

УДК 616.89-008.45/47:616.895.4:616.12-008.331.1

І.Ф. ЗДОРИК

/Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, Київ/

# Місце психокорекції та тренінгу когнітивних функцій в комплексній терапії депресивних та когнітивних розладів у хворих на гіпертонічну хворобу

## Резюме

### Место психокоррекции и тренинга когнитивных функций в комплексной терапии депрессивных и когнитивных расстройств у больных с гипертонической болезнью

И.Ф. Здорик

В работе приведены данные обследования 102 женщин с депрессивными расстройствами в сочетании с гипертонической болезнью. Определена нозологическая структура депрессивного расстройства, ведущие психопатологические синдромы и особенности когнитивных нарушений. Разработан комплекс лечебно-диагностических мероприятий и проведена оценка его эффективности.

**Ключевые слова:** депрессивные расстройства, когнитивные расстройства, гипертоническая болезнь, психокоррекция, тренинг когнитивных функций

## Summary

### Place Psychocorrection and Training of Cognitive Functions in the Complex Therapy of Depression and Cognitive Impairment in Patients with Hypertension

I.F. Zdoryk

The article describes the survey data 102 women who suffered from depressive (DD) disorder combined with hypertension. Defined nosological structure of DD, the leading psychiatric syndromes and features of cognitive impairment. The complex of therapeutic and diagnostic measures developed and evaluated its effectiveness.

**Key words:** depressive disorders, cognitive disorders, hypertension, psychological correction, training in cognitive function

На 66 Всесвітній асамблеї з охорони здоров'я (травень 2013 р.) ВООЗ був прийнятий Комплексний план дій щодо гігієни психічного здоров'я на 2013–2020 рр. Цей план визначає провідну роль психічного здоров'я у формуванні здоров'я всіх людей, заснований на принципах безперервності протягом життя, справедливості через загальне медичне страхування та підкреслює важливість профілактики. У ньому сформульовано чотири провідні задачі: більш ефективне керівництво та управління в галузі охорони психічного здоров'я, надання комплексної, інтегрованої психіатричної та соціальної допомоги, впровадження стратегій зміцнення здоров'я та профілактики, а також зміцнення позицій доказових даних та досліджень [5].

Доведено, що програми щодо покращення надання лікувальної допомоги пацієнтам вдосконалюють якість допомоги, задоволеність від лікування, здоров'я, функціонування, економічну продуктивність і добробут родини при розумних витратах. Уподобання пацієнта щодо терапії можна розглядати як предиктор результату лікування, тому їх варто враховувати при виборі тактики надання медичної допомоги [1].

Емпірично підтверджені методики психотерапії є ефективною альтернативою фармакотерапії антидепресантами та потенцію-

ють її вплив при комбінованому лікуванні. Незважаючи на те, що робіт, присвячених психотерапії, менше, ніж фармакотерапії, рандомізовані контрольовані дослідження продемонстрували ефективність деяких психосоціальних заходів як купіруючої та підтримуючої терапії у вигляді монотерапії і в комбінації з іншими видами лікування, зокрема з антидепресантами [2]. Доведення ефективності когнітивно-біхевіоральної терапії (КБТ) та інтерперсональної терапії (ІПТ) в лікуванні депресивних розладів сприяло їх введенню в національні та професійні терапевтичні директиви [6].

Згідно зі спостереженнями психотерапія покращувала настрій та усувала «деморалізацію» швидше, ніж нейровегетативні симптоми депресії, протилежний ефект був при терапії антидепресантами. Поза гострим періодом захворювання КБТ та ІПТ сприяли профілактиці рецидиву при рідшому призначенні як підтримуючої терапії. Дослідження КБТ як купіруючої терапії показали триваліше збереження її ефекту, що зазвичай не спостерігається після припинення фармакотерапії [4]. Це може вказувати на те, що психотерапія сприяє оволодінню пацієнтом методом управління новими психосоціальними проблемами, потенційними триггерами депресивного епізоду, з якими стикаються хворі після закінчення активного лікування.

