

<https://doi.org/10.35339/msz.2020.88.03.13>
УДК 616.895.4:616.89-008.47-07-052-08-036.6

С.О. Ярославцев

*КНП «Херсонський обласний заклад з надання психіатричної допомоги»
Херсонської обласної ради, м. Херсон, Україна*

КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ КОГНІТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ

Актуальність дослідження зумовлена високою розповсюдженістю депресивних розладів і вагомими негативними медико-соціальними наслідками захворювання, що позначаються на зниженні якості життя та соціального функціонування пацієнтів. Розроблено комплексну програму терапії й реабілітації (КПТР) хворих із когнітивними порушеннями за депресивних розладів та оцінено її ефективність. Запропоновану КПТР пацієнтів із когнітивними порушеннями за депресивних розладів реалізовували в чотири етапи: діагностичний – клініко-психопатологічне оцінювання наявних у пацієнтів розладів когнітивної сфери, аналіз анамнестичних даних, клінічної симптоматики, динаміки та прогнозу захворювання, взаємозв'язку клінічних і соціально-психологічних факторів; терапевтичний – комплекс заходів фармакотерапії і психотерапії, спрямованих на корекцію когнітивних порушень, купірування депресивних розладів, нормалізацію психоемоційного стану, соціальну адаптацію та реадaptaцію пацієнта; реабілітаційний – комплекс заходів фармакотерапії і психотерапії, спрямованих на відновлення когнітивних функцій, укріплення ефекту від антидепресивної терапії, відновлення соціального функціонування пацієнта; профілактичний – призначений для підтримання нормального психоемоційного стану, ефективного спротиву стресам, запобіганню рецидивуванню депресивних розладів. В апробації розробленої КПТР брали участь 97 хворих із когнітивними порушеннями при депресивних розладах (основна група). Контрольну групу становили 93 хворі з когнітивними порушеннями при депресивних розладах, що пройшли курс терапії за традиційними схемами. Доведено ефективність запропонованої КПТР хворих із когнітивними порушеннями за депресивних розладів, що полягала в більш вираженій редукції клінічних проявів депресії, поліпшенні когнітивних функцій, зниженні неадаптивних і підвищенні адаптивних стратегій когнітивного регулювання емоцій, покращанні соціального функціонування в основних сферах життєдіяльності.

Ключові слова: когнітивні порушення, депресивні розлади, терапія, реабілітація, соціальне функціонування.

Актуальність дослідження

Першорядне значення вивчення проблеми депресії впливає вже з результатів епідеміологічних досліджень. За сучасними даними, поширеність цієї патології серед населення становить не менш ніж 5,5–11,3 % [1–3]. Проблема когнітивних порушень (КП) при депре-

сивних розладах (ДР) у загальній лікарській практиці в останні десятиліття набуває особливої значущості і стає одним із пріоритетних завдань медичної науки й системи практичної охорони здоров'я [2, 4, 5]. Ризик захворювання на ДР протягом життя становить 7–12 % для чоловіків і 20–25 % для жінок [1, 6].

© С.О. Ярославцев, 2020

Актуальність вивчення КП при ДР пов'язана з низькою якістю діагностики, несприятливим впливом на розвиток, перебіг, прогноз багатьох соматичних захворювань, показники працездатності та якості життя пацієнтів, а також із високим соціально-економічним тягарем депресій [1, 4, 7]. Депресія призводить до ряду несприятливих наслідків як медичного, так і соціального порядку: знижує адаптаційні можливості пацієнта, підвищуючи ризик розвитку суїцидальних тенденцій, може спричинити зниження професійного статусу з вимушеною зміною роботи, розпад сім'ї і, нарешті, повну інвалідизацію [3, 5, 8, 9]. Депресії впливають на тривалість перебування хворих у соматичному стаціонарі і на їхню працездатність [1, 3, 5]. Потужний розвиток ери психофармакології, однак, не вирішив проблеми надання допомоги хворим із КП при афективних порушеннях: до 30 % хворих характеризуються резистентністю або незначною реакцією на терапію антидепресантами, що зумовлює пошук нових методів лікування пацієнтів із даною патологією [4, 7–10].

Діагностиці когнітивного зниження при ДР досі приділяється недостатня увага: нейропсихологічні дослідження застосовуються не завжди; діагностичні тести нечутливі до негрубих когнітивних розладів; наявність КП без елементів дезадаптувальної поведінки ігнорується; мало вивчені фактори, що лежать в основі дисфункцій, крім того, немає комплексних програм, що дозволяють впливати на когнітивні функції і депресивний стан пацієнтів [1, 3, 5, 7, 11]. Усе викладене і визначило мету нашого дослідження.

Мета дослідження – розробити комплексну програму терапії та реабілітації (КПТР) пацієнтів із когнітивними порушеннями за депресивних розладів та оцінити її ефективність.

Об'єкт і методи

Запропонована схема комплексної терапії КП при ДР базується на принципах комплексного, індивідуально-орієнтованого та диференційованого підходу, забезпечення етапності, послідовності та оптимальності лікувально-реабілітаційних заходів. Її цілями визначено зменшення КП, якомога більш швидке усунення проявів ДР, зміну патологічних когнітивних патернів, асоційованих із наявністю ДР, максимальне відновлення працездатності та соціального функціонування (СФ) пацієнтів,

проведення профілактики суїцидальної поведінки та рецидивів ДР, запобігання хроніфікації КП, забезпечення ранньої реінтеграції та соціальної адаптації пацієнтів, поліпшення якості життя та СФ пацієнтів. Мішенями терапії визначено клінічні прояви ДР, КП при різних типах ДР, неадекватність когнітивного регулювання емоцій, порушення СФ.

