
PŮVODNÍ PRÁCE

Profil a dynamika kognitivního výkonu při léčbě antidepressivy (Pilotní studie)

Navrátilová P., Češková E., Příkryl R., Kučerová H.

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno,
přednostka prof. MUDr. E. Češková, CSc.

SOUHRN

Depresivní onemocnění je často doprovázeno narušením kognitivních funkcí, tzv. kognitivním deficitem. Ukázalo se, že po úspěšné antidepressivní léčbě dochází k částečnému zlepšení kognitivního deficitu, nicméně i přesto zůstávají kognitivní funkce parciálně narušeny. Tato studie zjišťovala profil a dynamiku kognitivního výkonu u pacientů s depresivní poruchou. Výsledky naznačily pozitivní vliv antidepressivní léčby na kognitivní výkon. Ukázalo se rovněž, že reaktivita na léčbu může mít souvislost s dynamikou kognitivního deficitu.

Klíčová slova: deprese, kognitivní výkon, kognitivní deficit, dynamika kognitivního deficitu, antidepressiva.

SUMMARY

Navrátilová P., Češková E., Příkryl R., Kučerová H.:
Profile and Dynamics of Cognitive Performance in Antidepressant Treatment

Depressive disorder is frequently associated with cognitive deficit. There was presented partial improvement of cognitive deficit after antidepressant treatment. Certain impairment of cognitive functions outlasts. This study investigated the profile and dynamics of cognitive performance of patients with depressive disorder. The results indicated positive influence of antidepressant treatment on cognitive performance. The treatment response may be associated with the dynamics of cognitive dysfunction.

Key words: depression, cognitive performance, cognitive deficit, dynamics of cognitive deficit, antidepressant treatment.

Čes. a slov. Psychiat., 103, 2007, No. 4, pp. 168–174.

ÚVOD

Kognitivní deficit, jakožto významný rozměr depresivní poruchy, byl opakovaně výzkumně doložen a ukázalo se, že se objevuje u velké skupiny pacientů. Z početného množství výzkumných studií, jež se touto problematikou zabývaly, jmenujme zejména metaanalýzu 13 studií, provedenou Veielem a spol. [16]. Tito autoři jasně doložili rozsáhlé narušení kognitivního výkonu u pacientů s depresivní poruchou téměř ve všech sledovaných kognitivních kategoriích. Jako nejvíce narušené se ukázaly exekutivní funkce. Rovněž například Ravnkilde a spol. [12] souhlasně potvrdili rozsáhlé narušení kognitivních funkcí u pacientů s depresivní poruchou. Studie uvádějí, že přibližně u 50 % pacientů můžeme očekávat deficit exekutivních funkcí, u asi 15 % pacientů se objevuje narušení

paměťových funkcí, vizuomotorických schopností a verbální fluence a rovněž narušení pozornosti bývá časté, i když frekvence jeho výskytu je spíše nejednoznačná [16, 12, 1]. Ukazuje se, že kognitivní deficit má globální a difuzní charakter s vyšším zapojením frontálních laloků [15, 16]. Jako narušené funkce se uvádějí: pozornost, vnímání, paměť, usuzování, řeč a v neposlední řadě exekutivní funkce [1, 16].

Dynamiku kognitivního deficitu ovlivňují zejména dva hlavní faktory, a to druh medikace a reaktivita na léčbu. Zatímco prvním okruhu faktorů je věnováno velké množství pozornosti a zjišťují se účinky jednotlivých generací antidepressiv na kognitivní deficit [6], studií, jež by se zajímaly o vliv reaktivity na kognitivní deficit je spíše minimum a tento faktor je sledován mnohem méně. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli věnovat se právě této problematice.

Výzkumy naznačují, že u pacientů, kteří na léčbu úspěšně zareagují (respondéři), dochází k významnějšímu zlepšení jejich kognitivních funkcí, než u pacientů, kteří na léčbu neodpoví (nonrespondéři) [3]. Např. Dunkin [4] zjistil přetrvávající exekutivní dysfunkci ve vztahu k nonrespondérství. I po úspěšné antideresivní léčbě nedochází k úplné úpravě kognitivního deficitu. Ukazuje se spíše, že úprava kognitivních funkcí následuje s určitým časovým zpožděním zlepšení depresivní symptomatiky [10]. I v samotné remisi pak přetrvává deficit určitých parametrů kognitivních funkcí [5].