З економічних міркувань комбіновану терапію краще використовувати при хронічній тяжкій депресії, яка поєднана з іншими захворюваннями, та при високому суїцидальному ризику [4].

У відкритому дослідженні жінок з депресією в період менопаузи відмічено посилення ефективності селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) (флуоксетин) у комбінації з когнітивною терапією. Як можливий механізм дії припускається нормалізація рівня серотоніну та норадреналіну [3].

Для більшості пацієнтів з депресивними розладами (ДР), поєднаними з гіпертонічною хворобою (ГХ), характерний високий рівень особистісної тривожності. Для оптимального функціонування лише усунення симптомів депресії може бути недостатнім. Залучення до лікування психотерапії сприяє підвищенню соціальної впевненості у собі, зниженню рівня тривожності, розробці набору поведінкових реакцій тощо. Поведінкова терапія допомагає пацієнтам планувати приємну діяльність та уникати неприємної, непотрібної діяльності. Когнітивна психотерапія у поєднанні з поведінковими методиками допомагає пацієнту ідентифікувати когнітивні викривлення депресивного реєстру, думки, які занадто болючі та песимістичні й заважають потенційно корисній діяльності. ІПТ базується на взаємозв'язку між настроєм та життєвими обставинами або соціальними ситуаціями і навчає соціальним навичкам. Відмічено, що у пацієнтів зі зниженою концентрацією уваги кращий результат спостерігається при ІПТ, а для покращення соціальних навичок краще застосовувати КБТ [7].

Уваги кращий результат спостерігається при ІПТ, а для покращення соціальних навичок краще застосовувати КБТ [7].

**Мета дослідження** – розробити комплекс лікувально-діагностичних заходів для корекції когнітивних порушень у жінок з депресивними розладами у поєднанні з гіпертонічною хворобою та оцінити його ефективність.

### Матеріали та методи дослідження

Основними методами дослідження були клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психо-діагностичний, експериментально-психологічний та статистичний.

Дослідження проводилось у кілька етапів. На першому етапі відбувся відбір з 310 жінок, які знаходились на обстеженні та лікуванні у відділенні гіпертонічної хвороби, поліклінічному відділенні Інституту кардіології імені академіка М.Д. Стражеска НАМН України та психоневрологічному відділенні Дорожньої клінічної лікарні № 1 (м. Київ) в період з 2011 по 2013 рік та мали клінічно встановлений діагноз ГХ II ст. При відборі всі пацієнти давали інформовану згоду на участь у науковому дослідженні, проводилось скринінгове обстеження із застосуванням госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) та оцінка критеріїв включення та виключення.