Запропонована КПТР реалізується в чотири етапи: діагностичний, терапевтичний, реабілітаційний та профілактичний. *Діагностичний етап* полягає у клініко-психопатологічному оцінюванні наявних у пацієнтів розладів когнітивної сфери, аналізі анамнестичних даних, клінічної симптоматики, динаміки та прогнозу захворювання, взаємозв'язку клінічних та соціально-психологічних факторів, за результатами чого розробляється план заходів із корекції КП, усунення проявів ДР, адаптації та реадaptaції пацієнта.

Терапевтичний етап складається з комплексу заходів фармакотерапії і психотерапії, спрямованих на корекцію КП, купірування ДР, нормалізацію психоемоційного стану, соціальну адаптацію та реадaptaцію пацієнта. Фармакотерапія на цьому етапі спрямована на корекцію КП і редукцію депресивної симптоматики. Психотерапевтичні й реабілітаційні втручання передбачають поєднання психосвітніх заходів, когнітивно-поведінкової психотерапії, тренінгу когнітивних функцій. Тривалість даного етапу становить 1–2 місяці.

Реабілітаційний етап являє собою комплекс заходів фармакотерапії і психотерапії, спрямованих на відновлення когнітивних функцій, укріплення ефекту від антидепресивної терапії, відновлення СФ пацієнта. На реабілітаційному етапі продовжується диференційована психотерапевтична робота з пацієнтами, що полягає в поєднанні когнітивно-поведінкової психотерапії, тренінгу ефективних копінг-стратегій та комунікативного тренінгу. На цьому етапі також особливого значення набувають заходи з соціальної реабілітації й реадaptaції пацієнта. Соціальна реабілітація передбачає заходи з соціально-середовищної та соціально-побутової підтримки з метою відновлення втрачених і формування нових соціальних зв'язків та відносин. Реабілітаційний етап може розпочинатися вже на етапі стаціонарного лікування (за умови редукції депресивної симптоматики) і триває 3–12 мі-

сяців після виписки зі стаціонара. Основним завданням цього етапу є формування стійкого адекватного емоційно-поведінкового патерна, відновлення когнітивних функцій, максимальна адаптація та реадаптація пацієнта, недопущення рецидивування ДР. Фармакотерапія на реабілітаційному етапі аналогічна тій, яку застосовували на терапевтичному етапі, із відповідною корекцією дозування препаратів залежно від актуального стану пацієнта.

Профілактичний етап призначений для підтримання нормального психоемоційного стану, ефективного спротиву стресам, запобіганню рецидивуванню ДР та орієнтований на тривалий час (до 2 років). Фармакотерапія на цьому етапі являє собою лікування основного захворювання за ДР та сезонну профілактику депресій ендогенного характеру. Психотерапія представлена переважно техніками саморегуляції, що спрямовані на самоконтроль емоційного стану і попередження рецидивування депресії.

Після отримання письмової згоди на проведення комплексного обстеження відповідно до принципів Гельсінської декларації прав людини, Конвенції Ради Європи про права людини і біомедицину, відповідних законів України та міжнародних актів у рандомізований спосіб із попередньою стратифікацією за наявністю КП і ДР у дослідження залучено 190 пацієнтів. Критеріями включення пацієнтів у групу дослідження були: усвідомлення та підписання форми поінформованої згоди на участь у дослідженні; наявність поточного депресивного епізоду в рамках психіатричних діагнозів за діагностичними критеріями МКХ-10: депресивний епізод [F32.1–F32.2]; рекурентний депресивний розлад [F33.1–F33.2]; біполярний афективний розлад [F31.3–F31.4] та пролонгована депресивна реакція [F43.20–F43.21] помірного та тяжкого ступенів вираженості. Критеріями для невключення в дослідження були: депресивний стан у рамках інших нозологій (депресії за наявності шизофренії, органічної й соматогенної депресії); небажання або нездатність пацієнта підписати інформовану згоду на участь у дослідженні; вагітність, годування грудьми. В апробації розробленої КПТР брали участь 97 хворих із КП при ДР, що склали основну групу (34 пацієнти з рекурентним депресивним розладом, 31 пацієнт із біполярним афективним розладом та 32 пацієнти із пролонгованою депресивною реакцією).

Контрольну групу становили 93 хворі з КП при ДР (30 пацієнтів із рекурентним депресивним розладом, 32 пацієнти з біполярним афективним розладом та 31 пацієнт із пролонгованою депресивною реакцією). Пацієнти основної групи пройшли курс КПТР за розробленою програмою, пацієнти контрольної групи – курс терапії за традиційними схемами.

Критеріями, за якими оцінювали ефективність КПТР у пацієнтів із КП за ДР, були обрані: клінічна динаміка психічного стану (клінічна динаміка ДР); ступінь поліпшення / погіршення когнітивного функціонування (КФ) (погіршення, відсутність ефекту, мінімальне поліпшення, помірне поліпшення); особливості когнітивного регулювання емоцій; рівень СФ і ступінь відновлення основних функцій життєдіяльності.