Na našem pracovišti se zabýváme vyšetřováním kognitivních funkcí u pacientů s depresivní poruchou již delší dobu a můžeme proto vycházet z vlastních zkušeností [7, 11].

METODIKA

Cíle studie

V naší studii jsme zvolili několik dílčích cílů:

1. Všeobecné zmapování profilu kognitivních funkcí před léčbou.
2. Zmapování dynamiky kognitivního výkonu u celého souboru pacientů.
3. Zjištění dynamiky kognitivního výkonu ve vztahu k reaktivitě na léčbu.

Soubor

Výzkumný soubor tvořilo 15 pacientů, mužů s dg. F.32 (depresivní fáze) a F.33 (periodická depresivní porucha) dle výzkumných kritérií MKN-10. Jejich průměrný věk byl 48,3 let. Výzkum byl proveden na Psychiatrické klinice Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno-Bohunice. Do studie byli zařazeni pacienti, kteří přišli na naše pracoviště ve vymezeném časovém období a splňovali podmínky pro zařazení do studie. Užitá medikace byla následující: 9 pacientů mělo antidepresiva III. generace (SSRI) a 6 pacientů antidepresiva IV. generace (milnacipram).

Použité metody a sběr dat

Pacienti byli vyšetřeni komplexní neuropsychologickou testovou baterií zaměřenou na zmapování kognitivních funkcí. Baterie byla administrována dvakrát, a to před léčbou antidepresiv a během ní v 28. den léčby (toto druhé měření je dále klasifikováno jako měření „po léčbě“, s vědomím, že antidepresivní léčba probíhala i nadále, pacienti však již nebyli výzkumně sledováni). Baterie postihovala všechny základní, běžně měřené kognitivní domény. Konkrétně se jednalo o tyto testy:

- Ravenovy progresivní matrice. Měření orientační intelektové úrovně (verze tužka-papír). Měření provedeno pouze před léčbou.

- Wechsler Memory Scale III (WMS III). Zmapování komplexních paměťových funkcí (verze tužka-papír).
- Wisconsinský test třídění karet (Wisconsin Card Sorting Test; WCST). Měření exekutivních funkcí (počítačová verze).
- Test cesty (část A, část B) (Trail Making Test, TMT). Vyšetření pozornosti, psychomotorického tempa a vizuomotorické koordinace (verze tužka-papír).
- Test setrvalé pozornosti (Continuous Performance Test, CPT).
- Stoopův test (Color Word test, CW). Oba testy pro vyšetření pozornostních funkcí (počítačová verze).
- Test verbální fluence (VFT). Zjištění verbální fluence (verze tužka-papír).

U pacientů byla dále sledována reaktivita na léčbu, a to prostřednictvím CGI (Clinical global impression). Podle hodnoty jeho druhé položky byli pacienti rozděleni do dvou podskupin, a to podskupiny respondérů (10 pacientů) a podskupiny nonrespondérů (5 pacientů). Jako respondéři byli pacienti označeni, pokud jejich CGI po léčbě mělo hodnotu 1 a 2. Do skupiny nonrespondérů pak byli zařazeni pacienti s hodnotou CGI po léčbě 3 a vyšší. Hodnocení CGI prováděl atestovaný lékař.

Zpracování dat

Získaná data byla zpracována pomocí statistického programu SPSS 11,5 for Windows. Vzhledem k povaze analyzovaných dat bylo použito neparametrických testů. Konkrétně se jednalo o Mann-Whitneyův U test, Wilcoxonův párový test, frekvenční tabulky a metody popisné statistiky pro zjištění středních hodnot a velikosti standardních směrodatných odchylek.