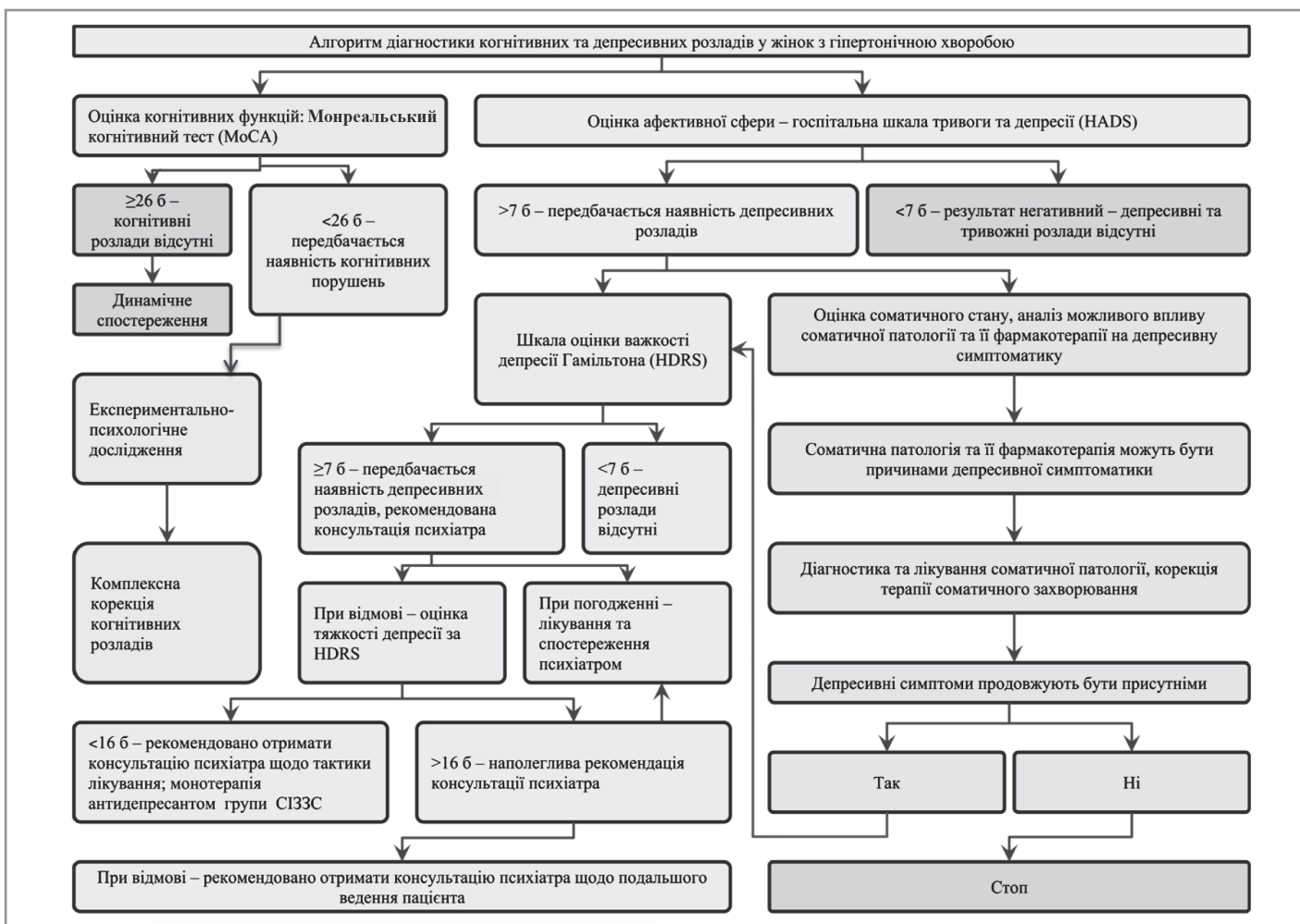
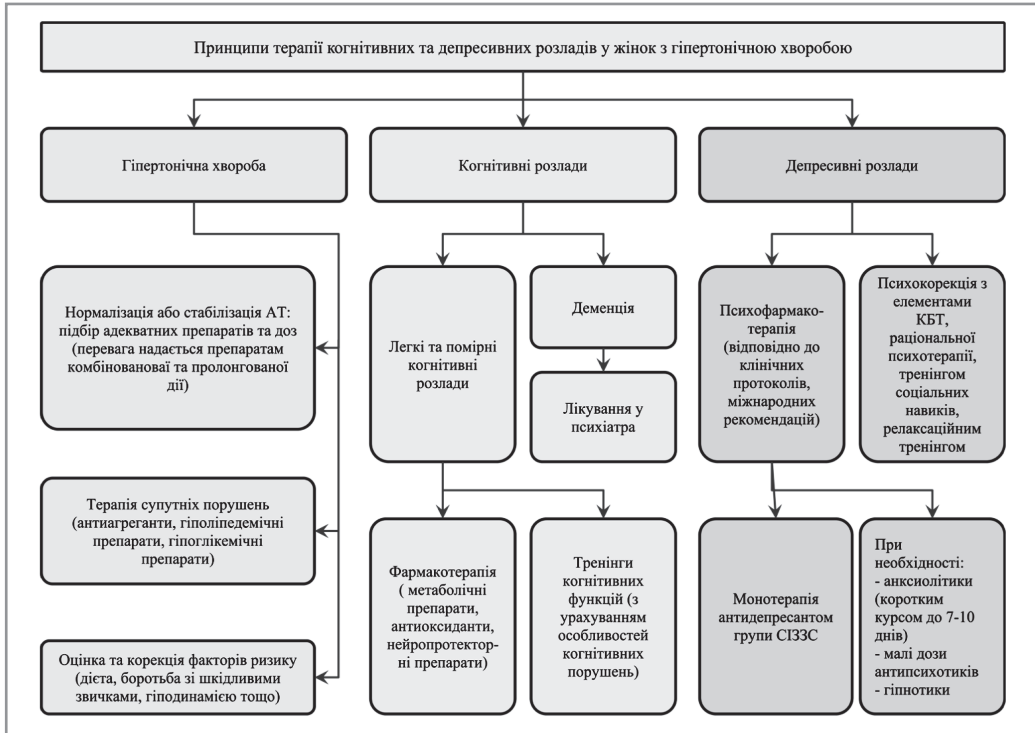


