочитал проводить время в одиночестве или за общением с немногочисленными друзьями. Детские инфекционные заболевания (ветрянка, краснуха) перенес без осложнений. Обучение в школе начал своевременно. Первые два класса учился в специализированной французской школе, где с трудом тянул программу иностранного языка, отставал от сверстников, в третьем классе перевелся в обычную школу. Учился удовлетворительно, отставал от других, был рассеянным, плохо усваивал материал, больше интересовали точные науки, но по ним тоже имел удовлетворительные оценки. С другими детьми общался мало, имел несколько друзей, иногда сверстники обижали, могли оскорбить на тему плохой успеваемости, держался в стороне от них. Считал, что учителя относились предвзято, ставили плохие оценки из-за плохого отношения. Занимался с репетитором по русскому языку, лучше усваивал материал если больше повторял, старался спорить с учителем за необъективную оценку,

иногда получалось добиться оценок «хорошо» и «отлично». В подростковом возрасте пробовал алкоголь в компании, с 9 класса курил сигареты, «нравился вкус дыма». В 25 лет бросил курить из-за плохого самочувствия после каждого приема: кружилась голова, легкая тошнота, «мушки перед глазами». С 15 лет, окончив 9 классов школы, поступил в «московскую инженерную школу метрологии и качества», где отношения со сверстниками были лучше, стал более общительным. Учился хорошо, испытывал интерес к учебе, добивался усвоения материала путем многократного повторения. В течение полугода встречался с девушкой, испытывал к ней очень теплые чувства, интерес, расстался из-за сильной ревности с ее стороны. Получив диплом о среднем специальном образовании, поступил на 3 курс РЭА им. Плеханова, где так же хорошо справлялся с учебой, завел новых друзей, отношения с которыми были хорошие. Свободное время проводил за пешими прогулками с 1 близким другом, занимался фитнесом, посещал бассейн, увлекался фотографией. Любил путешествовать, летние каникулы проводил в отъездах, стремился уединиться в горах. С 22 лет встречался с девушкой, отношения были теплые, в 26 лет оформил с ней брак, живут у родителей пациента. После получения диплома о высшем образовании работал по специальности с 22 лет. На 1 месте работал полтора года (товаровед в фирме, занимающейся производством и продажей женской одежды), адаптировался хорошо, с обязанностями справлялся, с коллективом ладил. Ушел по собственной инициативе, желая найти работу по специальности ближе к дому. Не найдя нужного места, работал заведующим складом в г. Химки. Адаптировался так же хорошо, обязанности были простые, в связи с чем считал себя недостойным высокой заработной платы, через полтора года уволился из-за отсутствия интереса и возможности профессионального роста. 2 года работал товароведом в магазине игрушек, где налаживал учет, контроль и складскую логистику. За 3 до обращения за психиатрической помощью месяца без видимых внешних причин снизилась продуктивность в работе, стал беспокойным, озадаченным из-за некоторых своих ошибок, опасался

претензий со стороны руководства, стал тревожным, «прорабатывал в голове» диалоги с начальством. Все «валилось из рук», снизилась самооценка, в результате чего уволился работы. Испытывал снижение либидо, избегал близости с женой. Тяготился необходимостью ухода за отцом, старался избегать контакта с окружающими, что проявлялось и в отсутствии интереса в общении с друзьями. При попытке отвлечься на занятия фотографией быстро утрачивал интерес к этому хобби. Посещал специалиста в центре психологической помощи, откуда после нескольких бесед направлен в ПКБ им. Ю.В. Каннабиха.

Психический статус: Сознание не помрачено. Ориентирован всесторонне верно. Выглядит младше своего возраста, одет опрятно и аккуратно, следит за собой. Несколько суетлив, неусидчив, ерзает на стуле, смотрит в разные стороны. Мимика напряженная, однообразная, взгляд исподлобья, старается избегать зрительного контакта с собеседником. Настроение снижено, плачет при упоминании событий прошлого («раньше у меня все получалось, а сейчас не могу ни за одно дело взяться»), тяготится своим состоянием. В беседу вступает охотно, ищет помощи и сочувствия. На вопросы отвечает после пауз, ответы не всегда в плане заданного, обстоятельно начинает издалека, отвлекается на темы, на которых фиксирован (неудачи в профессиональной деятельности), при этом отмечается потливость ладоней, покраснение кожных покровов. Несколько инфантилен, осуждает отца, заставляющего за собой ухаживать. Фиксирован на несправедливом к себе отношении в настоящем и прошлом, дословно помнит негативные о себе отзывы учителей в школе. Речь слегка дизартрична, прерывиста. Мышление несколько замедлено по темпу, ригидное. Эмоциональные реакции лабильны, после плача моментально может засмеяться при смене темы разговора. Со слов, к вечеру состояние улучшается, чувствует себя спокойней. Суицидальной и острой психотической симптоматики не выявлено. Критика частичная.

Состояние пациента определялось тревожно-депрессивным синдромом с сомато-вегетативными проявлениями тревоги (покраснение кожных покровов, потливость ладоней) с витальными проявлениями депрессии (чувство давления на грудь), правильным суточным ритмом (улучшение состояния в вечернее время) у личности с ананкастными чертами (педантичность, внимательность к деталям, скрупулезность, склонность к сомнениям). По психометрическим шкалам депрессии его состояние оценивалось в 28 баллов по MADRS и 17 баллов по HAM-D, что соответствовало «среднему» уровню депрессивного расстройства. Начало депрессии возникло аутохтонно за 3 месяца до обращения за психиатрической помощью и проявилось, в первую очередь, в снижении продуктивности профессиональной деятельности пациента. За счет неблагоприятного профессионального статуса пациента (уволился с работы, которая не соответствовала квалификации), нарушении межличностных отношений, отсутствия интереса к досуговым мероприятиям социальный статус пациента по шкале PSP оценивался в 53 балла, по шкале А.В. Рустановича – в 15 баллов, соответствующих уровню «ниже порогового». Нарушения уровня качества жизни по SDS оценивалось пациентом в 17 баллов, а показатель Q-les-Q – в 41 балл. Таким образом субъективно определяемый уровень качества жизни пациента соответствовал уровню «выше порогового».

Когнитивный профиль пациента определялся снижением скорости выполнения заданий на память, внимание, скорости реакции («латентное время» - 6-9) и качеством их выполнения на «низком» уровне - «2» - «эффективность в тесте «память на лица» и уровне «ниже среднего» - «4» в «стабильности» и «выносливости» в тесте на «сенсомоторную реакцию». Уровень «эффективности» в тесте «корректирующая проба» соответствовал «среднему». При анализе величин исполнительных функций выявлены показатели, соответствующие «низкому» для «полнезависимости» (2) и «эффективности» (3) в «тесте Струпа», «низкому» (3) для «пропускной

способности» и «предельной скорости переработки информации» в тесте «функциональная подвижность нервных процессов» и для показателя «стабильность» в тесте «реакция на движущийся объект», а также «низкий» (2) уровень «стрессоустойчивости» и «точности» в «стресс-тесте».

Диагноз: F32.11 Депрессивный эпизод средней степени тяжести с соматическими симптомами.

Пациенту в амбулаторных условиях был назначен сертралин в дозировке 150 мг в сутки. Спустя 3 недели был получен терапевтический ответ, проявлявшийся в снижении выраженности гипотимного аффекта, частичной редукции соматических проявлений депрессии, перестал тяготиться необходимостью осуществлять уход за отцом. Через 12 недель после начала лечения пациент жаловался на остаточное, умеренно выражено, чувство внутреннего напряжения, периодически возникающую раздражительность, в основном, по вечерам, устроился на работу заведующим складом в компанию, занимавшуюся реализацией электронной техники, где адаптировался хорошо, чувствовал себя комфортно, периодически испытывал недостаточную концентрацию внимания, был недостаточно удовлетворен своим финансовым состоянием. Улучшились отношения с женой и родителями, но по-прежнему редко общался и виделся с друзьями. К своему увлечению фотографией бывшего интереса не испытывал.

В результате 12 недель тимоаналептической терапии выраженность депрессивной симптоматики снизилась на 75 % по шкале MADRS, и на 77,8 % по HAM-D, достигнув 7 и 6 баллов соответственно, что указывало на состояние ремиссии. Показатели социального статуса пациента восстановились на 26,4% по шкале PSP (67 баллов) и на 40,0 % по шкале А.В. Рустановича (21). Вместе с социальным статусом у пациента восстановился субъективно определяемый уровень качества жизни по шкале SDS на 47,1 %, составив 8 баллов, по Q-les-Q – на 17,1 % (48 баллов).

Анализ показателей когнитивных функций позволил говорить о нормализации скорости выполнения заданий на память, внимание, скорость

реакции («латентное время» - 4) и о достижении «среднего» уровня качества выполнения этих заданий (5). При изучении исполнительных функций было выявлено повышение качественных характеристик до «среднего» уровня в «тесте Струпа», «тесте частичного выбора», «стрессоустойчивости» и отсутствия динамики величин «динамичности» (4), «пропускной способности» (3), «предельной скорости переработки информации» (3) в тесте «функциональная подвижность нервных процессов».

Динамика клинических характеристик, психометрических и психофизиологических показателей при приеме комбинированной терапии СИОЗС+ноотропный препарат отображена в следующей клинической иллюстрации.

