

Секция «28.4 Клиническая психология (патопсихология, психосоматика и психология телесности)»

Особенности когнитивной сферы при депрессиях с высоким риском развития психоза в сравнении с непсихотическими и постпсихотическими депрессиями

Научный руководитель – Рупчев Георгий Евгеньевич

Шульгина Д.И.¹, Кафаров Е.Р.²

1 - Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, Факультет психологии, Кафедра нейро-и патопсихологии, Москва, Россия, *E-mail: dshshulgina@gmail.com*; 2 - Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, Факультет психологии, Кафедра нейро-и патопсихологии, Москва, Россия, *E-mail: Kafarov.e@yandex.ru*

Когнитивные функции при шизофрении обладают специфическими преморбидными особенностями, что указывает на их значимую роль в развитии эндогенного психоза. Обнаруживается значимая связь между «горячими» (связанными с эмоциональной и мотивационной сферами) исполнительными функциями и степенью выраженности аттенуированных психотических симптомов (АПС) [7].

Тяжесть когнитивного дефицита в группе пациентов с высоким риском развития психоза (clinical high risk, CHR) находится в промежутке между условно здоровыми лицами и пациентами с первым эпизодом психоза (first-episode psychosis, FEP) по показателям зрительной рабочей и вербальной памяти, исполнительных функций, визуально-пространственных навыков, скорости обработки информации и контроля [5,6].

Для всех пациентов с первым эпизодом характерно существенное снижение избирательности познавательной деятельности и социальной перцепции, преобладание ползависимого стиля, а также общее снижение мотивационно-потребностной и эмоционально-личностной сфер [1,2], тогда как при аффективной патологии эти параметры остаются более сохранными [3].

В исследовании приняли участие 115 пациенток отделения №3 (женское) клиники ФГБНУ НЦПЗ: 44 пациентки с депрессией без психотических симптомов (NPD); средний возраст – 19,68 лет, SD=3,55; 46 пациенток с депрессией с симптомами высокого риска психоза (CHR); средний возраст – 18,13 лет, SD=1,95; 25 пациенток с депрессивным состоянием после первого психотического эпизода (FEP). Все пациентки находились на стационарном лечении и принимали стандартную психофармакотерапию.

Когнитивные функции оценивались с помощью краткой шкалы оценки когнитивных функций при шизофрении (BACS [4]), субтестов «Сходства», «Недостающие детали» теста Векслера [9], методики «Интерпретация пословиц». Также оценивалась сформированность мотива экспертизы по шкалам: Рапорт, Кооперативность, Усилие [8]. Для обработки количественных данных использовались корреляционный анализ с использованием коэффициента ранговой корреляции ρ -Спирмена, U -критерий Манна-Уитни, преобразование Фишера. Статистический анализ производился в программной среде R Project.

Пациентки с CHR демонстрировали значимо более выраженный когнитивный дефицит (т.е. более низкий композитный балл BACS) по сравнению с группой NPD ($W=1290$; $p=0,025$), но менее выраженный в сравнении с пациентками с FEP ($W=777,5$; $p=0,015$).

Пациентки с NPD лучше справлялись с интерпретацией пословиц, чем пациентки с психотическими симптомами (CHR ($W=606$; $p=0,020$), FEP ($W=304$; $p=0,033$)). Успешность выполнения методики «Интерпретация пословиц» во всех трех группах связана с композитным баллом BACS: для NPD ($r=-0,330$; $p=0,035$), для CHR ($r=-0,316$; $p=0,041$), для FEP ($r=-0,455$; $p=0,033$).