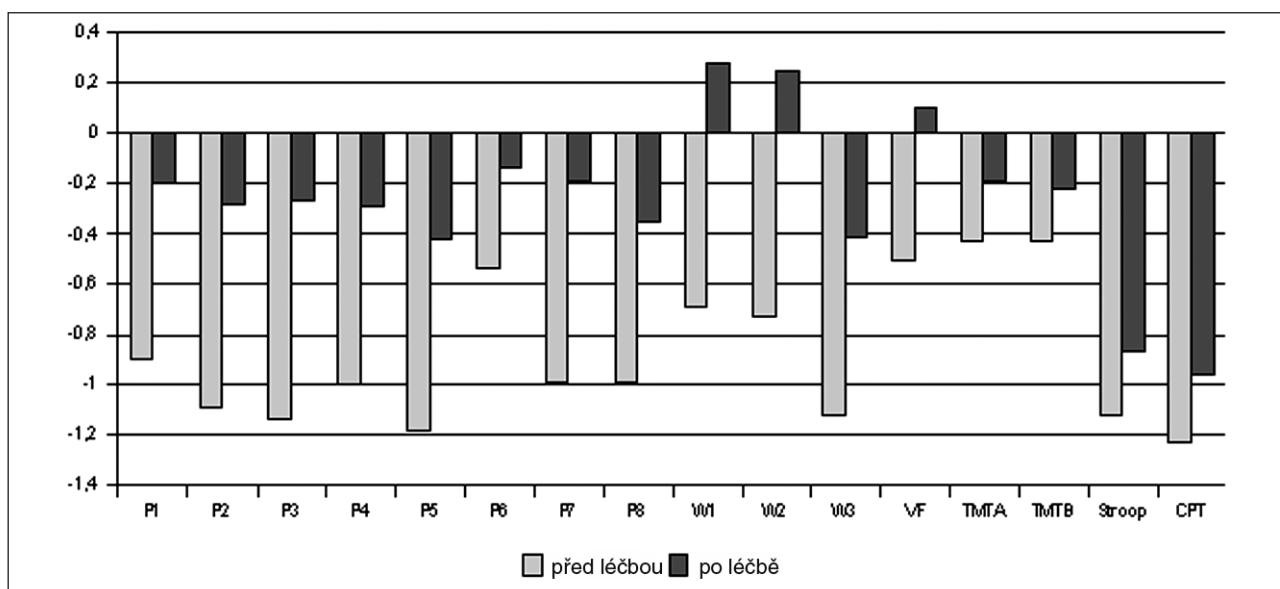
VÝSLEDKY

1. Zmapování profilu kognitivního výkonu před a po léčbě

V grafu 1 je znázorněn profil kognitivního výkonu před léčbou a po ní. Výsledky jsou zobrazeny jako hodnoty standardních skóru, o které se lišil výkon sledovaného souboru v jednotlivých testech od průměrného výkonu zdravé populace.

2. Dynamika kognitivního výkonu u celého souboru

Zjišťovali jsme, zda se u celého souboru objeví rozdíly ve výkonu v jednotlivých testech měřených před léčbou a po léčbě. Předpokládali jsem zlepšení výkonu. Statisticky signifikantní zlepšení nastalo po léčbě u těchto testů: Wechsler Memory Scale III, u všech subtestů (Bezprostřední sluchová paměť $p=0,002$; Bezprostřední zraková paměť $p=0,001$; Bezprostřední paměť $p=0,001$; Oddálená



Graf 1. Profil kognitivního výkonu u celého souboru.

Legenda: P1 – Bezprostřední sluchová paměť, P2 – Bezprostřední zraková paměť, P3 – Bezprostřední paměť, P4 – Oddálená sluchová paměť, P5 – Oddálená zraková paměť, P6 – Oddálené sluchové znovupoznání, P7 – Všeobecná paměť, P8 – Pracovní paměť, W1 – WCST Perseverativní odezvy, W2 – WCST Perseverativní chyby, W3 – WCST Odezvy na konceptuální úroveň, VF – Slovní plynulost, TMTA – Test cesty část A, TMTB – Test cesty část B, Stroop – Stroopův test, CPT – Test setrvalé pozornosti

sluchová paměť $p=0,002$; Oddálená zraková paměť $p=0,001$; Oddálené sluchové znovupoznání $p=0,05$; Všeobecná paměť $p=0,001$; Pracovní paměť $p=0,003$, Wisconsinský test třídění karet, u všech subtestů (Perseverativní odezvy $p=0,004$; Perseverativní chyby $p=0,005$; Odezvy na konceptuální úroveň $p=0,05$) a Test verbální fluence ($p=0,014$). Podrobnější výsledky jsou zaznamenány v tabulce 1.

3. Profil a dynamika kognitivního výkonu podle reaktivity na léčbu

Zjistili jsme, že v profilu kognitivních funkcí před léčbou nebyl mezi skupinami respondérů a nonrespondérů nalezen žádný statisticky signifikantní rozdíl.