Для дослідження ефективності КПТР при КП у пацієнтів із ДР використовували комплекс методів дослідження: клініко-психопатологічний, психометричний (шкала депресії MADRS, шкала особистісного та СФ PSP), психодіагностичний (Монреальська шкала оцінювання когнітивних функцій – MoCA, модифікована Адденбрукська когнітивна шкала – ACE-R, опитувальник когнітивної регуляції емоцій – ОКРЕ) та математико-статистичний [12–16]. Статистичну обробку даних проводили за допомогою Excel-2010 та STATISTICA 6.1 і застосовували для визначення середніх величин кількісних параметрів, їхніх стандартних похибок (у форматі $\% \pm m$ %), достовірності відмінностей (критерії Ст'юдента, точний метод Фішера [t], Колмогорова–Смірнова [λ]).

Результати дослідження

Апробацію КПТР пацієнтів із КП при ДР проводили на базі КНП «Херсонський обласний заклад з надання психіатричної допомоги». За результатами апробації оцінювали ефективність використання розробленої КПТР пацієнтів із КП при ДР у порівнянні з ефективністю лікування хворих цієї категорії традиційними схемами терапії, які не враховують виділених основних клініко-психопатологічних особливостей розвитку й перебігу ДР та пов'язаних із ними КП.

При вивченні клінічної динаміки психічного стану хворих основної і контрольної груп було використано клініко-психопатологічний метод, доповнений шкалою депресії (MADRS).

Клінічну динаміку психічного стану хворих основної групи після проведення КПТР їх за розробленою програмою в порівнянні з такою у хворих контрольної групи, які пройшли курс терапії за традиційними схемами, подано в таблиці, із даних якої видно, що в пацієн-

відповідно), покращанні апетиту ($p=0,0143$), суттєвої редукції апатії та суїцидальних думок ($p=0,0253$ і $p=0,0162$ відповідно).

Ступінь поліпшення / погіршення КФ пацієнтів основної групи після проведення КПТР за розробленою програмою в порівнянні з по-

Клінічна динаміка депресивної симптоматики при КПТР у пацієнтів із КП за депресивних розладів за даними шкали MADRS ($M \pm \sigma$)

Показник	Контрольна група		Основна група	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Об'єктивні ознаки пригніченості	4,98±1,47*	3,76±1,28	4,59±1,23#	2,34±1,02
Суб'єктивні ознаки пригніченості	5,74±1,23	4,88±1,08	5,25±1,67#	3,02±1,13
Внутрішнє напруження	5,04±2,07*	3,25±1,43	4,96±1,59#	2,04±1,01
Недостатній сон	5,42±2,03	4,63±1,05	5,06±2,08#	3,03±1,12
Зниження апетиту	3,98±1,13#	1,65±1,47	4,20±1,76	3,28±1,78
Порушення концентрації уваги	5,01±2,11	4,78±1,63	4,96±1,59#	1,77±1,04
Апатія	5,35±1,89#	3,27±1,22	5,26±2,03#	1,34±1,05
Втрата здатності відчувати	4,29±1,34	3,98±1,07	4,34±1,26	3,61±0,76
Песимістичні думки	4,37±1,57	3,44±1,01	4,54±1,51#	1,45±1,06
Суїцидальні думки	4,78±1,52#	2,01±1,09	4,54±1,51#	2,06±1,27

Примітка. Розбіжності значущі на рівні: * $p < 0,05$; # $p < 0,01$.

тів основної групи після лікування за розробленою КПТР визначались суттєве зменшення об'єктивних і суб'єктивних ознак пригніченості ($p=0,0237$ і $p=0,0163$ відповідно), зниження внутрішнього напруження ($p=0,0012$), покращання сну та концентрації уваги ($p=0,0381$ і $p=0,0025$ відповідно), редукція апатії ($p=0,0001$), песимістичних і суїцидальних думок ($p=0,0015$ і $p=0,0256$ відповідно). У пацієнтів, що проходили лікування за традиційною схемою, було отримано позитивні зміни, що полягали у зниженні об'єктивних ознак пригніченості і внутрішнього напруження ($p=0,0413$ і $p=0,0258$

казником пацієнтів контрольної групи, які пройшли курс терапії за традиційними схемами, подано на рис. 1. При вивченні динаміки КФ було використано: клініко-психопатологічний метод, Монреальську шкалу оцінювання когнітивних функцій (MoCA) та модифіковану Адденбрукську когнітивну шкалу (ACE-R).