Исследование сформированности мотива экспертизы показало, что по общему уровню мотивации пациентки NPD значительно отличаются от группы CHR ($W=940$; $p<0,001$), которые показывают существенно более низкий уровень мотива экспертизы. В группе FER выполнение батареи ВАСС не связано с уровнем сформированности мотива экспертизы. У пациентов группы CHR сформированность мотива экспертизы связана как в целом с композитным баллом ВАСС ($r=0,355$; $p=0,036$). У пациентов с NPD мотив экспертизы больше связан с когнитивными тестами: с композитным баллом ($r=0,588$; $p<0,001$), скоростью обработки информации ($r=0,560$; $p<0,001$), а также с субтестами на моторные функции ($r=0,366$; $p=0,028$) и «Шифровка» ($r=0,548$; $p=0,001$).

Когнитивный дефицит при высоком психотическом риске у пациентов с депрессией занимает промежуточное положение между непсихотическими аффективными расстройствами и депрессиями, развившимися после перенесенных психозов. Полученные данные свидетельствуют о том, что часть когнитивных симптомов никак не связана с позитивной симптоматикой, а является результатом нейрокогнитивных изменений, развившихся еще на доманифестном этапе эндогенного процесса.

Мотив экспертизы в группе CHR формируется тяжелее, чем в других группах, но сохраняет связность с когнитивными функциями, в отличие от постпсихотических состояний – существенное нарушение связей между мотивационным компонентом психической деятельности и когнитивными функциями возникает после манифестации психоза. Таким образом, природа когнитивных нарушений до манифестации психоза не связана исключительно с искажением мотивационно-потребностной сферы.

Источники и литература

- 1) Каледа, В.Г., Мелешко, Т.К., Критская, В.П., Бархатова, А.Н. (2007). Патопсихологические особенности больных, перенесших манифестный приступ юношеского эндогенного психоза (клинико-психологический анализ). *Психиатрия*, 1(25), 27-33.
- 2) Критская, В. П., & Мелешко, Т.К. (2009). Патопсихологический синдром шизофренического дефекта. *Психиатрия*, 2(38), 7-15.
- 3) Мелешко, Т.К., Критская, В.П., Олейчик, И.В., & Копейко, Г.И. (2007). Патопсихологические особенности больных с эндогенными депрессиями юношеского возраста. *Психиатрия*, 6(30), 17-25.
- 4) Саркисян, Г. Р., Гурович, И. Я., & Киф, Р. С. (2010). Нормативные данные для российской популяции и стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (ВАСС). *Социальная и клиническая психиатрия*, 20(3), 13-19.
- 5) Haining, K., Matrunola, C., Mitchell, L., Gajwani, R., Gross, J., Gumley, A. I., Lawrie, S. M., Schwannauer, M., Schultze-Lutter, F., & Uhlhaas, P. J. (2020). Neuropsychological deficits in participants at clinical high risk for psychosis recruited from the community: relationships to functioning and clinical symptoms. *Psychological medicine*, 50(1), 77–85. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003975>
- 6) Liu, C. C., Hua, M. S., Hwang, T. J., Chiu, C. Y., Liu, C. M., Hsieh, M. H., Chien, Y. L., Lin, Y. T., & Hwu, H. G. (2015). Neurocognitive functioning of subjects with putative pre-psychotic states and early psychosis. *Schizophrenia research*, 164(1-3), 40–46. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2015.03.006>
- 7) MacKenzie, L. E., Patterson, V. C., Zwicker, A., Drobinin, V., Fisher, H. L., Abidi, S., Greve, A. N., Bagnell, A., Propper, L., Alda, M., Pavlova, B., & Uher, R. (2017). Hot and cold executive functions in youth with psychotic symptoms. *Psychological medicine*, 47(16), 2844–2853. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001374>

- 8) Strauss, E., Sherman E. M. S., Spreen O. (2006). Wisconsin Card Sorting Test. A Compendium of Neuropsychological Tests: Administration, Norms, and Commentary. Oxford: Oxford University Press. P. 526—545.
- 9) Wechsler, D., Coalson, D. L., & Raiford, S. E. (2008). WAIS-IV technical and interpretative manual. SanAntonio, TX: Pearson