Пациентка С., 42 года, обратилась в ПКБ им. Ю.В. Каннабиха с жалобами на подавленность, апатию, заторможенность, повышенную утомляемость, сниженную способность к запоминанию, нежелание чем-либо заниматься, чувство равнодушия к окружающему, бессилие, плаксивость.

Анамнез. Наследственность манифестными психозами не отягощена.

Мать, 66 лет – по характеру активная, веселая, оптимистичная, но импульсивная, властная, бывает вспыльчивой и раздражительной – может выместить гнев на окружающих, поднять руку на детей. По образованию химик-технолог, но работала по специальности недолго. После рождения старшей дочери (пациентки) работала на дому, собирала венки для похорон. Плохо следила за своим внешним видом – мало внимания уделяла гардеробу и прическе, особенно в пенсионном возрасте. 66 лет.

Отец – Добрый, отзывчивый, мягкий, терпеливый, выдержанный, аккуратный, открытый, всегда готовый поддержать, выслушать. По специальности слесарь-ремонтник. К настоящему времени пенсионер по возрасту, но продолжает работать. 67 лет.

Младшая сестра, 35 лет – активная, легкомысленная, веселая, общительная, непредсказуемая. Вышла замуж в 20 лет неожиданно для своих близких за мужчину, выбор которого родственникам не был понятен, в том же

возрасте родила ребенка. Развелась спустя 6 лет оформила развод, жила с родителями, чем тяготилась. Улетела в Аргентину 9 лет назад, вышла замуж за мужчину, с которым познакомилась в сети интернет. Организовала там мастерскую по ремонту одежды.

Пациентка - Родилась в Барнауле. Беременность матери без особенностей. Родилась недоношенной (34 недели), по неизвестным причинам около суток ее не давали кормить матери. Со слов – был недобор веса. Раннее развитие соответствовало возрастным нормам. Перенесла краснуху без осложнений. Формировалась застенчивым, спокойным, впечатлительным ребенком, с раннего возраста любила читать. Пугалась событий, прочитанных в книге, или увиденных при просмотре телевизора. Боялась возможного наступления атомной войны, а увидев страшные картинки мучилась с кошмарами по ночам. Была привязана к отцу, с которым было проще найти общий язык. Имела несколько близких друзей. Несмотря на то, что была скромной и застенчивой могла постоять за себя, вступала в драку если кто-то обижал или поступал несправедливо, заступалась за сестру, если той что-то угрожало. ДДУ посещала в позднем дошкольном возрасте, находилась дома под присмотром матери. В детском саду адаптировалась средне, было сложно общаться с окружающими и воспитателями. Обучение в школе начала своевременно. Адаптировалась легко, хорошо успевала, общалась с несколькими одноклассницами. Свободное время проводила преимущественно за чтением книг. С 3 класса сочиняла стихотворения. В подростковом возрасте испытывала недостаток в общении с «умными людьми», ссорилась со школьными подругами по поводу их недостаточной эрудированности, одну из них старалась вовлечь в общественную жизнь. В старших классах заметила в себе тягу к искусству, любила театр, живопись, стала больше тяготеть к гуманитарным предметам – русский язык, литература. Окончив школу с серебряной медалью, поступила на филологический факультет в алтайский государственный университет. Успевала хорошо, нравилось учиться, стремилась научиться анализировать

тексты и систематизировать прочитанное. В коллективе адаптировалась хорошо, ладила с окружающими. После получения диплома поступила в аспирантуру на кафедру, куда приглашали преподаватели. Поначалу успешно собирала и анализировала материал, с обязанностями справлялась. В этот же период в возрасте 24 лет вышла замуж за рок-музыканта. Отношения в семье были сложные, во многих вопросах не было взаимопонимания, муж не хотел ребенка, заставлял жену принимать контрацептивы, контролировал это, уезжал надолго на гастроли. В семье часто происходили скандалы по причине измен супруга, отсутствия взаимопонимания и спустя 4 года (28 лет) был оформлен развод. Тогда же была вынуждена бросить аспирантуру в связи с организационными проблемами в вузе. После этих событий в течение года испытывала выраженное чувство бессилия, отсутствия энергии, не желала чем-либо заниматься, много плакала из жалости к себе, отдых не способствовал восстановлению, сон был поверхностным, стала неразборчивой в еде, ничего не готовила, без разбора питалась сухояткой, за год немного набрала в весе. Обращалась к психотерапевту, который выписал препарат, название которого пациентка не помнит. От приема медикаментов отказалась из-за недоверия к врачу. По совету знакомых стала занималась спортом (лыжи, плавание, бег). Справившись со своим состоянием, питала надежду восстановиться на кафедре, но, испытывая необходимость в более высоком заработке, занялась поиском работы. Поначалу устроилась секретарем в издательство, где, написав несколько заметок стала работать журналистом и в течение 4 лет профессионально росла, стала директором газеты. Нравилось быть начальником, налаживать производственные процессы, с легкостью могла справиться со сложными задачами (интервью с чиновниками), умела найти общий язык с вышестоящими, могла убедить в совершении серьезных решений (снять с печати статью, дискредитирующую крупного политика). Однако была смещена с должности по причине того, что начальство стало больше симпатизировать другому сотруднику. Спустя полгода переехала в Москву, чтобы работать в издательстве той же газеты в

Московском регионе. К жизни в новом городе адаптировалась с трудом, не могла привыкнуть к ритму, жила на съемной квартире вместе с двумя коллегами. С работой справлялась хорошо, успешно выполняла поставленные задачи. В возрасте 37 лет попала под сокращение, после чего снова испытывала чувство бессилия, безразличия ко всему, апатию, отсутствие чувства отдыха после сна. По совету знакомого принимала сертралин в дозировке 100 мг в сутки в течение 2 месяцев, благодаря чему стала бодрее, активнее, вернулись силы и вера в будущее. Устроилась на новую работу, где была довольна графиком и задачами. Хорошо справлялась с обязанностями, была начальником отдела. В возрасте 38 лет встречалась с молодым человеком, от которого хотела родить ребенка «для себя», но не получалось, чем была расстроена. В 40 лет вышла замуж. Отношения в семье доброжелательные, ровные, через полгода родила ребенка. Беременность с 1 угрозой выкидыша на позднем сроке, роды оперативным путем. Очень обрадовалась новому статусу, с удовольствием приняла на себя материнские обязанности, с которыми поначалу справлялась хорошо, кормила, убирала, купала. Муж активно участвовал в уходе за дочерью, однако в связи с возросшей занятостью не мог уделять семье должное внимание. Пациентка стала испытывать недостаток во сне и в отдыхе за полгода до обращения за помощью, стала тяготиться необходимостью постоянного наблюдения за ребенком, невозможностью отвлечься, расслабиться. Надеялась отдать ребенка в детский сад в группу сокращенного дня, чтобы иметь больше свободного времени, хотела частично восстановиться на работе, но получила известие о сокращении отдела. На фоне этого снова стала пассивной, плаксивой, бессильной, подавленной, с трудом справлялась с материнскими обязанностями, «все валилось с рук», сон стал поверхностным, часто просыпалась по ночам, беспокоило отсутствие чувства отдыха после сна, тошнота, снижение аппетита. Обратилась в службу психологической помощи, откуда была направлена в ПКБ им. Ю.В. Каннабиха.

Психическое состояние: Сознание не помрачено, ориентирована всесторонне верно. Выглядит старше своего возраста, астенического телосложения, одета опрятно, по фигуре, прическа короткая, аккуратно уложена. Носит цветные линзы, говорит, что «с трудом заставила привести себя в порядок». Выражение лица печальное, брови сведены, уголки губ опущены, мимика напряженная, морщит лоб. Позы и жестикация грацильные, театральные. Эмоционально лабильна. Плач нередко сменяется смехом со злой самоиронией. В беседу вступает охотно. Держится несколько отгорожено. Сидит, вальяжно скрестив руки, смотрит вдаль в окно. На вопросы отвечает после непродолжительных пауз, обстоятельно, витиевато, начиная издали, применяя множество метафор. Речь несколько замедлена по темпу, по типу монолога, на глазах появляются слезы при попытке перебить. Голос низкий, модулированный, тихий. Интонации драматические, сменяющиеся дрожью в голосе. Фиксирована на негативных событиях прошлого, как недавнего, так и отдаленного. Продолжительно плача, исчерпывающе рассказывает о сложных взаимоотношениях с первым мужем, акцентируя внимание на своей роли «жертвы», при этом спустя несколько минут воодушевленно рассказывает о своей «исключительной роли» в издательстве своего региона, снова переходя на плач при воспоминаниях о смерти одного из своих руководителей. Тяготеет возложенной ответственностью, связанной с семейной жизнью, чувствует себя «обремененной», «не знала, что будет так». Мышление замедлено по темпу с фиксацией на субъективно значимых переживаниях. Память и интеллект без выраженных нарушений. Острой психотической симптоматики не выявлено. Суицидальных тенденций нет. Критика достаточная.

Согласно изложенному состоянию пациентки определялось астено-депрессивной симптоматикой с ангедонией, фиксацией на негативных событиях прошлого, циничной самоиронией, эмоциональной лабильностью, инсомнией. Согласно анамнезу, личность пациентки характеризовалась истерическими чертами: театральность, артистичность, потребности в

поощрении со стороны, драматизации своих переживаний. В результате интервью пациентки по психометрическим шкалам депрессии ее состояние оценивалось в 26 баллов по MADRS и 18 баллов по HAM-D, что соответствовало «среднему» уровню депрессивного расстройства. Начало депрессии носит эндореактивный характер (28 лет). Однако в последующем более выраженно проявлялись черты аутохтонности. Всего больная перенесла 3 эпизода депрессии: 28 лет, 37 лет и 42 года. Между эпизодами депрессиями отмечались бессимптомные ремиссии.