Поліпшення / погіршення КФ пацієнтів із КП за ДР оцінювали за такими критеріями:

- погіршення КФ – погіршення якісних показників за клініко-психопатологічним методом і зниження кількісних показників за шкалами MoCA та ACE-R;

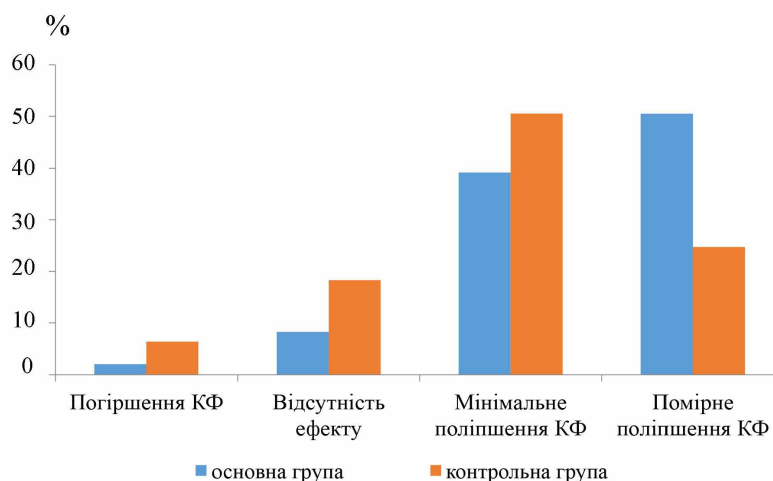


Рис. 1. Динаміка когнітивних функцій у результаті проведення КПТР у пацієнтів із когнітивними порушеннями за депресивних розладів

- відсутність ефекту – відсутність динаміки якісних показників за клініко-психопатологічним методом і кількісних показників за шкалами МоСА та АСЕ-R;

- мінімальне поліпшення – позитивна динаміка якісних показників за клініко-психопатологічним методом і збільшення кількісних показників за шкалами МоСА та АСЕ-R (збільшення на 20 % величини загального показника по кожній зі шкал МоСА та АСЕ-R);

- помірне поліпшення – позитивна динаміка якісних показників за клініко-психопатологічним методом і збільшення кількісних показників за шкалами МоСА та АСЕ-R (збільшення на 21–40 % величини загального показника по кожній зі шкал МоСА та АСЕ-R).

У 50,52 % пацієнтів основної групи після лікування за розробленою КПТР визначалось помірне поліпшення КФ, у 39,18 % осіб – мінімальне поліпшення КФ, у 8,25 % пацієнтів – відсутність ефекту та лише у 2,06 % пацієнтів – погіршення КФ (рис. 1).

У більшості пацієнтів, що проходили лікування за традиційною схемою, відмічались мінімальні поліпшення КФ – (50,54±3,86) %, у 24,73 % пацієнтів спостерігалось значне поліпшення КФ, у 18,28 % осіб ефекту не було та у 6,45 % пацієнтів визначалось погіршення КФ на тлі терапії.

Проведено статистичний аналіз результатів за точним методом Фішера та з'ясовано, що серед пацієнтів основної групи переважали особи з помірним поліпшенням КФ (50,52 %, ДК=3,10, МІ=0,40, $p<0,0001$), у той час як серед пацієнтів контрольної групи було більше осіб із мінімальним покращанням КФ (50,54 %, ДК=1,11, МІ=0,06, $p<0,0339$) та відсутністю ефекту функцій (18,28 %, ДК=3,46, МІ=0,17, $p<0,0216$).

Динаміку когнітивного регулювання емоцій оцінювали за допомогою опитувальника когнітивної регуляції емоцій (ОКРЕ). Проаналізувавши когнітивні стратегії у процесі регуляції афективних переживань у пацієнтів із ДР, ми визначили, що в пацієнтів основної групи після лікування відмічалась виражена позитивна динаміка, яка виражалась у зниженні неадаптивних когнітивних стратегій регулювання емоцій і суттєвому підвищенні адаптивних стратегій (рис. 2). Так, було доведено, що розроблена КПТР позитивно впливає на зниження самозвинувачення (на 39,67 %, $p<0,0001$), румінацій (на 37,67 %, $p<0,0001$), катастрофізації (на 25,50 %, $p<0,0157$) та звинувачення інших (на 16,66 %, $p<0,0255$) та сприяє підвищенню й актуалізації таких стратегій, як ухвалення (на 25,23 %, $p<0,0127$), позитивне перефокусування (на 31,65 %, $p<0,001$), фокусування



Рис. 2. Динаміка когнітивної регуляції емоцій у пацієнтів із когнітивними порушеннями при депресивних розладах (за даними ОКРЕ)

ня на плануванні (на 24,51 %, $p < 0,0134$), позитивна переоцінка (на 19,29 %, $p < 0,0328$) та розгляд у перспективі (на 21,77 %, $p < 0,0254$).

У пацієнтів контрольної групи, що проходили курс лікування за традиційною схемою, також відмічалась позитивна динаміка, що полягала у зменшенні таких неадаптивних когнітивних стратегій регулювання емоцій, як самозвинувачення (на 19,83 %, $p < 0,0361$), румінації (на 11,33 %, $p < 0,0408$) та катастрофізація (на 21,36 %, $p < 0,0287$), однак не було встановлено суттєвих відмінностей щодо збільшення адаптивних стратегій регулювання емоцій.

Динаміку СФ і ступінь відновлення основних функцій життєдіяльності визначали за допомогою шкали особистісного й соціального функціонування (PSP). Соціальне й особистісне функціонування пацієнта оцінювали за чотири доменами: суспільно корисна діяльність, особові і соціальні взаємовідносини, увага до себе і свого стану, неспокійні й агресивні патерни поведінки (рис. 3). Усереднені відповіді пацієнтів із КП при ДР, які демонструють ступінь вираженості порушень СФ та її динаміки в різних сферах (де 0 – відсутність порушень, а 4 – сильно виражені порушення) відображено на рис. 3.