Skupiny respondérů a nonrespondérů se však lišily v profilu kognitivního výkonu po léčbě. U těchto dvou skupin jsme našli odlišný průběh dynamiky kognitivních funkcí. Po léčbě došlo u skupiny respondérů ke statisticky signifikantnímu zlepšení v těchto testech: Wechsler Memory Scale III, všechny subtesty (Bezprostřední sluchová paměť $p=0,005$; Bezprostřední zraková paměť $p=0,005$; Bezprostřední paměť $p=0,005$; Oddálená sluchová paměť $p=0,007$; Oddálená zraková paměť $p=0,005$; Oddálené sluchové znovupoznání $p=0,01$; Všeobecná paměť $p=0,005$; Pracovní paměť $p=0,005$), Wisconsinský test třídění karet, všechny subtesty (Perseverativní odezvy $p=0,011$; Perseverativní chyby $p=0,015$; Odezvy na konceptuální úroveň $p=0,01$) a Test verbální fluence ($p=0,022$). U skupiny nonrespondérů nedošlo po léčbě ke sta-

tisticky signifikantnímu zlepšení v žádném z použitých testů. Podrobnější výsledky jsou obsaženy v tabulce 2.

Dále jsme zjišťovali, jak velký je v jednotlivých testech rozdíl mezi výkonem před léčbou a výkonem po léčbě. Jinými slovy, sledovali jsme tzv. velikost dynamiky (hodnoceno jako rozdíl standardních skóre naměřených před léčbou a po léčbě v jednotlivých testech). Porovnali jsme tuto velikost dynamiky jednotlivých kognitivních domén u skupiny respondérů a nonrespondérů a zjistili jsme, že statisticky signifikantně větší velikost dynamiky byla nalezena u skupiny respondérů v těchto testech: Pracovní paměť ($p=0,05$) a Oddálené sluchové znovupoznání ($p=0,028$). Podrobné výsledky jsou v tabulce 3.

DISKUSE

V naší studii jsme u pacientů s depresivní poruchou našli narušení kognitivních funkcí. Toto narušení bylo spíše mírné, bez hlubšího defektu. Podrobnější rozbor profilu kognitivních funkcí ukázal, že aktuální intelektový výkon zůstal nezasazen v pásmu nadprůměru. Ostatní kognitivní funkce byly narušeny a pohybovaly se zejména v pásmu podprůměru. Pouze v testech TMT B a Oddálené sluchové znovupoznání (WMS) měli pacienti výkon v pásmu průměru. Obecně se jako nejvíce narušena ukázala paměť, pozornost a psychomotorické tempo. Právě pozornostní funkce

Tab. 1. Dynamika kognitivního výkonu u celého souboru.

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	W1	W2	W3	VF	TMTA	TMTB	Stroop	CPT	IQ
HS před léčbou	86,47	83,470	82,87	84,93	82,13	91,87	85,2	86,4	89,67	89,07	83,27	30,67	4,13	5,48	678	415	1,24
SD před	-0,9	-1,090	-1,14	-1	-1,19	-0,54	-0,99	-0,99	-0,69	-0,73	-1,12	-0,51	-0,43	-0,43	-1,12	-1,23	1,61
HS po léčbě	97,07	95,790	95,93	95,64	93,64	98,42	97,14	94,71	104,14	103,79	93,86	49	5,23	5,13	644	409	
SD po	-0,25	-0,280	-0,27	-0,29	-0,42	-0,13	-0,19	-0,35	0,28	0,25	-0,41	0,1	-0,19	-0,22	-0,87	-0,96	
Z	3,045	3,180	3,296	3,11	3,3	1,998	3,3	2,901	2,831	2,761	1,992	2,448	1,61	0,474	0,724	0,659	
p	0,002	0,001	0,001	0,002	0,001	0,049	0,001	0,003	0,004	0,005	0,046	0,014	0,107	0,636	0,493	0,51	
stat. sig.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	

Legenda: P1 Bezprostřední sluchová paměť
P2 Bezprostřední zraková paměť
P3 Bezprostřední paměť
P4 Oddálená sluchová paměť
P5 Oddálená zraková paměť
P6 Oddálené sluchové znovupoznání
P7 Všeobecná paměť
P8 Pracovní paměť
W1 Perseverativní odevzy
W2 Perseverativní chyby

W3 VF TMTA TMTB Stroop CPT SD před
Odezvy na konceptuální úroveň
Slovní plynulost
Test cesty část A
Test cesty část B
Stroopův test
Test setrvalé pozornosti
o kterou se lišil výkon v testech od průměru zdravé populace před léčbou

SD po
- velikost standardní odchylky o kterou se lišil výkon v testech od průměru zdravé populace po léčbě
- hodnota hrubého skóru před léčbou
- hodnota hrubého skóru po léčbě
Hodnota testového kriteria
Hladina významnosti
Statisticky signifikantní na hladině významnosti alfa = 0,05

Tab. 2. Profil a dynamika kognitivního výkonu podle reaktivity.