При изучении психометрических данных пациентки С. отмечено, что уровень СФ был ниже порогового – по шкале Q-les-Q (32) и SDS (21) за счет неудовлетворенности пациенткой профессиональной занятостью (пункты «работа» по шкале SDS – «6», Q-les-Q – «2»), общественной и семейной жизнью, межличностными отношениями, сексуальным влечением, финансовым положением при относительно удовлетворительной оценке физического здоровья, жилищной ситуацией, зрением и способностью передвигаться. Объективно оцениваемый социальный статус пациентки по шкале PSP (68) и шкале социальной адаптации А.В. Рустановича (17) оценивался выше порогового за счет высокого уровня образования, наличия объективных причин для отсутствия профессиональной занятости, наличия широкого круга знакомств, с которыми пациентка поддерживала общение, но реже проявляла в этом инициативу.

В когнитивном профиле пациентки было отмечено снижение скорости выполнения заданий на память, внимание, скорости реакции («латентное время» - 6-7) при качестве их выполнения на «среднем» уровне - 5. При анализе величин исполнительных функций выявлено, что помимо снижения показателей скорости выполнения заданий у пациентки снижены качественные характеристики: показатели «теста Струпа» - 4, «динамичность» в тесте «функциональная подвижность нервных процессов» - 4, «точность» в «реакции на движущийся объект» - 4, «динамичность» в

«тесте частичного выбора» - 4. Помимо этого уровень «стрессоустойчивости» в «стресс-тесте» тоже был на уровне «ниже среднего» (4).

Диагноз: Рекуррентное депрессивное расстройство. Текущий эпизод средней степени с соматическими симптомами. F33.11.

Пациентке в амбулаторных условиях был назначен эсциталопрам 20 мг и, в связи с астеническими жалобами (истощаемость внимания, чувство усталости, эмоциональная лабильность), гопантевая кислота 1500 мг в сутки. Спустя 3 недели был получен терапевтический ответ, проявлявшийся в улучшении продолжительности и качества сна, снижении охваченности идеями «обремененности» материнскими обязанностями, пессимистических размышлений о своей дальнейшей профессиональной деятельности. После окончания 12 недель терапии пациентка высказывала жалобы на оставшееся ощущения «отсутствия живости эмоций», чувства «легкой подавленности», при этом невербальных признаков сниженного настроения не было выявлено. Перестала тяготиться наличием материнских обязанностей. Продолжая заниматься уходом за ребенком, частично вернулась к профессиональной деятельности по прежнему месту работы. Помимо этого, стала более инициативной, стала чаще общаться с друзьями и родственниками, теплей относиться к мужу. Таким образом психометрические величины депрессии редуцировались на 83,3% по MADRS и на 88,9% по HAM-D и составили 4 и 2 балла соответственно, что указывало на достижение ремиссии. Социальный статус пациентки восстановился на 23,5% по шкале PSP и имел показатель 84, на 29,4 % по шкале А.В. Рустановича (22). Вместе с социальным статусом у пациентки восстановился субъективно определяемый уровень качества жизни по шкале SDS на 61,1 %, составив 7 баллов, по Q-les-Q – на 71,8 % (55).

При оценке динамики когнитивных функций была отмечена нормализация скорости выполнения заданий на память, внимание, скорость реакции («латентное время» - 4). При изучении исполнительных функций было выявлено повышение качества выполнения заданий до уровня «выше среднего» (6) в «тесте Струпа», «тесте частичного выбора» (6), нормализация

«импульсивности» в тесте «функциональная подвижность нервных процессов» - 5, повышение «стрессоустойчивости» до порога «выше среднего» - 6.

Таким образом, применение антидепрессивной терапии в сочетании с ноотропными препаратами способствует более существенной редукции депрессивной симптоматики, выраженному улучшению КФ пациентов, в особенности показателей исполнительных функций, за счет чего значительно улучшается уровень социального функционирования и качества жизни пациентов

с

ДР.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальность исследования обусловлена необходимостью решения вопроса о влиянии непсихотических депрессивных расстройств на когнитивные процессы и социальное функционирование пациентов. Его уровень может быть одним из критериев тяжести депрессивного расстройства и его восстановление может быть отнесено к цели антидепрессивной терапии. Анализ литературных данных свидетельствует о том, что в настоящее время не разработан унифицированный психометрический метод оценки уровня социального функционирования и малоизучены его предикторы, одним из которых является когнитивное функционирование пациентов.

В связи с этим настоящее исследование направлено на определение особенностей когнитивных нарушений и их влияния на социальное функционирование у больных с непсихотическими депрессивными расстройствами, в результате которого планировалась разработка рекомендаций по оптимизации терапевтических мероприятий.

Для достижения цели были поставлены задачи, включавшие комплексную оценку социального функционирования больных с различными клиническими группами непсихотических депрессивных расстройств, и, с учетом выделенных наиболее значимых показателей, установление характера и степени влияния когнитивных нарушений на уровень социального функционирования. Помимо этого, в ходе исследования предполагалось оценить влияние антидепрессивной терапии на когнитивные нарушения и социальное функционирование пациентов и разработку практических рекомендаций по совершенствованию методов психофармакотерапии, направленное на улучшение социального функционирования больных.

В исследование были включены амбулаторные и стационарные больные трудоспособного возраста с первичным депрессивным эпизодом, рекуррентным депрессивным расстройством и дистимией, имеющие

соответствующие показатели психометрических шкал, давшие письменное согласие на проведение им обследования.

В ходе исследования были исследованы данные клинико-психопатологического анализа, психометрических методик, включавших две шкалы, направленных на оценку выраженности депрессии, две субъективные шкалы – для определения качества жизни пациентов и две объективные шкалы, позволяющие оценить социальный статус пациентов.

Для изучения когнитивных функций пациентов было проведено психодиагностическое исследование на аппаратно-программном комплексе «мультипсихометр». Набор тестовых методик неоднократно уточнялся при исследовании когнитивных функций пациентов с пограничными психическими расстройствами в Отделе пограничных расстройств и включал оценку памяти, внимания пациентов, их скорость реакции, психомоторных и исполнительных функций. Результаты обрабатывались посредством математико-статистического анализа.

По своему дизайну исследование являлось наблюдательным двухэтапным. Первый этап представлял собой поперечное, сплошное исследование (92 человека).

Второй этап являлся когортным проспективным исследованием. После оценки фоновых показателей в исследовании продолжили участие только те пациенты, которым монотерапия антидепрессантами группы СИОЗС (71 человек). В течение первых двух недель терапии производилась оценка динамики состояния пациентов, и в зависимости от характера и степени редукции депрессивной симптоматики могла происходить коррекция терапевтического воздействия путем добавления к терапии ноотропного препарата. Каждые две недели пациентам проводилось исследование по ранее упомянутым методам.

В связи с отсутствием рекомендаций относительно пороговых значений уровня социального функционирования, а также для выявления его целевого уровня были проведены психометрические исследования психически

здоровых лиц (группа контроля) на базе «Психоневрологического диспансера № 1». В данную группу были включены лица, добровольно прошедшие психиатрическое освидетельствование с целью выявления/исключения противопоказаний для управления транспортными средствами, владения оружием, оформления на работу, поступления в вуз и т.д. Ее составили 72 человека.

У большинства пациентов было выявлено рекуррентное депрессивное расстройство (44,5%) и отмечено преобладание пациентов с тоскливым (28,3%) и тревожным (26,1%) типом депрессии над другими видами.

Средняя длительность депрессивного расстройства в выборке составляла $48,9 \pm 66,1$ месяцев, у пациентов с первичным депрессивным эпизодом - $2,7 \pm 1,1$ месяцев, с рекуррентным депрессивным расстройством - $79,2 \pm 60,4$ месяцев, у исследуемых с дистимией состояние в среднем длилось $48,9 \pm 66,1$ месяцев. Данные о средних длительности и числе эпизодов показаны на слайде. Средние показатели шкал MADRS и HAM-D выше у пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством (MADRS= $26,0 \pm 4,6$; HAM-D= $24,2 \pm 5,5$) и меньше у пациентов с дистимией (MADRS= $21,2 \pm 5,3$; HAM-D= $19,6 \pm 3,4$).

Согласно статистическому анализу пациенты с депрессивным расстройством имели статистически значимое ухудшение показателей социального функционирования по всем шкалам по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$).

При оценке коррелятов социального функционирования при непсихотических депрессивных расстройствах в первую очередь была оценена его связь с выраженностью депрессивной симптоматикой. Была выявлена статистически значимая корреляция между результатами шкалы Гамильтона и показателями всех шкал, оценивающих уровень социального функционирования ($p < 0,05$). Показатели нарушения социального функционирования по шкалам Q-les-Q и PSP были менее чувствительны к

степени выраженности депрессивного расстройства по MADRS ($p > 0,1$), тогда как другие две шкалы корреляцию с этой шкалой проявили.

При сравнении средних показателей социального функционирования пациентов с различными нозологическими формами депрессии были выявлены более низкий уровень качества жизни у пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством по шкале Q-les-Q на статистически значимом уровне ($p < 0,05$) и более высокая степень нарушения социального функционирования по шкале SDS на уровне, близком к статистически значимому ($0,05 < p < 1$). Помимо этого, фактор трудовой занятости проявил статистически значимую взаимосвязь ($p < 0,05$) с результатами всех шкал и самоопросников, оценивающих уровень социального функционирования.