Рис. 1. Алгоритм діагностики когнітивних та депресивних розладів у жінок з гіпертонічною хворобою



**Рис.2.** Принципи терапії когнітивних та депресивних розладів у жінок з гіпертонічною хворобою

Примітка: СІЗЗС – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, КБТ – когнітивно-біхевіоральна терапія.

На другому етапі відібрані пацієнти ( $n=137$ ) проходили діагностичну програму (клінічне інтерв'ю з застосуванням шкали оцінки тяжкості депресії Гамільтона, оцінку діагностичних критеріїв депресивного розладу (МКХ-10), заповнювали уніфіковану карту обстеження пацієнта, шкалу реактивної (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) Ч.Д. Спілбергера і Ю.А. Ханіна, проводилось експериментально-психологічне дослідження (таблиці Шульте, методика «10 слів», коректурна проба, «шифровка», методики: класифікація предметів, виключення зайвого, тлумачення прислів'їв та приказок), Монреальський когнітивний тест (MoCA), вивчалася медична документація. В результаті було сформовано 2 групи: основна ( $n=102$ ) – жінки з ДР у поєднанні з ГХ та група порівняння ( $n=35$ ) – жінки з ГХ без актуальної психопатології. Середній вік основної групи –  $61,30 \pm 7,36$  року, групи порівняння –  $60,28 \pm 6,46$  року. Групи були співставними між собою за статтю, віком, місцем та умовами проживання, освітою, приналежністю до професійної групи, тривалістю ГХ.

На третьому етапі на підставі аналізу клініко-психопатологічних депресивних розладів та характерних ознак когнітивних порушень був розроблений алгоритм лікувально-діагностичної допомоги, тренінг когнітивних функцій для жінок з ДР у поєднанні з ГХ та оцінена його ефективність. Для цього основна група була поділена на 2 групи: група А ( $n=57$ ) – пацієнти, які отримували комплексну терапію (фармакотерапію, психокорекцію та тренінг когнітивних функцій), та група Б ( $n=45$ ) – жінки, які отримували стандартну фармакотерапію депресивного розладу та ГХ. Групи А та Б не відрізнялися між собою рівнем когнітивних порушень, тяжкістю депресивних розладів та рівнями РТ і ОТ.

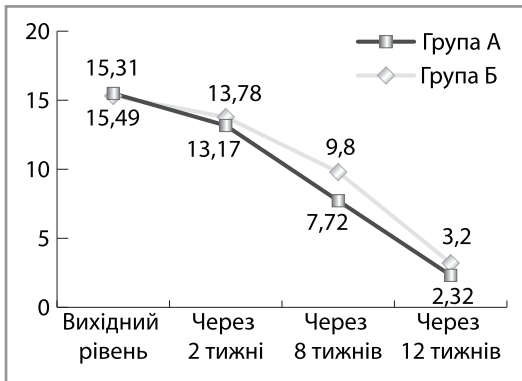
## Результати та їх обговорення

В результаті обстеження ДР було діагностовано у 102 жінок (32,9%). Стрижневі патопсихологічні синдроми були представлені тривожно-депресивним (54,9%), астено-депресивним (37,3%) та депресивно-іпохондричним (7,8%) синдромом. Відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10 у 52 (51,0%) пацієнтів був встановлений діагноз органічного депресивного розладу, у 16 (15,7%) – дистимії, у 30 (29,4%) – розлад адаптації, у 4 (3,9%) – депресивний епізод.