Так, у пацієнтів основної групи до лікування найбільш виражені порушення функціонування відмічалась у вигляді зниження особи-

стисної взаємодії – ($3,56 \pm 1,13$) бала, суспільно корисної діяльності – ($3,41 \pm 1,26$) бала та наявності неспокою й агресивних тенденцій – ($2,98 \pm 0,87$) бала. У пацієнтів основної групи після лікування за розробленою КПТР визначались суттєве зменшення порушень у сферах суспільно корисної діяльності ($p < 0,0347$), особових і соціальних взаємовідносин ($p < 0,0136$), самообслуговування ($p < 0,0409$) та зниження агресивних патернів поведінки ($p < 0,0251$).

Крім того, у пацієнтів контрольної групи спостерігались порушення особової та соціальної взаємодії – ($3,37 \pm 1,03$) бала, зниження суспільної діяльності – ($3,66 \pm 1,23$) бала та наявності неспокою й агресивних тенденцій – ($3,02 \pm 1,05$) бала. У хворих контрольної групи, що проходили курс лікування за традиційною схемою, визначалась позитивна динаміка у сфері самообслуговування та особових і соціальних взаємовідносин ($p < 0,0362$ і $p < 0,0453$ відповідно).

Обговорення

Дані сучасної літератури щодо програм реабілітації пацієнтів із КП при ДР фрагментарні та не враховують відмінностей психопатологічної феноменології ДР [7–11, 17]. Отримані нами дані відрізняються комплексністю, урахуванням особливостей ДР та пов'язаних із ними когнітивних дисфункцій. Доведено ефективність запропонованої КПТР пацієнтів із депресивними порушеннями, що полягала в



Рис. 3. Динаміка соціального функціонування в пацієнтів із когнітивними порушеннями при депресивних розладах (за даними PSP)

більш вираженій редукції клінічних проявів ДР, поліпшенні когнітивних функцій, зниженні неадаптивних і підвищенні адаптивних стратегій когнітивного регулювання емоцій, покращанні соціального функціонування в основних сферах життєдіяльності.

Висновки

1. Клінічна динаміка психічного стану хворих основної групи після проведення комплексної програми терапії й реабілітації визначалась суттєвим зменшенням об'єктивних і суб'єктивних ознак пригніченості, зниженням внутрішнього напруження, покращанням сну та концентрації уваги, редукцією апатії, песимістичних та суїцидальних думок. У пацієнтів контрольної групи, які отримували терапію за стандартними схемами, визначалось зниження об'єктивних ознак пригніченості і внутрішнього напруження, покращання апетиту, редукції апатії та суїцидальних думок.

2. Щодо динаміки когнітивних функцій, то в більшості пацієнтів основної групи (50,52 %) після лікування за розробленою комплексною програмою терапії та реабілітації визначалось помірне поліпшення когнітивних функцій (ДК=3,10, МІ=0,40), у більшості пацієнтів контрольної групи (50,54 %) – мінімальне покращання когнітивних функцій (ДК=1,11, МІ=0,06) та у 18,28 % осіб – відсутність ефекту (ДК=3,46, МІ=0,17).

3. Проаналізовано динаміку особливостей когнітивного регулювання емоцій. У пацієнтів основної групи після лікування за розробленою комплексною програмою терапії та ре-

абілітації відмічалась виражена позитивна динаміка, що виражалась у зниженні неадаптивних когнітивних стратегій регулювання емоцій (самозвинувачення, румінацій та катастрофізації) та суттєвому підвищенні адаптивних стратегій (ухвалення, позитивне перефокусування, фокусування на плануванні, позитивна переоцінка та розгляд у перспективі). У хворих контрольної групи було зафіксовано позитивну динаміку, що полягала у зменшенні неадаптивних когнітивних стратегій регулювання емоцій (самозвинувачення, румінації та катастрофізація), однак не було встановлено суттєвих відмінностей щодо збільшення адаптивних стратегій регулювання емоцій.

4. Динаміка соціального функціонування у пацієнтів основної групи, яких лікували за розробленою комплексною програмою терапії і реабілітації, визначалась суттєвим зменшенням порушень у сферах суспільно корисної діяльності, особових та соціальних взаємовідносин і самообслуговування та зниженням агресивних патернів поведінки, а в пацієнтів контрольної групи визначалась позитивна динаміка соціального функціонування у сфері самообслуговування та особових і соціальних взаємовідносин.

Перспективи подальших досліджень

Розроблена комплексна програма терапії та реабілітації пацієнтів із когнітивними порушеннями за депресивних розладів показала свою ефективність та може бути використана у психокорекційних заходах, спрямованих на лікування пацієнтів із когнітивними порушеннями за депресивних розладів.