Относительно клинико-динамических характеристик депрессивного расстройства исследуемых пациентов была обнаружена связь, близкая к статистически значимой ($0,05 < p < 1$), между количеством эпизодов и результатами шкалы PSP и выявлена значимая связь между длительностью расстройства и степенью нарушения удовлетворенности жизнью пациентов по шкале Q-les-Q ($p < 0,05$).

В качестве одного из ведущих факторов, определяющих ухудшение уровня социального функционирования, были рассмотрены нарушения когнитивных функций. Для средних показателей памяти, скорости реакции, психомоторных функций характерна оценка «ниже среднего» для коэффициентов скорости выполнения заданий, что указывало на идеомоторную заторможенность пациентов.

При выполнении пациентами более сложных тестовых заданий, оценивающих регуляторные (исполнительные) функции и стрессоустойчивость, гораздо чаще выявлялись показатели «ниже среднего» и «низкого» уровней для показателей не только скорости, но и качества выполнения заданий, что свидетельствует о сниженной способности к целеполаганию, переработке информации, формированию новых навыков,

затруднении в принятии решений у пациентов с депрессивными расстройствами.

При изучении взаимосвязи когнитивных нарушений и снижения уровня социального функционирования выявлено, что большинство показателей социального функционирования сцеплены с результатами «латентности реакции» и «эффективности» тестов на память и внимание. Более выраженные корреляционные связи были выявлены между показателями СФ и исследованиями на более «сложные» когнитивные функции, определяющими не только скорость их выполнения. Снижение уровня этих показателей, согласно проведенному анализу, определяло уровень нарушения социального функционирования.

Антидепрессивная терапия в целом позволила достичь существенной редукции выраженности депрессивной симптоматики по обеим шкалам, и значительного улучшения показателей социального функционирования пациентов на статистически значимом уровне ($p < 0,05$).

Итоговые показатели Q-les-Q у пациентов, получавших терапию не имели статистически значимой разницы от группы контроля ($p > 0,1$), а результаты по Шкале социальной адаптации пациентов на статистически значимом уровне выше, чем у здоровых лиц ($p < 0,05$). Показатели шкал SDS и PSP пациентов результате терапии ниже, чем у группы контроля на статистически значимом уровне ($p < 0,05$).

В ходе терапии пациентов антидепрессантами группы СИОЗС при недостаточной редукции депрессивной симптоматики, а также при сохранении у них астенических нарушений, жалоб на снижение памяти, трудности сосредоточения, недостаточную продуктивность в профессиональной деятельности им дополнительно назначались ноотропные препараты. Таким образом, сформировались две терапевтические группы (1 группа – монотерапия СИОЗС, 2 группа – комбинированная терапия СИОЗС+ноотропные препараты).

В группе, принимавшей комбинированную терапию отмечена более выраженная редукция депрессивной симптоматики по обеим шкалам выраженности депрессивного расстройства, у всех пациентов она была более 50%, что подтверждено при статистическом анализе.

Пациенты, получавшие комбинированную терапию СИОЗС+ноотропный препарат, имели более высокие показатели улучшения качества жизни пациентов и восстановления социального статуса согласно динамике шкалы социальной адаптации, чем группа, принимавшая СИОЗС на статистически значимом уровне.

Согласно сравнению средних фоновых и итоговых величин было выявлено, что тимоаналептическая терапия позволяют повысить уровень когнитивного функционирования, по крайней мере, до среднего уровня. Однако более качественного эффекта удалось достичь посредством применения ноотропных препаратов. Было отмечено значительное улучшение до уровня "выше среднего" показателя латентного времени теста "корректирующей пробы".

Улучшение уровня исполнительных функций у пациентов, принимавших комбинированную терапию СИОЗС+ноотропный препарат, было статистически значимо ($p < 0,05$) выше по сравнению с больными, принимавшими монотерапию СИОЗС. Это свидетельствует о высокой эффективности применения ноотропной терапии на уровень когнитивного функционирования пациентов с депрессивными расстройствами, что в свою очередь, способствует и повышению уровня их социального функционирования.

ВЫВОДЫ

1. Когнитивный профиль больных с непсихотическими депрессивными расстройствами характеризуется идеомоторной заторможенностью и снижением показателей исполнительных функций при относительной сохранности уровня памяти и внимания. У больных с рекуррентным депрессивным расстройством выявляются наиболее выраженные когнитивные нарушения ($p < 0,05$), сочетающиеся с более низким уровнем показателей качества жизни ($p < 0,05$).
2. Нарушения социального функционирования пациентов с депрессивными расстройствами характеризуется ухудшением преимущественно в сферах профессиональной и бытовой деятельности, досуга, а также межличностных, в том числе и семейных отношений. Пациенты с астеническим и апатическим вариантами депрессии по сравнению с больными с тревожно-депрессивными и истеро-депрессивными расстройствами имеют более выраженные нарушения социального функционирования ($p < 0,05$), преимущественно, за счет низких показателей работоспособности и межличностных отношений.
3. Уровень социального функционирования больных с непсихотическими депрессивными расстройствами коррелирует с показателями исполнительных функций и зависит от выраженности идеаторной заторможенности. Пациенты, имеющие наиболее низкие показатели социального функционирования, отличаются более выраженным уровнем снижения всех показателей когнитивных функций ($p < 0,05$).
4. Применение антидепрессивной терапии способствует не только редукции депрессивной симптоматики, но и улучшению социального функционирования больных. Более качественному восстановлению уровня социального функционирования способствует достижение бессимптомной ремиссии депрессивного расстройства.

5. Применение ноотропных препаратов в комплексе с антидепрессивной терапией позволяет достигать существенной редукции депрессивной симптоматики и улучшения когнитивных, в том числе исполнительных, функций. Комбинированная терапия СИОЗС в сочетании с ноотропными препаратами способствует более выраженному восстановлению социального функционирования больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аведисова А.С. Ремиссия при терапии антидепрессантами: признак стабилизации состояния или признак снижения активности процесса? // Психиатрия и психофармакотерапия. 2008. Т. 10, № 2. С. 33-37.
2. Аведисова А.С., Спасова С.А. Влияние антидепрессантов на интеллектуально-мнестические функции как отражение их поведенческой токсичности. // Социальная и клиническая психиатрия. - 2000. - № 2. - С. 30-34.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М.: Медицина, 2000. 301 с.
4. Асанова А. А. Качество жизни, связанное со здоровьем больных депрессивными расстройствами // Вестник психиатрии и психотерапии. 2008. Т. 14, № 2. - С. 82-85.
5. Ахапкина В.И., Федин А.И., Аведисова А.С., Ахапкин Р.В. Эффективность фенотропила при лечении астенического синдрома и синдрома хронической усталости // Нервные болезни. – 2004 - № 3 – С. 28-32
6. Бачериков Н.Е. Философские вопросы психиатрии. Киев: Здоровье, 1985. 192 с.
7. Безнос С.А. Качество жизни геронтопсихиатрических больных, находящихся на стационарном лечении // Российский психиатрический журнал. 2007. № 4. С. 13-17.
8. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. 270 с.
9. Бобров А.Е. Методологические проблемы охраны психического здоровья. Философия укрепления здоровья нации: Материалы конференции. Под ред. А.И. Вялкова, Ю.М. Хрусталева, В.Д. Жирнова. // Российское философское общество – Москва – 2008 – С. 32-48.

10. Бобров А.Е., Курсаков А.А. Клинический полиморфизм депрессий и когнитивный дефицит // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. № 8 – С. 19-24
11. Бурковский Г.В. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: Пособие для врачей и психологов. СПб., 1998. 53 с.
12. Вертоградова О.П.: Депрессия как общемедицинская проблема // Медицина для всех. 1997. Т.2, № 4. С. 2 - 9.
13. Вид В.Д. Многомерный диагноз и оценка эффективности групповой психотерапии при шизофрении и шизотипальном расстройстве // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 1994. № 1. С. 46-53.
14. Вовин Р.Я. Клинические эффекты при психофармакологическом лечении / Р.Я. Вовин // Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных.-М.: Медицина, 1989.-С. 10-34.
15. Всемирная организация здравоохранения. Информационный бюллетень ВОЗ №369, 2012.
16. Всемирная организация здравоохранения. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Отчёт о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. Копенгаген, 2006. 185 с.
17. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, система-тика. М., 1933. 223 с.
18. Дмитриева Т.Д. Положий Б.С. Социальная психиатрия: современные представления и перспективы развития // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 1994. № 2. С. 39-49.
19. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. № 1. С. 19-22.
20. Канаева Л.С., Захарова К.В. Особенности ремиссий у больных депрессивными расстройствами при терапии антидепрессантами