Дослідження рівня тривожності показало, що високий рівень РТ мали 64 (62,7%) жінки основної групи, та 8 (22,9%) групи порівняння. Середній РТ мали 38 (37,3%) пацієток основної групи, та 20 (57,1%) групи порівняння. У основній групі були відсутні жінки з низьким рівнем РТ, у групі порівняння таких осіб було 7 (20%). Високий та середній рівень ОТ було діаг-

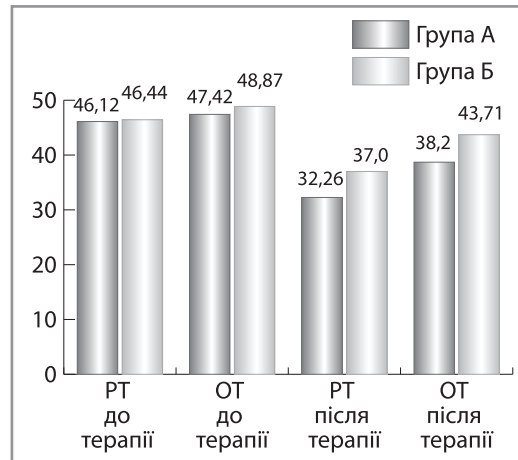
ностовано 65 (63,7%) та 37 (36,3%) хворим основної групи; відповідно 14 (40%) і 16 (45,7%) жінкам групи порівняння. Низький рівень ОТ спостерігався лише у 5 (14,3%) пацієнтів групи порівняння. Отже, висока тривожність є певною характеристикою жінок з ГХ і може розглядатися як преморбідна риса для формування афективних розладів. Будучи внутрішнім фактором ризику, висока ОТ сприяє порушенню механізмів психологічної адаптації, що призводить до виникнення та / або загострення нервово-психічних і соматичних захворювань.

Когнітивні порушення було діагностовано у 92 (90,2%) пацієнтів основної групи та у 21 (60,0%) жінки групи порівняння. Відмічено розбіжності між скаргами пацієнтів на наявними порушеннями. Так, хворі на перше місце ставили погіршення пам'яті, в той час як при об'єктивному дослідженні перш за все виявлялися різні порушення уваги та підвищена втомлюваність. Результати виконання Монреальського когнітивного тесту показали, що загальний бал був нижче норми в обох групах; проте в основній групі це зниження було достовірно більш суттєвим ( $23,04 \pm 1,3$  бала), ніж у пацієнтів групи порівняння ( $24,5 \pm 1,4$ ). Переважна більшість порушень стосувалася сфери зорово-конструктивних та виконавчих навичок (копіювання кубу, тест малювання годинника), уваги (помилки при зворотному повторенні ряду чисел та серійному відніманні за Крепеліном), мовної функції (труднощі у повторенні речення з кількома зворотами), зниженні кількості відтворених слів. У деяких пацієнтів реєструвалося зниження швидкості мовлення, що проявлялося складнощами у називанні предметів на певну літеру алфавіту за 1 хвилину. У третини відмічена знижена здатність до абстрагування. Функції зорового гнозису та орієнтування були інтактними. Здатність до орієнтування не мала грубих порушень (незначна частина пацієнтів плутала поточну дату).



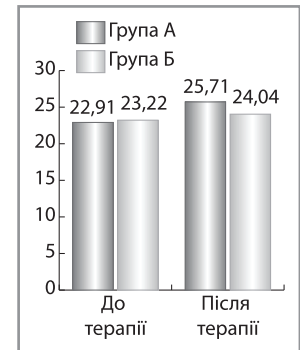
**Рис. 3.** Динаміка редуції депресивної симптоматики в групах А та Б (середні бали за HDRS)

Примітка: РТ – реактивна тривожність, ОТ – особистісна тривожність.