Список літератури

1. *Винокур В. А.* Депрессия как проблема общей врачебной практики / В. А. Винокур // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике : сборник научных статей XV конференции (Санкт-Петербург, 2 декабря 2015 г.) / под общей ред. акад. РАН В. И. Мазурова. – СПб. : Альфа Астра, 2015. – С. 46–50.
2. *Шмуклер А. Б.* Когнитивные нарушения в структуре депрессивного синдрома / А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. – Т. 26, № 1. – С. 72–76.
3. *Емелин К. Э.* Социальное функционирование как критерий эффективности терапии больных с депрессивными расстройствами: обзор литературы / К. Э. Емелин // Российский психиатрический журнал. – 2016. – № 3. – С. 61–71.
4. *Рыжова И. А.* Когнитивный тренинг как психокоррекционный метод в психиатрии [Электронный ресурс] / И. А. Рыжова // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 5 (46). – Режим доступа к журн. : http://mprj.ru/archiv_global/2017_5_46/nomer06.php#top.
5. *Марута Н. А.* Восстановление социального функционирования – основная цель терапии депрессии / Н. А. Марута // НейроNEWS. – 2013. – Вып. 8 (53). – С. 16–19.

6. Рьжова И. А. Коррекция когнитивных нарушений при расстройствах аффективного спектра методом когнитивного тренинга / И. А. Рьжова, Э. Ф. Самедова // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2016. – № 1 (23). – С. 112–121.

7. Effect of psychosocial interventions on social functioning in depression and schizophrenia: meta-analysis / M. J. De Silva, S. Cooper, H. L. Li [et al.] // *British Journal of Psychiatry*. – 2013. – Vol. 202. – P. 253–260.

8. Renner F. The effect of psychotherapy for depression on improvements in social functioning: a meta-analysis / F. Renner, P. Cuijpers, M. J. Huibers // *Psychol. Med.* – 2014. – Vol. 44, issue 14. – P. 2913–2926.

9. Бабарахимова С. Б. Психотерапия депрессий у женщин с учётом личностных особенностей / С. Б. Бабарахимова, Ж. М. Искадарова // *Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания: материалы Всероссийского конгресса с международным участием (Санкт-Петербург, 9–11 июня 2016 г.)*. – СПб., 2016. – С. 219.

10. Бабарахимова С. Б. Эффективность применения когнитивно-бихевиоральной терапии депрессий у женщин с учетом личностных особенностей [Электронный ресурс] / С. Б. Бабарахимова, Ж. М. Искадарова, Ш. Ш. Шаикрамов // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* – 2016. – № 3 (38). – Режим доступа к журн. :

http://medpsy.ru/mpj/archiv_global/2016_3_38/nomer09.php.

11. Bannink F. P. Are you ready for positive cognitive behavioral therapy? / F. P. Bannink // *The Journal of Happiness & Well-Being*. – 2013. – Vol. 1, № 2. – P. 65–73.

12. Montgomery S. A. A new depression scale designed to be sensitive to change / S. A. Montgomery, M. Asberg // *Brit. J. Psychiatry*. – 1979. – Vol. 134. – P. 382–389.

13. Рассказова Е. И. Разработка русскоязычной версии опросника когнитивной регуляции эмоций / Е. И. Рассказова, А. Б. Леонова, И. В. Плужников // *Вестник Московского университета. Серия 14. Психология*. – 2011. – № 4. – С. 161–179.

14. Reliability and validity of the Personal and Social Performance scale in patients with schizophrenia / V. Nafees, P. van Hanswijck de Jonge, D. Stull [et al.] // *Schizophr. Res.* – 2012. – Vol. 140, issues 1–3. – P. 71–76.

15. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment / Z. S. Nasreddine, N. A. Phillips, V. Bedirian [et al.] // *J. Am. Geriatr. Soc.* – 2005. – Vol. 53. – P. 695–699.

16. Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening / E. Mioshi, K. Dawson, J. Mitchell [et al.] // *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. – 2006. – Vol. 21, issue 11. – P. 1078–1085.

17. Герасимчук М. Ю. Когнитивно-поведенческая терапия депрессивных расстройств: традиционный подход и инновации / М. Ю. Герасимчук // *Актуальные проблемы когнитивно-поведенческой терапии: материалы Всероссийской конференции с международным участием (Москва, апрель 2016 г.)*. – М., 2016. – С. 10.

References

1. Vinokur V.A. (2015). Depressiia kak problema obshchei vrachebnoi praktiki [Depression as a problem of general medical practice]. Proceeding from *Aktualnyie problemy psikhosomatiki v obshchemeditsinskoj praktike: sbornik nauchnykh statei XV konferentsii (Sankt-Peterburg, 2 dekabria 2015 h.) – Actual problems of psychosomatics in general medical practice: collection of scientific articles of the XV conference (St. Petersburg, December 2, 2015)*. V.I. Mazurov (Eds.). (Pp. 46–50). St. Petersburg: Alta Astra. Retrieved from https://psychiatr.ru/download/2438?view=1&name=Psihosoma-XV_abstr_02.12.15.pdf [in Russian].

2. Shmukler A.B. (2016). Kognitivnyie narusheniia v strukture depressivnogo sindroma [Cognitive impairments in the structure of depressive syndrome]. *Sotsialnaia i klinicheskaia psikhiatriia – Social and Clinical Psychiatry*, vol. 26, № 1, pp. 72–76. Retrieved from <https://cyberleninka.ru/article/n/kognitivnye-narusheniya-v-strukture-depressivnogo-sindroma> [in Russian].