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	W1	W2	W3	VF	TMTA	TMTB	Stroop	CPT
Respondéři																
SD před	-1,06	-1,26	-1,32	-1,27	-1,29	-0,71	-1,11	-1,18	-0,9	-0,93	-1,22	-0,25	-0,41	-0,27	-1,15	-1,27
SD po	-0,19	-0,35	-0,29	-0,44	-0,43	-0,06	-0,18	-0,45	0,18	0,1	-0,57	0,29	-0,13	-0,2	-0,97	-1,12
Z	2,803	2,803	2,03	2,666	2,803	2,666	2,803	2,083	2,547	2,428	2,579	2,293	1,153	0,405	1,478	0,764
p	0,005	0,005	0,005	0,007	0,005	0,007	0,005	0,005	0,011	0,015	0,014	0,022	0,249	0,686	0,139	0,445
stat. sig.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Nonrespondéři																
SD před léčbou	-0,78	-0,91	-0,94	-0,69	-0,91	-0,48	-0,85	-0,57	-0,51	-0,58	-0,83	-0,53	-0,51	-0,5	-0,95	-1,14
SD po léčbě	-0,53	-0,3	-0,5	-0,39	-0,38	-0,28	-0,42	-0,5	0,13	0,22	0,01	-0,15	-0,24	-0,25	-0,78	-0,96
Z	0,73	1,603	1,826	1,461	1,826	0,365	1,826	0,535	1,461	1,461	1,604	0,913	0,913	0,913	0,365	1,461
p	0,465	0,109	0,068	0,144	0,068	0,715	0,068	0,593	0,144	0,144	0,109	0,361	0,361	0,361	0,715	0,144
stat. sig.																

Legenda: P1 Bezprostřední sluchová paměť
P2 Bezprostřední zraková paměť
P3 Bezprostřední paměť
P4 Oddálená sluchová paměť
P5 Oddálená zraková paměť
P6 Oddálené sluchové znovupoznání
P7 Všeobecná paměť
P8 Pracovní paměť
W1 Perseverativní odevzy
W2 Perseverativní chyby

W3 VF TMTA TMTB Stroop CPT SD před
Odezvy na konceptuální úroveň
Slovní plynulost
Test cesty část A
Test cesty část B
Stroopův test
Test setrvalé pozornosti
o kterou se lišil výkon v testech od průměru zdravé populace před léčbou

SD po
- velikost standardní odchylky o kterou se lišil výkon v testech od průměru zdravé populace po léčbě
- hodnota testového kriteria
Hladina významnosti
Statisticky signifikantní na hladině významnosti alfa = 0,05

Tab. 3. Velikost dynamiky výkonu v jednotlivých testech podle reaktivity.

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	W1	W2	W3	VF	TMTA	TMTB	Stroop	CPT
respondéři	0,87	0,91	1,03	0,83	0,86	0,65	0,93	0,73	1,08	1,03	0,65	0,54	0,28	0,07	0,18	0,15
nonrespondéři	0,25	0,51	0,44	0,2	0,53	0,2	0,43	0,07	0,64	0,8	0,84	0,38	0,27	0,25	0,17	0,18
Z	-1,783	-0,283	-0,849	-1,131	-0,636	-1,98	-1,272	-2,192	-0,707	-0,566	0,283	-0,282	0,586	1,485	0,612	0,566
p	0,089	0,777	0,396	0,258	0,525	0,048	0,203	0,028	0,479	0,572	0,777	0,777	0,553	0,138	0,536	0,572
stat. sig.					*	*	*									