- второго и третьего поколения // Российский психиатрический журнал. 2008. № 6. С. 77-83.
- 21.Каннабих Ю. В. История психиатрии. Л.: Государственное медицинское издательство, 1928. 559 с.
- 22.Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011. 432 с.
- 23.Марута Н.А. Восстановление социального функционирования – основная цель терапии депрессии // нейроNEWS. 2013. № 8. С. 16-19.
- 24.Мельникова Ю.В. Значение психопатологического диатеза для социальной адаптации больных эндогенными психическими заболеваниями: Автореф. дис. ... к-та. мед. наук. - СПб., 2008.
- 25.Михайлов Б. В. Депрессии как междисциплинарная проблема современной медицины // Архив психиатрии. 2004. Т. 10, № 1. С. 182-188.
- 26.Мосолов С.Н., Вертоградова О.П., Пантелеева Г.П. Эффективность и переносимость длительного применения тианептина (коаксила) при рекуррентной депрессии (российское многоцентровое исследование) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2006. Т. 11, № 2. С. 20-26.
- 27.Мосолов С.Н., Потапов А.В., Шафаренко А.А., Костюкова А.Б., Забелина И.Н. Валидизация стандартизированных клинико-функциональных критериев ремиссии при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21, № 3. С. 36–42.
- 28.Подкорытов В.С., Шестопалова Л.Ф., Скрынник О.В. Качество жизни детей и подростков с психическими расстройствами: проблема оценки // Социальная педиатрия. 2002. №. 1. С. 421-424.
- 29.Попов Ю.В. Этнические конфликты: психиатрия в обществе перемен // Обзор. психиат. и мед. психол. 1992. № 4. С. 5-10.
- 30.Рассказова Е.И. Методика оценки качества жизни и удовлетворенности: психометрические характеристики русскоязычной

- версии // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2012. Т. 9, № 4. С. 81–90.
31. Рустанович А.В. Многоосевая диагностика как составляющая гуманистических тенденций развития современной психиатрии // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний: Материалы конференции. — СПб., 2000. — С. 58-60.
32. Самойлова Д.Д. Медико-социологическое обоснование социализации больных при пограничных психических расстройствах: Автореф. дис. ... к-та. мед. наук. М., 2011.
33. Смулевич А.Б. Депрессия как общемедицинская проблема: вопросы клиники и терапии / А.Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2006. - Т. 8, № 3. - С. 4-10.
34. Степанов И.Л., Горячева Е.К. Гендерные особенности структуры депрессивного состояния и социального функционирования больных рекуррентным депрессивным и биполярным аффективным расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 1. С. 38-43.
35. Степанов И.Л., Горячева Е.К. Соотношение личностно-волевых особенностей, аффективного компонента и уровня социального функционирования больных депрессией // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21, № 2. с. 12–15.
36. Суровцева А.К. Клинико-психологическое исследование качества жизни больных депрессивными расстройствами: Автореф. дис. ... к-та. психол. наук. Томск, 2005.
37. Тювина Н.А. Современные представления о патогенезе депрессии и подходы к антидепрессивной терапии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2009. Т. 11, № 4. С. 35-38.

38. Федоров Н. В. Социальное функционирование больных с фармакорезистентными депрессивными расстройствами: Автореф. дис. ... к-та. мед. наук. СПб., 2011.
39. Царенко Д.М. Клинико-психопатологические особенности когнитивных нарушений при расстройствах тревожно-депрессивного спектра: Автореф. дис. ... к-та. мед. наук. М., 2012.
40. Чумаченко А.А. Проявления психопатологического диатеза у больных эндогенными психическими расстройствами: Автореф. дис. ... к-та. мед. наук. СПб., 2003.
41. Шамрей В.К., Марченко А.А., Краснов А.Ю. Резидуально-дефицитарные состояния при расстройствах невротического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 4.
42. Шмуклер А.Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных: автореф. дис ... докт. мед. наук / М., 1999. -423 с.
43. Abas M., Sahakian B., Levy R. Neuropsychological deficits and CT scan changes in elderly depressives // Psychol. Med. 1990. Vol. 20. P. 507-520.
44. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, 1987. 886 p.
45. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR. Washington, 2000. 943 p.
46. Angst J. Psychopharmacology of panic. New York: Oxford Medical Publications, 1993. 24 p.
47. Bauwens F., Tracy A., Pardoën D., Vander E. M., Mendlewicz J. Social adjustment of remitted bipolar and unipolar out-patients: a comparison with age- and sex-matched controls // Br. J. Psychiatry. 1991. Vol. 159. P. 239-244.
48. Billings A.G., Moos R.H. Psychosocial processes of remission in unipolar depression: comparing depressed patients with matched community controls. // J Consult Clin Psychol. - 1985 - № 53 - P. 314–325.

49. Biring E. Clinical, epidemiological, and functional neuroimaging perspectives on the association between depression and neurocognitive function. Bergen, 2006. 52p.
50. Briley M., Moret C. Improvement of social adaptation in depression with serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors // *Neuropsychiatr Dis Treat.* - 2010. - Vol. 6. - P. 647-655.
51. Cannon M., Caspi A., Moffitt T.E., Harrington H., Taylor A., Murray R.M., Poulton R. Evidence for early-childhood, pan-developmental impairment specific to schizophreniform disorder: results from a longitudinal birth cohort // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2002. Vol. 59, N 5. P. 449-456.
52. Corywell W., Scheffer W., Keller M., Endicott J., Maser J., Klerman G.L. The enduring psychosocial consequences of mania and depression // *Am. J. Psychiatry.* 1993. Vol. 150. P.720-727.
53. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders // *Bull. WHO.* 2000. Vol. 78, № 4. P. 413-426.
54. De Silva M.J., Cooper S., Li H.L., Lund C., Patel V. Effect of psychosocial interventions on social functioning in depression and schizophrenia: meta-analysis // *British Journal of Psychiatry.* – 2013. – Vol. 202. – P. 253–260.
55. Deckersbach T., Nierenberg A.A., Kessler R., Lund H.G., Ametrano R.M., Sachs G., Rauch S.L., Dougherty D. Cognitive rehabilitation for bipolar disorder: An open trial for employed patients with residual depressive symptoms // *CNS Neuroscience & Therapeutics.* 2010. Vol. 16, N 5. P. 298-307.
56. Dunn T. W. et al. Change in Psychosocial Functioning and Depressive Symptoms during Acute-Phase Cognitive Therapy for Depression // *Psychol. Med.* 2012. Vol. 42, N 2. P. 317-326.
57. Endicott J., Nee J., Harrison W. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure // *Psychopharmacology Bulletin.* – 1993 - № 29, Vol. 2. P. 321–326.

58. Furukawa T.A., Azuma H., Takeuchi H., Kitamura T., Takahashi K. 10-year course of social adjustment in major depression // *International Journal of Social Psychiatry*. –2010. – Vol. 57, No 5. – P. 501–508.
59. Furukawa T.A., Takeuchi H., Hiroe T., Mashiko H., Kamei K., Kitamura T., Takahashi K. Symptomatic recovery and social functioning in major depression // *Acta Psychiatr Scand*. 2001. Vol. 103. P. 257-261.
60. Fuster J.M. Frontal lobe and cognitive development // *J. Neurocytol*. – 2002 – Vol. 31. – P. 373–385.
61. Godard J., Baruch P., Grondin S., Lafleur M.F. Psychosocial and neurocognitive functioning in unipolar and bipolar depression: a 12-month prospective study // *Psychiatry Res*. – 2012. – Vol. 196, No 1. – P. 145–153.
62. Godard J., Grondin S., Baruch P., Lafleur M.F. Psychosocial and neurocognitive profiles in depressed patients with major depressive disorder and bipolar disorder // *Psychiatry Res*. 2011. Vol. 190, N 2-3. P. 244-252.
63. Goldstein, B.J., Ahmad, F., Ding, W. et al. Regulation of the insulin signalling pathway by cellular protein-tyrosine phosphatases // *Mol. Cell. Biochem*. – 1998. – Vol. 182, No 1. – P. 91–99.
64. Goodwin F.K. *Manic Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression* / F.K. Goodwin, K.R. Jamison. — 2nd ed. - N. Y.: Oxford University Press - 2007. - 1262 p.
65. Gualtieri C.T., Johnson L.G., Benedict K.B. Neurocognition in depression: patients on and off medication versus healthy comparison // *Subjects Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2006. Vol. 18. P. 217-225.
66. Gupta M. Understanding treatment-resistant depression: the complicated relationships among neurocognition, symptoms, and functioning // A thesis submitted to Department of Psychology in conformity with the requirements for the degree of Masters of Science. Kingston, 2011. 60 p.
67. Hamilton M. A rating scale for depression // *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 1960. Vol. 23. P. 56–62

- 68.Hammar A., Ardal G. Verbal memory functioning in recurrent depression during partial remission and remission-Brief report // *Front. Psychol.* 2013. Vol. 4. P. 652.
- 69.Hammen C., Marks T., Mayol A., DeMayo R. Depressive self-schemas, life stress, and vulnerability to depression // *J. Abnorm. Psychol.* 1985. Vol. 94. P. 308-319.
- 70.Healy D., McMonagle T. The enhancement of social functioning as a therapeutic principle in the management of depression // *J. Psychopharmacol.* 1997. Vol. 11, N 4. P. 25-31.
- 71.Hirschfeld R.M., Montgomery S.A., Keller M.B., Kasper S., Schatzberg A.F., Möller H.J., Healy D., Baldwin D., Humble M., Versiani M., Montenegro R., Bourgeois M. Social functioning in depression: a review // *J Clin Psychiatry.* - 2000. - Vol. 61, No 4. - P. 268-275.
- 72.Ishak W.W., Balayan K., Bresee C., Greenberg J.M., Fakhry H., Christensen S., Rapaport M.H. A descriptive analysis of quality of life using patient-reported measures in major depressive disorder in a naturalistic outpatient setting // *Qual Life Res.* - 2013. - Vol. 22, No 3. - P. 585-596.
- 73.Jaeger J., Berns S., Uzelac S., Davis-Conway S. Neurocognitive deficits and disability in major depressive disorder // *Psychiatry Res.* - 2006. - Vol. 29, No 145 (1). - P. 39-48
- 74.Judd L.L. Psychosocial Disability During the Long-term Course of Unipolar Major Depressive Disorder / L.L. Judd, H.S. Akiskal, P.J. Zeller et al. // *Arch. Gen. Psychiatry.* - 2000. - Vol. 57. - P. 375-380.
- 75.Judd L.L., Akiskal H.S., Schettler P.J., Endicott J., Leon A.C., Solomon D.A., Coryell W., Maser J.D., Keller M.B. Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2005. Vol. 62, N 12. P. 1322-1330.
- 76.Kasper, S.F. Pail, G. Milnacipran: a unique antidepressant // *Ann Pharmacother.* - 2010 –Vol. 44 No 9. – P. 1422-1429.