3. Emelin K.E. (2016). Sotsialnoie funktsionirovaniie kak kriterii effektivnosti terapii bolnykh s depressivnymi rasstroistvami: obzor literatury [Social functioning as a criterion for treatment efficacy in patients with depressive disorders: literature review]. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal – Russian*

Psychiatric Journal, № 3, pp. 61–71. Retrieved from <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnoe-funktsionirovanie-kak-kriteriy-effektivnosti-terapii-bolnyh-s-depressivnymi-rasstroystvami-obzor-literatury> [in Russian].

4. Ryzhova I.A. (2017). Kognitivnyi treninh kak psikhokorreksiionnyi metod v psikhiatrii [Cognitive training as a psychocorrectional method in psychiatry]. *Meditsinskaia psikhologhiia v Rossii: elektronnyi nauchnyi zhurnal – Medical Psychology in Russia: Electronic Scientific Journal*, vol. 9, № 5 (46). Retrieved from http://mprj.ru/archiv_global/2017_5_46/nomer06.php#top [in Russian].

5. Maruta N.A. (2013). Vosstanovleniie sotsialnogo funktsionirovaniia – osnovnaia tsel terapii depressii [Restoration of social functioning is the main goal of depression therapy]. *NeuroNEWS*, issue 8 (53), pp. 16–19. <https://neuronews.com.ua/ru/archive/2013/8%2853%29/article-1269/vosstanovlenie-socialnogo-funkcionirovaniya-osnovnaya-cel-terapii-depressii#gsc.tab=0> [in Russian].

6. Ryzhova I.A., Samedova E.F. (2016). Korrektsiia kognitivnykh narushenii pri rasstroistvakh affektivnogo spektra metodom kognitivnogo treninha [Cognitive disturbances and rehabilitation in disorders of the affective spectrum using cognitive training]. *Psikhiatriia, psikhoterapiia i klinicheskaia psikhologhiia – Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology*, № 1 (23), pp. 112–121. Retrieved from <https://elibrary.ru/item.asp?id=25462034> [in Russian].

7. De Silva M.J., Cooper S., Li H.L., Lund C., Patel V. (2013). Effect of psychosocial interventions on social functioning in depression and schizophrenia: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, vol. 202, pp. 253–260. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.118018, PMID: 23549941, PMCID: PMC3613719.

8. Renner F., Cuijpers P., Huibers M.J. (2014). The effect of psychotherapy for depression on improvements in social functioning: a meta-analysis. *Psychol. Med.*, vol. 44, issue 14, pp. 2913–2926. DOI: 10.1017/S0033291713003152, PMID: 24472135.

9. Babarakhimova S.B., Iskandarova Zh.M. (2017). Psikhoterapiia depressii u zhenshchin s uchotom lichnostnykh osobennosti [Psychotherapy of depression in women, taking into account personal characteristics]. Proceeding from *Sovremennyye kontseptsii reabilitatsii v psikhonevrologhi: otritsaniie otritsaniia: materialy Vserossiiskogo konhressa s mezhdunarodnym uchastiiem (Sankt-Peterburg, 9–11 iyunia 2016 h.) – Modern concepts of rehabilitation in neuropsychiatry: denial of denial: materials of the All-Russian Congress with international participation (St. Petersburg, June 9–11, 2016)*. (pp. 219). St. Petersburg [in Russian].

10. Babarakhimova S.B., Iskandarova Zh.M., Shaikramov Sh.Sh. (2016). Effektivnost primeneniia kognitivno-bikhevioralnoi terapii depressii u zhenshchin s uchotom lichnostnykh osobennosti [The effectiveness of the use of cognitive-behavioral therapy for depression in women, taking into account personal characteristics]. *Meditsinskaia psikhologhiia v Rossii: elektronnyi nauchnyi zhurnal – Medical Psychology in Russia: Electronic Scientific Journal*, № 3 (38). Retrieved from http://medpsy.ru/mprj/archiv_global/2016_3_38/nomer09.php [in Russian].

11. Bannink F.P. (2013). Are you ready for positive cognitive behavioral therapy? *The Journal of Happiness & Well-Being*, vol. 1, № 2, pp. 65–73. Retrieved from <https://www.fredrikebannink.com/bannink/wp-content/uploads/2013/09/Are-you-ready-for-Positive-CBT.pdf>.

12. Montgomery S.A., Asberg M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br. J. Psychiatry*, vol. 134, pp. 382–389. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/224773098_A_New_Depression_Scale_Designed_to_be_Sensitive_to_Change.

13. Rasskazova E.I., Leonova A.B., Pluzhnikov I.V. (2011). Razrabotka russkoiazychnoi versii oprosnika kognitivnoi rehuliatsii emotsii [Development of the Russian-language version of the questionnaire of cognitive regulation of emotions]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologhiia – The Moscow University Herald. Series 14. Psychology*, № 4, pp. 161–179 [in Russian].

14. Nafees B., van Hanswijck de Jonge P., Stull D., Pascoe K., Price M., Clarke A., Turkington D. (2012). Reliability and validity of the Personal and Social Performance scale in patients with schizophrenia. *Schizophr. Res.*, vol. 140 (1–3), pp. 71–76. DOI: 10.1016/j.schres.2012.06.013, PMID: 22749622.

15. Nasreddine Z.S., Phillips N.A., Bedirian V., Charbonneau S., Whitehead V., Collin I. et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 53, pp. 695–699. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x, PMID: 15817019.