Legenda:	P1	Bezprostřední sluchová paměť	W3	Odezvy na konceptuální úroveň
	P2	Bezprostřední zraková paměť	VF	Slovní plynulost
	P3	Bezprostřední paměť	TMTA	Test cesty část A
	P4	Oddálená sluchová paměť	TMTB	Test cesty část B
	P5	Oddálená zraková paměť	Stroop	Stroopův test
	P6	Oddálené sluchové znovuzpoznání	CPT	Test setrvalé pozornosti
	P7	Všeobecná paměť	Z	Hodnota testového kritéria
	P8	Pracovní paměť	p	Hladina významnosti
	W1	Perseverativní odezvy	stat.sig.	Statisticky signifikantní na hladině významnosti alfa = 0,05

spolu s psychomotorickým tempem bývají udávány jako jedny z nejzranitelnějších kognitivních funkcí. Jejich narušení může být pozorováno, jakožto jistý nespecifický faktor, u většiny duševních onemocnění, kde se zhoršení psychických pochodů manifestuje právě v podobě poruch pozornosti [14]. To, že v námi sledovaném vzorku došlo k významnému zásahu do pozornostních funkcí, jen odráží závažnost kognitivního deficitu u depresivního onemocnění [11, 12]. Tato závažnost se projevila i v oblasti paměťových funkcí. Ty byly zasaženy globálně a narušení se projevilo jak u krátkodobé, tak v u dlouhodobé paměti. Rovněž pracovní paměť byla podprůměrná a díky její důležitosti pro zvládnání každodenní zátěže můžeme zvažovat vliv námi objeveného kognitivního deficitu na každodenní život pacientů.

Průměrný kognitivní výkon před léčbou byl u námi sledovaného souboru nižší než průměr zdravé populace (rozdíl činil -0,78 SD). Ve shodě s literárními údaji [1, 16] jsme tak ukázali, že depresivní onemocnění je ve své akutní fázi spojeno s kognitivním deficitem. Nepotvrdili jsme však zjištění, které naznačují, že nejvíce zasaženou kognitivní doménou jsou exekutivní funkce [12, 16]. Tato skutečnost může souviset s velikostí vzorku. Rovněž poukazuje na všeobecnou nejednoznačnost, která se ve výzkumech podobného typu odráží.

Při sledování dynamiky kognitivního deficitu celého souboru jsme zjistili, že během antidepresivní léčby došlo ke zlepšení kognitivního výkonu. Toto zjištění je v souladu s předchozími výzkumnými nálezy [2, 3, 8]. Statisticky signifikantní zlepšení jsme zaznamenali v testech měřících exekutivní funkce, paměť a verbální fluenci. Průměrná velikost zlepšení pro celý soubor byla 0,53 SD. Výkon pacientů po léčbě odpovídal obecně pásmu nižšího průměru. Průměrná standardní odchylka, o kterou se pacienti lišili od průměru zdravé populace, činila po léčbě -0,25 SD. V některých měřených kognitivních doménách došlo k úpravě dokonce i nad normu zdravé populace (exekutivní funkce). Naše výsledky tak ukázaly pozitivní trend ve směřování úpravy kognitivních funkcí. Oproti předchozím výzkumům [9, 10] byl námi objevený trend výraznější.

Pozornost a psychomotorické tempo byly kognitivní domény, které byly antidepresivní léčbou ovlivněny nejméně a i po léčbě zůstaly v pásmu defektu. Pozornostní funkce, jak jsme ukázali, byly rovněž jednou z nejvíce zasažených kognitivních domén. Při zvažování příčin, proč byla i dynamika výkonu v testech měřících pozornostní funkce spolu s psychomotorickým tempem nejnižší, se můžeme zaměřit na některé aspekty. Jedním z nich je sledování vlivu použité medikace na pozornostní funkce. Pacienti byli medikováni III. a IV. generací antidepresiv, která však, jak se ukázalo, nemá na pozornostní výkon negativní vliv [6].

Nízkou dynamiku pozornostních funkcí nemůžeme tedy vysvětlit vlivem antidepressivní léčby. Spíše můžeme uvažovat, že námi sledovaná délka vývoje dynamiky kognitivního deficitu ještě nestihla zachytit změny v posunu pozornostních funkcí. U pozornostních funkcí, vzhledem k tomu, že byly nejvíce narušené, se za námi sledované časové období pravděpodobně nestačila náprava plně projevit. Naše studie spíše naznačila, že kognitivního deficitu na počátku léčby může jistým způsobem souviset s rychlostí reaktivity na léčbu. Ověření tohoto zjištění by však vyžadovalo další podrobnější výzkum.