- 77.Katschnig H., Freeman H., Sartorius N. Quality of life in mental disorders. Chichester, 1997. 123 p.
- 78.Kennedy N., Foy K., Sherazi R., McDonough M., McKeon P. Long-term social functioning after depression treated by psychiatrists: a review // Bipolar Disord. 2007. Vol. 9, N 1–2. P. 25-37.
- 79.Kessler R.C., Akiskal H.S., Ames M. et al. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers // Am. J. Psychiatry. – 2006 – Vol.163, No 9 – P.1561-1568.
- 80.Knight M.J., Air T., Baune B.T. The role of cognitive impairment in psychosocial functioning in remitted depression // J. Affect. Disord. – 2018 – Vol. 235, N 9 – P.129-134
- 81.Kool S., Dekker J., Duijsens I., De Jonghe F., De Jong P., Schouws S. Personality disorders and social functioning in depressed patients // Social Behavior and Personality. 1999. Vol. 28, N 2. P. 163-175.
- 82.Kupfer D.J. The minimum length of treatment for recovery / D.J.Kupfer, E.Frank // Perspectives in psychiatry. - 1992. - Vol. 3. - P. 135-139.
- 83.Kuyken W., Orley J., Hudelson P., Sartorius N. Quality of life assessment across cultures // Int. J. Ment. Health. 1994. - Vol.23. N 2. P. 5-27.
- 84.Landrø N.I., Stiles T.C., Sletvold H. Neuropsychological function in nonpsychotic unipolar major depression // Neuropsychiatry Neuropsychol. Behav. Neurol. 2001. Vol. 14, N 4. P. 233-240.
- 85.Lehman A.F. Convergent validation of quality of life for persons with severe mental illnesses / L A.F.Lehman, L.T.Postrado, L.T.Rachuba // Quality of Life Research. - 1993. - Vol. 2, N 5. - P. 327-333.
- 86.Lehman A.F. Instruments for measuring quality of life in mental illness // Quality of life in mental disorders / H. Katschnig, H. Freeman, N. Sartorius (Eds.). – Chichester, 1997. – 123 p.
- 87.Lezak M.D., Howieson D.B., Loring D.W. et al. Neuropsychological assessment. 4th ed. New York: Oxford University Press, 2004 – 1021p.

88. Mauzer K.T., Bellack A.S., Morrison R.L., Wixlewd J.T. Social competence in schizophrenia premorbid adjustment social skill and domains of functioning // *J. Psychiatr. Res.* 1990. Vol. 24. P. 51–63.
89. Matsunaga M., Okamoto Y., Suzuki S., Kinoshita A., Yoshimura S., Yoshino A., Kunisato Y., Yamawaki S. Psychosocial functioning in patients with treatment-resistant depression after group cognitive behavioral therapy // *BMC Psychiatry.* 2010.
90. McIntyre R.S., Cha D.S., Soczynska J.K. Cognitive deficits and functional outcomes in major depressive disorder: determinants, substrates, and treatment interventions // *Depress Anxiety.* – 2013. – Vol. 30, No 6. – P. 515-527.
91. Mintz J., Mintz L.I., Arruda M.J., Hwang S.S. Treatments of depression and the functional capacity to work // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1992. Vol. 49, N 10. P. 761-768.
92. Montgomery S.A., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change // *Br. J. Psychiatry.* – 1979 - № 134. P. 382-389.
93. Morosini P. L., Magliano L., Brambilla L., Ugolini S. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning // *Acta Psychiatrica Scandinavica* – 2000 – Vol. 101 - P 323–329.
94. Murphy F.C., Sahakian B.J., Rubinsztein J.S., Michael A., Rogers R.D., Robbins T.W., Paykel E.S. Emotional bias and inhibitory control processes in mania and depression // *Psychol. Med.* 1999. Vol 29, N 6. P. 1307-1321.
95. Murray C.J.L., Lopez A.D., Jamison D.T. The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analyses and future directions // *Bulletin of the World Health Organization.* - 1994. - Vol. 72, No 36. - P. 495-508.
96. Naismith S.L., Longley W.A., Scott E.M., Hickie I.B. Disability in major depression related to self-rated and objectively-measured cognitive deficits: a preliminary study // *BMC Psychiatry.* – 2007. – Vol.17. – P. 7 – 32.

97. Nutt D.J. Relationship of neurotransmitters to the symptoms of major depressive disorder // *J Clin Psychiatry*. – 2008 – Vol. 69 – P. 4-7.
98. Paykel E., Weissman M. Social adjustment and depression: a longitudinal study // *Archives of General Psychiatry*. 1973. Vol. 28. P.659-663.
99. Paykel E.S., Brugha T., Fryers T. Size and burden of depressive disorders in Europe // *Eur. Neuropsychopharmacol*. 2005. Vol. 15, N 4, P. 411-423.
100. Porter R.J., Gallagher P., Thompson J.M., Young A.H. Neurocognitive impairment in drug-free patients with major depressive disorder // *Br. J. Psychiatry*. 2003. Vol. 182. P. 214-220.
101. Randenborgh A., Huffmeier J., Victor D. et al. Contrasting chronic with episodic depression: an analysis of distorted socio-emotional information processing in chronic depression // *J. Affect. Disord.* – 2012. – Vol. 2-3. – P. 178-184.
102. Ranjith G., Farmer A., McGuffin P., Cleare A.J. Personality as a determinant of social functioning in depression // *Journal of Affective Disorders*. 2005. Vol. 84. P.73-76.
103. Renner F., Cuijpers P., Huibers M.J. The effect of psychotherapy for depression on improvements in social functioning: a meta-analysis // *Psychol Med.* – 2014. – Vol. 28. – P. 1–14.
104. Robinson L.J., Thompson J.M., Gallagher P., Goswami U., Young A.H., Ferrier I.N., Moore P.B. A meta-analysis of cognitive deficits in euthymic patients with bipolar disorder // *Journal of Affective Disorders*. – 2006. – Vol. 93, No 1–3. – P. 105–115.
105. Rytsa H.J., Melartin T.K., Leskela U.S., Sokero T.P., Lestela-Mielonen P.S., Isometsa T. Functional and work disability in major depressive disorder // *J. NervMent Dis.* – 2005. – Vol. 193, No 3. – P. 189–195.

106. Rytsala H.J., Melartin T.K., Leskela U.S., Sokero T.P., Lestela-Mielonen P.S., Isometsa T. Functional and work disability in major depressive disorder // *J. Nerv. Ment. Dis.* 2005. Vol. 193, N 3. P. 189-195.
107. Sanchez C, Hyttel J. Comparison of the Effects of Antidepressants and Their Metabolites on Reuptake of Biogenic Amines and on Receptor Binding // *Cellular and Molecular Neurobiology* – 1999. – Vol. 19, No 4. – P. 467-489.
108. Seivewright H., Tyrer P., Johnson T. Persistent social dysfunction in anxious and depressed patients with personality disorder // *Acta Psychiatr Scand.* 2004. Vol. 109, N 2. P. 104-109.
109. Serretti A., Cavallini M.C., Macciardi F., Namia C., Franchini L., Souery D., Lipp O., Bauwens F., Smeraldi E., Mendiewicz J. Social adjustment and self-esteem in remitted patients with mood disorders // *European Psychiatry.* 1999. Vol. 14. P. 137-142.
110. Shallice T., Burgess P. The domain of supervisory processes and temporal organization of behavior // *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* – 1996. - Vol. 29, No 351. - 1405-1411.
111. Sheehan DV. The Sheehan Disability Scales. In *The Anxiety Disease and How to Overcome It.* New York: Charles Scribner and Sons. 1983. P. 151
112. Sherbourne C.D., Hays R.D., Wells K.B. Personal and psychosocial risk factors for physical and mental health outcomes and course of depression among depressed patients // *J. Consult. Clin. Psychol.* 1995. Vol. 63, N 3. P. 345-355.
113. Skodol A.E., Grilo C.M., Pagano M.E., Bender D.S., Gunderson J.G., Shea M.T., Yen S., Zanarini M.C., Mcglashan T.H. Effects of Personality Disorders on Functioning and Well-Being in Major Depressive Disorder // *J. Psychiatr. Pract.* 2005. Vol. 11, N 6. P. 363-368.
114. Spitzer R.L., Kroenke K., Linzer M., Hahn S.R., Williams J.B., de Gruy F.V., Brody D., Davies M. Health-related quality of life in primary