16. Mioshi E., Dawson K., Mitchell J., Arnold R., Hodges J.R. (2006). Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, vol. 21, issue 11, pp. 1078–1085. DOI: 10.1002/gps.1610, PMID: 16977673.

17. Gerasimchuk M.Yu. (2016). Kognitivno-povedencheskaia terapiia depressivnykh rasstroistv: traditsionnyi podkhod i innovatsii [Cognitive-behavioral therapy for depressive disorders: traditional approach and innovations]. Proceeding from *Aktualnyie problemy kognitivno-povedencheskoi terapii: materialy Vserossiiskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem (Moskva, aprel 2016 h.) – Actual Problems of Cognitive-Behavioral Therapy: Materials of the All-Russian Conference with International Participation (Moscow, April 2016)*. (pp. 10). Moscow [in Russian].

С.А. Ярославцев

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Актуальность исследования обусловлена высокой распространенностью депрессивных расстройств и весомыми негативными медико-социальными последствиями заболевания, сказывающимися на снижении качества жизни и социального функционирования пациентов. Разработана комплексная программа терапии и реабилитации (КПТР) больных с когнитивными нарушениями при депрессивных расстройствах и оценена ее эффективность. Предложенную КПТР пациентов с когнитивными нарушениями при депрессивных расстройствах реализовывали в четыре этапа: диагностический – клинико-психопатологическая оценка имеющихся у пациентов расстройств когнитивной сферы, анализ анамнестических данных, клинической симптоматики, динамики и прогноза заболевания, взаимосвязи клинических и социально-психологических факторов; терапевтический – комплекс мероприятий фармакотерапии и психотерапии, направленных на коррекцию когнитивных дисфункций, купирование депрессивной симптоматики, нормализацию психоэмоционального состояния, социальной адаптации и реадaptацию пациента; реабилитационный – комплекс мероприятий фармакотерапии и психотерапии, направленных на восстановление когнитивных функций, укрепление эффекта от антидепрессивной терапии, восстановление социального функционирования пациента; профилактический – предназначенный для поддержания нормального психоэмоционального состояния, эффективного сопротивления стрессам, предотвращения рецидивов депрессивных расстройств. В апробации разработанной КПТР участвовали 97 больных с когнитивными нарушениями при депрессивных расстройствах (основная группа). Контрольную группу составили 93 больных с когнитивными нарушениями при депрессивных расстройствах, прошедших курс терапии по традиционным схемам. Доказана эффективность предложенной КПТР больных с когнитивными нарушениями при депрессивных расстройствах, заключающаяся в более выраженной редукции клинических проявлений депрессивных расстройств, улучшении когнитивных функций, снижении неадаптивных и повышении адаптивных стратегий когнитивного регулирования эмоций, улучшении социального функционирования в основных сферах жизнедеятельности.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, депрессивные расстройства, терапия и реабилитация, социальное функционирование.

S.A. Yaroslavtsev

COMPREHENSIVE PROGRAM OF THERAPY AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH COGNITIVE IMPAIRMENTS IN DEPRESSIVE DISORDERS

The relevance of the study is due to the high prevalence of depressive disorders and significant negative medical and social consequences of the disease, which affect the decrease in the quality of life and social functioning of patients. A comprehensive program of therapy and rehabilitation (CPTR) for patients with cognitive impairment in depressive disorders was developed and its effectiveness was evaluated. The proposed CPTR for patients with cognitive impairment with depressive disorders implemented in four stages: diagnostic, therapeutic, rehabilitation and prophylactic. The diagnostic stage included a clinical and psychopathological assessment of the patients' cognitive disorders, an analysis of anamnestic data, clinical symptoms, dynamics and prognosis of the disease, the relationship of clinical and socio-psychological factors. The therapeutic stage included a set of pharmacotherapy and psychotherapy measures aimed at correcting cognitive impairment, stopping depressive disorders, normalizing the psycho-emotional state, social adaptation and readaptation of the patient. The rehabilitation stage included a set of pharmacotherapy and psychotherapy measures aimed at restoring cognitive functions, strengthening the effect of antidepressant therapy, and restoring the patient's social functioning. The preventive stage designed to

maintain a normal psycho-emotional state, effectively resist stress, and prevent the recurrence of depressive disorders. In approbation of the developed CPTR, 97 patients with cognitive impairment with depressive disorders make up the main group. The control group consisted of 93 patients with cognitive impairment with depressive disorders who underwent a course of therapy according to traditional schemes. The effectiveness of the proposed CPTR in patients with cognitive impairment with depressive disorders were proved, which consists in a more pronounced reduction of clinical manifestations of depressive disorders, improvement of cognitive functions, reduction of maladaptive and increase in adaptive strategies for cognitive regulation of emotions, improvement of social functioning in the main spheres of life.

Keywords: *cognitive impairment, depressive disorders, therapy and rehabilitation, social functioning.*

Надійшла 19.08.20

Відомості про автора

Ярославцев Сергій Олександрович – кандидат медичних наук, лікар-психіатр КНП «Херсонський обласний заклад з надання психіатричної допомоги» Херсонської обласної ради.

Адреса: Україна, 73488, Херсонська обл., с. Степанівка, вул. Джона Говарда, 65.

Тел.: +38(050)908-41-33.

E-mail: iaroslavtsev@gmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6673-2157>.