Při rozdělení souboru na podskupinu respondérů a nonrespondérů na léčbu vyvstaly ve vztahu k profilu a dynamice kognitivního deficitu některé skutečnosti. Obě skupiny se před léčbou statisticky signifikantně nelišily v profilu kognitivních funkcí. U obou skupin byl přítomen mírný kognitivní deficit s vyšším zapojením pozornostních funkcí. Ukázali jsme tedy, že míra kognitivního deficitu na počátku léčby nepredikuje možný vývoj onemocnění, což je v souladu s výzkumnými zjištěními [8]. Náš výzkum dále naznačil, že dynamika kognitivního deficitu může souviset s reaktivitou na léčbu. U skupiny respondérů došlo k výraznějšímu zlepšení kognitivního výkonu ve srovnání se skupinou nonrespondérů. U skupiny respondérů došlo po léčbě ke statisticky významnému zlepšení v testech měřících exekutivní funkce, verbální fluenci a paměť. U skupiny nonrespondérů nedošlo po léčbě ke statisticky významnému zlepšení v žádné z měřených kognitivních domén. U respondérů došlo po léčbě k průměrnému posunu o 0,55 SD, zatímco u nonrespondérů o 0,23 SD. Pokud jsme mezi skupinami respondérů a nonrespondérů poměřili velikosti samotného posunu ve výkonu, o který se změnil výkon v jednotlivých testech před léčbou a po léčbě, zjistili jsme, že tato velikost posunu byla statisticky signifikantně větší u skupiny respondérů v subtestech pracovní paměti a oddáleného sluchového znovupoznání testu paměti. Tato zjištění jsou v souladu s výsledky předešlých výzkumů [3, 4].

Výsledky studie nás rovněž přiměly k úvahám o vztahu mezi dynamikou kognitivního deficitu a dynamikou vlastních depresivních symptomů.

Vzhledem k tomu, že v čase úpravy depresivní symptomatologie bylo zaznamenáno pouze neúplné, částečné zlepšení kognitivního deficitu, můžeme zvažovat hypotézu o tom, že úprava kognitivních funkcí následuje s jistou časovou prodlevou úpravu emotivity a vlastních symptomů onemocnění. Tento předpoklad byl již výzkumně doložen [10, 9].

Jako nedostatky studie můžeme zvážit nízký počet pacientů zařazených do výzkumného souboru. Tato skutečnost se projevila zejména nízkým počtem podskupiny nonrespondérů a mohla částečně zkreslit naše zjištění. Nicméně i u jiných výzkumných studií nebývají velikosti výzkumných vzorků, vzhledem k povaze klinického výzkumu, o mnoho větší. Interval měření před léčbou a po léčbě nemusel být dostatečně dlouhý na to, aby v plné šíři zachytil relevantní, námi vytipované a sledované vlivy. Dostatečně podchycen v našem výzkum rovněž nebyl tzv. efekt retestu, který mohl zasáhnout do výsledků výzkumu. Pro měření reaktivity na léčbu jsme použili pouze orientačního nástroje (CGI). Tento ukazatel pak nemusel diferencovat na základě reaktivity dostatečně citlivě.

ZÁVĚR

U pacientů s depresivní poruchou jsme ve shodě s literárními údaji našli narušení kognitivních funkcí v akutní fázi depresivního onemocnění, měřených před antidepressivní léčbou. Narušení bylo mírně závažné s největším zasažením pozornostních a paměťových funkcí.

Studie dále ukázala, že po úspěšné antidepressivní léčbě dochází k částečné úpravě kognitivního výkonu. Tato úprava následuje s časovým zpožděním úpravu symptomatologie. Dynamika kognitivního výkonu má souvislost s reaktivitou na léčbu, a to zejména u exekutivních funkcí a paměti. Kognitivní výkon se zdá být částečně ovlivnitelný vhodnou farmakoterapií.

Tato práce vznikla za podpory Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví ČR IGA MZ ČR (projekt číslo: NR7990-3/2004) a Výzkumným záměrem MŠ ČR (projekt č. MSM0021622404).