- care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study // *Jama*. 1995. Vol. 274, N 19. P. 1511-1517.
115. Stuss, D.T., Knight, R.T. (2002). Principles of frontal lobe function. New York: Oxford University Press, 2002. – 777p.
116. Tiihonen J., Haukka J., Henriksson M., Cannon M., Kieseppa, T., Laaksonen I., Sinivuo J., Lonnqvist J. Premorbid Intellectual Functioning in Bipolar Disorder and Schizophrenia: Results From a Cohort Study of Male Conscripts // *Am. J. Psychiatry*. 2005. Vol. 62. P. 1904-1910.
117. Ustun T. Mental illness in general health practice / T. Ustun , N. Sartorius // *An international study*. - 1995. - № 4. - P. 219-231.
118. Van Der Werf-Eldering M.J., Schouws S., Arts B., Jabben N. Cognitive dysfunction in bipolar disorder: determinants and functional outcome // *Tijdschr Psychiatr*. 2012. Vol. 54, N 8. P. 709-718.
119. Veiel H.A. Preliminary profile of neuropsychological deficits associated with major depression // *J. Clin. Exp. Neuropsychol*. 1997. Vol. 19, N 4. P. 587 - 603.
120. Verboom C.E., Sentse M., Sijtsma J.J., Nolen W.A., Ormel J., Penninx B.W. Explaining heterogeneity in disability with major depressive disorder: effects of personal and environmental characteristics // *J. Affect. Disord*. 2011. Vol. 132, N 1-2. P. 71-81.
121. Vittengl J.R., Clark L.A., Jarrett R.B. Deterioration in psychosocial functioning predicts relapse recurrence after cognitive therapy for depression // *Journal of Affective Disorders*. 2009. Vol. 112. P. 135-143.
122. Watkins P.C., Vache K., Verney S.P., Muller S., Mathews A.J. Unconscious mood-congruent memory bias in depression // *Abnorm. Psychol*. 1996. Vol. 105, N 1. P. 34-41.
123. Watson D., Weber K., Assenheimer J.S. et al. Testing a tripartite model: I. evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom subscales // *J. of Abnormal Psychology*. 1995. Vol. 1. P. 3-14.

124. Weissman M.M., Olfson M., Geleroff M.J., Feder A., Fuentes M. A Comparison of Three Scales for Assessing Social Functioning in Primary Care // *American psychiatric publishing*. 2001. Vol. 158, N 3. P. 460-466.
125. Wells K.B. et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study // *Jama*. 1989. Vol. 262. P. 914-919.
126. Wingo A.P., Baldessarini R.J., Compton M.T., Harvey P.D. Correlates of recovery of social functioning in type I and II bipolar disorder patients // *Psychiatry Res*. 2010. Vol. 177, N 1-2. P. 131-134.
127. Wingo A.P., Harvey P.D., Baldessarini R.J. Neurocognitive impairment in bipolar disorder patients: functional implications // *Bipolar Disord.* – 2009. – Vol. 11, No 2. – P. 113–125.
128. Wittchen H.U., Jacobi F., Rehm J., Gustavsson A., Svensson M., Jonsson B., Olesen J., Allgulander C., Alonso J., Faravelli C., Fratiglioni L., Jennum P., Lieb R., Maercker A., van Os J., Preisig M., Salvador-Carulla L., Simon R., Steinhausen H.C. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010 // *Eur. Neuropsychopharmacol*. 2011. Vol. 21, N 9. P. 655-679.
129. World Health Organization. Beta-1 Draft for Field Trials: International Classification of Impairments, Activities, and Participation: A Manual of Dimensions of Functioning and Disablement. Geneva. 1997.
130. World Health Organization. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: A Manual Relating to Classification of Consequences of Disease. Geneva. 1980.

Приложение 1. Шкала депрессии Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression, HAM-D, Hamilton M., 1960).

1. Депрессивное настроение (подавленность, безнадежность, беспомощность, чувство собственной малоценности):
 - 0- отсутствие;
 - 1- выражение указанного чувства только при прямом вопросе;
 - 2- жалоба высказывается спонтанно;
 - 3- определяется невербально (поза, мимика, голос, плаксивость);
 - 4- пациент выражает только эти чувства, как в высказываниях, так и невербально.
2. Чувство вины:
 - 0- отсутствие;
 - 1 - самоуничижение, считает, что подвел других;
 - 2 - чувство собственной вины, мучительные размышления о собственных ошибках и грехах;
 - 3 - настоящее заболевание расценивается как наказание, бредовые идеи виновности;
 - 4 - вербальные галлюцинации обвиняющего и/или осуждающего содержания, и/или зрительные галлюцинации угрожающего содержания;
3. Суицидальные намерения:
 - 0 – отсутствие;
 - 1 - чувство, что жить не стоит;
 - 2- желание смерти или мысли о возможности собственной смерти;
 - 3- суицидальные высказывания или жесты;
 - 4- суицидальные попытки.
4. Ранняя бессонница:
 - 0- отсутствие затруднений при засыпании;
 - 1- жалобы на эпизодические затруднения при засыпании (более 30 минут);

2- жалобы на невозможность заснуть каждую ночь.

5. Средняя бессонница:

0- отсутствие;

1- жалобы на беспокойный сон в течение всей ночи;

2- многократные пробуждения в течение всей ночи, подъем с постели.

6. Поздняя бессонница:

0- отсутствие;

1- раннее пробуждение с последующим засыпанием;

2- окончательное раннее утреннее пробуждение.

7. Работоспособность и активность:

0- отсутствие трудностей;

1- мысли и ощущение несостоятельности, чувство усталости и слабости, связанное с работой или хобби;

2- утрата интереса к работе или хобби, выраженная непосредственно в жалобах или опосредованно, через апатичность и нерешительность (чувство потребности в дополнительном усилии приступить к работе или проявить активность);

3- уменьшение реального времени проявления активности или снижение продуктивности;

4- отказ от работы вследствие настоящего заболевания.

8. Заторможенность (замедленность мышления и речи, нарушение способности концентрировать внимание, снижение моторной активности):

0- нормальная речь и мышление;

1- легкая заторможенность в беседе;

2- заметная заторможенность в беседе;

3- выраженные затруднения при проведении опроса;

4- ступор.

9. Ажитация:

0- отсутствие;

- 1- беспокойство;
- 2- беспокойные движения руками, теребление волос;
- 3- подвижность, неусидчивость;
- 4- постоянное перебирание руками, обкусывание ногтей, выдергивание волос, кусание губ.

10. Психическая тревога

- 0- отсутствие;
- 1- субъективное напряжение и раздражительность;
- 2- беспокойство по незначительным поводам;
- 3- тревога, выражающаяся в выражении лица и речи;
- 4- страх, выражаемый и без расспроса;

11. Соматическая тревога (сухость во рту, метеоризм, диспепсия, диарея, спазмы, отрыжка, сердцебиение, головные боли, гипервентиляция, одышка, учащенное мочеиспускание, повышенное потоотделение):

- 0- отсутствие;
- 1- слабая;
- 2- средняя;
- 3- сильная;
- 4- крайне сильная;

12. Желудочно-кишечные соматические симптомы:

- 0- отсутствие;
- 1- утрата аппетита, но с приемом пищи без сильного принуждения, чувство тяжести в животе;
- 2- прием пищи только с упорным принуждением, потребность в слабительных средствах или препаратах для купирования гастроинтестинальных симптомов;

13. Общие соматические симптомы:

- 0- отсутствие;
- 1- тяжесть в конечностях, спине, голове, мышечные боли, чувство утраты энергии или упадка сил;

2- любые резко выраженные симптомы;

14. Генитальные симптомы (Утрата либидо, менструальные нарушения):

0- отсутствие симптомов;

1- слабо выраженные;

2- сильно выраженные.

15. Ипохондрия:

0- отсутствие;

1- поглощенность собой (телесно);

2- чрезмерная озабоченность здоровьем;

3- частые жалобы, просьбы о помощи.

4- ипохондрический бред:

17. Потеря в весе:

А. По данным анамнеза:

0- отсутствие;

1- вероятная потеря в весе в связи с настоящим заболеванием;

2- явная (со слов) потеря в весе;

3- не поддается оценке.

Б. Если изменения в весе имеют место еженедельно:

0- менее 0,5 кг. в неделю;

1- более 0,5 кг. в неделю;

2- более 1 кг. в неделю;

3- не поддается оценке.

Приложение 2. Шкала депрессии Монтгомери-Асберг (Montgomery—Asberg Depression Rating Scale, MADRS, Montgomery S.A., Asberg M., 1979)

1.Объективные (видимые) признаки подавленности. Проявления угнетенности, уныния, отчаяния (более выраженных, чем при обычном временном снижении настроения) в речи, в мимике и позе. Оцениваются в соответствии с глубиной снижения настроения.

0 = отсутствие;

1 =

2 = выглядит подавленным, но настроение легко улучшается;

3 =

4 = выглядит подавленным и несчастным большую часть времени;

5 =

6 = выглядит крайне подавленным и угнетенным все время;

2.Субъективные признаки подавленности. Сообщение пациента о депрессивном настроении независимо от того, насколько оно проявляется внешними признаками. Включает упадок духа, угнетенность или чувство беспомощности и безнадежности. Оценивается в соответствии с интенсивностью, продолжительностью и степенью того, насколько, по описанию пациента, сниженное настроение связано с внешними событиями.