LITERATURA

1. **Austin, M., Mitchell, P., Goodwin, G.:** Cognitive deficit in depression. *British Journal of Psychiatry*, 178, 2001, pp. 200-206.
2. **Bulbena, A., Berrios, G. E.:** Cognitive function in the affective disorders: a prospective study. *Psychopathology*, 26, 1993, pp. 6-12.
3. **Butters, M. A., Becker, J. T., Nebes, R. D.:** Changes in cognitive functioning following treatment of late-life depression. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 2000, pp. 1949-1954.
4. **Dunkin, J. J., Leuchter, A. F., Cook, I. A., Kasl-Goldey, J. E., Abrams, M., Rosenberg-Thompson, S.:** Executive dysfunction predicts nonresponse to fluoxetine in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 60, 2000, pp. 13-23.
5. **Ninaru, P. T., Fava, M., Ressler, K. J.:** Enhancing treatment Response in Depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 2004, pp. 1269-1280.
6. **Kopeček, M.:** Kognitivní efekt antidepressiv. In Preiss, Kučerová (eds.). *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha, Grada Publishing, 2006.

7. **Kučerová, H., Příkryl, R., Češková, E., Kašpárek, T., Perna, M.:** Vlastní zkušenosti s vyšetřováním kognitivních funkcí u depresivní poruchy (Část 2.). Čes. a slov. Psychiat., 99, 2003, s. 442-445.
8. **Kuny, S., Stassen, H. H.:** Cognitive performance in patients recovering from depression. Psychopatology, 28, 1995, pp. 190-207.
9. **Neu, P., Kiesslinger, U., Schlattmann, P., Reischies, F. M.:** Time-related cognitive deficiency in four different types of depression. Psychiatry Research, 103, 2001, pp. 237-247.
10. **Portella, M. J., Marcos, T., Rami, L., Navarro, V., Gasto, C., Salamero, M.:** Residual cognitive impairment in late-life depression after a 12-month period follow-up. International Journal of Geriatric Psychiatry, 18, 2003, pp. 571-576.
11. **Příkryl, R., Kučerová, H., Kašpárek, T., Češková, E., Špaček, J., Perna, M.:** Kognitivní deficit a depresivní porucha (Část 1.). Čes. a slov. Psychiat., 99, 2003, s. 430-432.
12. **Ravnikilde, B., Videbech, P., Clemmensen, C., Egander, A., Rasmussen, N. A., Rosenberg, R.:** Cognitive deficit in major depression. Scandinavian Journal of Psychology, 43, 2002, pp. 239-251.
13. **Reischies, F. M., Neu, P.:** Comorbidity of mild cognitive disorder and depression a neuropsychological analysis. European Arch Psychiatry Clinical Neuroscience, 250, 2000, pp. 186-193.
14. **Riso, L. P., du Toit, P. L., Blancino, J. A. et al.:** Cognitive aspects of chronic depression. Journal of Abnormal Psychology, 112, 2003, pp. 72-80.
15. **Rush, A. J., Weissenburg, J., Vinson, D. B. et al.:** Neuropsychological dysfunctions in unipolar nonpsychotic major depressions. Journal of Affective Disorder, 5, 1983, pp. 281-287.
16. **Veiel, O. F.:** A preliminary profile of neuropsychological deficits associated with major depression. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 19, 1997, pp. 587-603.

*Mgr. Petra Navrátilová
Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno
Jihlavská 20
625 00 Brno
e-mail: petra-navratilova@seznam.cz*

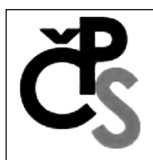
OZNÁMENÍ



Úvodní kurz hypnózy

pořádaný Sekcí pro hypnózu Psychiatrické společnosti ČLS JEP
(pouze pro lékaře a klinické psychology)
se koná v Psychiatrické léčebně v Kroměříži ve dnech **17. – 21. září 2007.**

Informace lze získat na e-mailu: kratochvils@plkm.cz



26. česko-slovenská psychoterapeutická konference

se koná v Luhačovicích (hotely Fontana I a II) ve dnech **16. – 20. října 2007.**

Téma zahajovacího večera a prvního bloku je „**Jedinec a skupina v psychoterapii a ve výcviku**“. Dopoledne budou krátké přednášky, odpoledne „dílny“ s ukázkami technik. Informace a formuláře přihlášek svým členům rozesílaly v květnu 2007 Psychiatrická společnost ČLS, Česká psychoterapeutická společnost a Slovenská psychoterapeutická spoločnosť.

Ostatní zájemci je mohou získat na adrese: kratochvils@plkm.cz
nebo na webových stránkách www.psychoterapeuti.org