0 = эпизодическая подавленность, связанная с внешними обстоятельствами;

1 =

2 = печальное или подавленное настроение, легко поддающееся улучшению

3 =

4 = глубокое чувство угнетенности или уныния; настроение еще подвержено влиянию внешних событий

5 =

6 = постоянное и неизменное чувство подавленности, отчаяния или угнетенности

3. Внутреннее напряжение. Чувство болезненного дискомфорта, смятения, раздражения, психического напряжения, достигающего до паники, сильного страха или душевной боли.

0 = спокойное состояние; только чувство внутреннего напряжения;

1 =

2 = эпизодическое чувство раздражения или болезненного дискомфорта;

3 =

4 = постоянное чувство внутреннего напряжения, периодическая паника, преодолеваемая больным с большим трудом;

5 =

6 = неослабевающий крайне выраженный страх или душевная боль; непреодолимая паника;

4. Недостаточный сон. Уменьшение продолжительности или глубины сна в сравнении с привычными для пациента характеристиками сна.

0 = обычный сон

1 =

2 = незначительно затрудненное засыпание или несколько укороченный, поверхностный или прерывистый сон;

3 =

4 = укороченный сон, не менее 2 часов;

5 =

6 = менее 2-3 часов сна;

5. Снижение аппетита. Утрата аппетита. Оценивается в соответствии со степенью утраты желания поесть или усилий заставить себя принять пищу.

0 = нормальный или повышенный аппетит;

1 =

2 = несколько сниженный аппетит;

3 =

4 = отсутствие аппетита; пища не имеет вкуса;

5 =

6 = необходимость принуждения для приема пищи;

6.Нарушение концентрации внимания. Трудности собраться с мыслями вплоть до утраты способности сконцентрироваться. Оценивается в соответствии с интенсивностью, частотой и степенью утраты способности концентрировать внимание.

0 = нет нарушений концентрации;

1 =

2 = эпизодически трудно собраться с мыслями;

3 =

4 = затруднения концентрации и длительного сосредоточения со снижением способности читать или поддерживать разговор;

5 =

6 = утрата способности читать или участвовать в разговоре без значительных усилий;

7.Апатия. Затруднения начать какую-либо деятельность или замедленность начала и выполнения повседневной деятельности.

0 = отсутствие затруднения начать какую-либо деятельность; отсутствие замедленности;

1 =

2 = затруднения начать какую-либо деятельность;

3 =

4 = затруднения начать простую повседневную деятельность, выполнение которых требует дополнительных усилий;

5 =

6 = полная апатия; неспособность выполнить что-либо без посторонней помощи;

8. Утрата способности чувствовать. Субъективное ощущение снижения интереса к окружающему или деятельности, обычно доставляющим удовольствие. Снижение способности адекватно эмоционально реагировать на внешние события или людей.

0 = нормальный интерес к окружающему и людям;

1 =

2 = снижение способности получать удовольствие от того, что обычно интересно;

3 =

4 = утрата интереса к окружающему; утрата чувств к друзьям и знакомым;

5 =

6 = ощущение эмоционального паралича, утраты способности испытывать гнев, печаль или удовольствие, полной или даже болезненной утраты чувств к близким и друзьям;

9. Пессимистические мысли. Идеи собственной вины, малоценности, самоуничтожения, греховности или раскаяния.

0 = отсутствие пессимистических мыслей;

1 =

2 = эпизодические идеи неудачливости в жизни, самоуничтожения или малоценности;

3 =

4 = постоянное самообвинение или конкретные, но еще рациональные, идеи виновности или греховности; нарастающая пессимистическая оценка будущего;

5 =

6 = бредовые идеи полного краха, раскаяния или неискупимого греха; абсурдное и непоколебимое самообвинение;

10.Суицидальные мысли. Чувство, что жить больше не стоит, что естественная смерть – желаемый исход; суицидальные мысли и приготовления к самоубийству.

0 = жизнь приносит удовольствие или воспринимается такой, какая она есть;

1 =

2 = усталость от жизни; эпизодические мысли о самоубийстве;

3 =

4 = возможно лучше умереть; суицидальные мысли становятся привычными, а самоубийство рассматривается как возможный способ решения проблем при отсутствии конкретных суицидальных планов или намерений;

5 =

6 = конкретное планирование совершения самоубийства при первой возможности; активные приготовления к самоубийству.

Приложение 3. Шкала социально-ориентированного и социального функционирования (Personal and Social Performance Scale, PSP, Mauzer K.T., Bellack A.S., Morrison R.L, 1990).

Оцените, пожалуйста, больного в соответствии с уровнем нарушения функционирования, наблюдавшимся у него/нее за последние 7 дней.

В этой шкале оцениваются нарушения в 4 –х основных областях функционирования:

		Отсутствует	Слабое	Заметное	Значительное	Сильное	Очень сильное
a)	социально полезная деятельность; включая работу и учебу	[]	[]	[]	[]	[]	[]
b)	отношения с близкими и прочие социальные отношения	[]	[]	[]	[]	[]	[]
c)	самообслуживание	[]	[]	[]	[]	[]	[]
d)	беспокоящее и агрессивное поведение	[]	[]	[]	[]	[]	[]

ИНСТРУКЦИЯ ПО ВЫСТАВЛЕНИЮ БАЛЛОВ ПО ШКАЛЕ PSP:

100-91	Полноценное функционирование во всех четырех основных областях. Положительные качества больного высоко оцениваются окружающими, он успешно справляется с повседневными проблемами, его интересы и деятельность разнообразны
90-81	Хороший уровень функционирования во всех четырех основных областях, наличие лишь таких проблем или затруднений, с которыми сталкиваются все люди
80-71	Небольшие затруднения в одной или более областях a-c
70-61	Заметные, но не достигающие значительного уровня затруднения в одной или

	более областях a-c или небольшие проблемы в области d
60-51	Значительные затруднения в одной из областей a-c или заметные проблемы в области d
50-41	Значительные затруднения в двух или более чем в двух областях a-c , или сильно выраженные затруднения в одной из областей a-c , сопровождающиеся или не сопровождающиеся заметными проблемами в области d
40-31	Сильно выраженные затруднения в одной и значительные затруднения, по крайней мере, в одной из областей a-c , или значительные проблемы в области d
30-21	Сильно выраженные затруднения в двух областях a-c или сильно выраженные проблемы в области d , сопровождающиеся или не сопровождающиеся нарушениями в областях a-c
20-11	Сильно выраженные нарушения во всех областях a-d или очень сильно выраженные проблемы в области d , сопровождающиеся или не сопровождающиеся нарушениями в основных областях a-c . Если больной реагирует на внешние стимулы, он попадает в интервал 20-16 баллов; если нет, то – в интервал 15-11 баллов.
10-1	Аспонтанность в сочетании с грубейшими нарушениями поведения без опасности для жизни больного (баллы 6-10) или с опасностью для жизни больного, например, угроза гибели вследствие голодания, обезвоживания, инфекций, неспособности оценить опасную ситуацию (баллы 5-1).

Приложение 4. Шкала социальной адаптации Рустановича А.В. (Рустанович А.В., 1998).

СХЕМА ОЦЕНКИ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ

Образование

- 1 - 10 (11) классов и менее
- 2 - 8 (9) классов и ПТУ, 10 (11) классов и ПТУ
- 3 - среднее - специальное (техникум), незаконченное высшее
- 4 - высшее
- 5 - высокое (два высших, ординатура, аспирантура, и пр.)

Работа(учеба)

- 1 - в течение длительного времени не работает
- 2 - не работает периодически (без объективных причин)
- 3 - характер работы не соответствует образованию (без достаточной материальной компенсации) либо категорически не устраивает больного
- 4 — благополучный профессиональный статус
- 5 - высокопродуктивное, творческое отношение к работе

Семейные отношения

- 1 — крайнее неблагополучие
- 2 - отчетливое неблагополучие
- 3 - «неустойчивое равновесие»
- 4 — благополучное положение
- 5 — «полная гармония»

Межличностные отношения

- 1 - «жизнь в себе»
- 2 - общение в значительной степени определяется ситуационно значимыми факторами либо болезненными мотивами

- 3 - субъективно переживаемая недостаточность общения либо объективно узкий круг общения
- 4 - благополучное положение
- 5 — широкий круг эмоционально дифференцированных контактов

Досуг

- 1 - полностью определяется спецификой болезненного процесса
- 2 - отчетливо изменен заболеванием
- 3 - незначительное сужение круга интересов
- 4 - соответствует образовательному уровню и преморбидному личностному потенциалу
- 5 - глубокие (или разнообразные) увлечения

Общее отношение к жизни

- 1 - отчетливые суицидные установки или намерения
- 2 - устойчивые отчетливая апатия, глубокий пессимизм
- 3 - преходящие ситуационно или психогенно обусловленные безучастность, равнодушие, отчаяние и т. п.
- 4 — типичное для социума больного
- 5 — оптимистичный (но адекватный) и деятельный подход

Приложение 5. Опросник по оценке нетрудоспособности Шихана (Sheehan Disability Scale, SDS, Sheehan D., 1983).

Работа (профессиональная жизнь):

На данный момент, насколько Ваши проблемы отражаются на Вашей работе (затрудняют ее)?



Общественная жизнь и досуг:

На данный момент, насколько Ваши проблемы отражаются на Вашей общественной жизни и досуге?



Семейная жизнь и обязанности:

На данный момент, насколько Ваши проблемы отражаются на Вашей семейной жизни и семейных обязанностях?