**Рис. 4.** Динаміка рівнів реактивної тривожності РТ та особистісної тривожності ОТ пацієнтів груп А та Б за шкалою Ч.Д. Спілберґера – Ю.Л. Ханіна в процесі терапії

Примітка: РТ – реактивна тривожність, ОТ – особистісна тривожність.



**Рис. 5.** Динаміка показників когнітивних функцій за Монреальським когнітивним тестом

На підставі аналізу отриманих даних був розроблений алгоритм лікувально-діагностичної допомоги досліджуваному контингенту (рис. 1 та 2), визначені мішені для психокорекції та сформований тренінг когнітивних функцій.

Психокорекція складалася з 5–7 сесій із застосуванням елементів КБТ, раціональної, сугестивної психотерапії, тренінгом соціальних навичок, релаксацийним тренінгом. Загальною метою психокорекції було: зменшення і/або повне усунення симптомів розладу, зниження ймовірності виникнення рецидиву після лікування; підвищення ефективності фармакотерапії; вирішення психосоціальних проблем; усунення причин, які сприяють розвитку психопатології: зміна дезадаптивних переконань (схем), корекція когнітивних помилок, зміна дисфункціональної поведінки.

Терапія сприяла редуції депресивної симптоматики (рис. 3) та зменшенню рівнів РТ і ОТ (рис. 4) в обох групах спостереження. Вірогідна різниця між показниками вираженості симптомів депресії у групах А та Б спостерігалася на 8-му тижні та після лікування, що свідчить про більш швидке настання нормотимії у жінок, які отримували комплексне лікування. Різниця показників зменшення РТ і ОТ в групах А та Б досягла статистичної значущості ( $p > 0,05$ ).

З урахуванням особливостей виявлених когнітивних порушень, розроблений тренінг когнітивних функцій включав вправи для розвитку уваги, пам'яті, дрібної моторики, мовної функції, зорово-просторових та конструктивних навичок (складання пазлів, вправи з таблицями Шульте, вирішення sudoku, лабіринту-смайлику, називання слів на певну літеру, відшукування пари карток, відшукування 10 відмінностей, буриме, вправи на синоніми, антоніми, омоніми, різноманітні рахункові вправи).

Перевагами запропонованого тренінгу є його універсальність (може використовуватися при різних ступенях порушень когнітивних функцій, в стаціонарних, амбулаторних та домашніх умовах), можливість модифікації під індивідуальні потреби пацієнта, доступність і простота використання, відносна мала вартість стимульного матеріалу, відсутність побічних ефектів, притаманних фармакотерапії, можливість виконання вправ невеликими частинами, взаємозамінність вправ, підкріплення результату позитивними

емоціями, відсутність обмежень використання у пацієнтів з низьким рівнем освіти, соціального статусу, можливість використання пацієнтами навіть з проблемами зору, делегування пацієнтові частини відповідальності за терапію.

До початку лікування групи А та Б суттєво не відрізнялися між собою за рівнем когнітивних порушень (рис. 5).

Лікування сприяло поліпшенню виконання експериментальних методик в обох групах: збільшився загальний бал за Монреальським когнітивним тестом, зросла швидкість виконання завдань, покращилась увага, зменшилась кількість помилок, збільшилась кількість відтворених з часом слів, втомала не так швидко, як до терапії. Рівень покращення когнітивних функцій був вірогідно більшим у групі пацієнтів, які поряд зі стандартною терапією ГХ та депресивного розладу отримували психокорекцію і виконували вправи з тренінгу когнітивних функцій.

Загальна ефективність впроваджених лікувально-корекційних заходів склала 73,6%. Нами відмічено, що більш швидке покращення когнітивних показників спостерігалось у пацієнтів з розладами адаптації та депресивним епізодом, порівняно з жінками з органічним розладом настрою чи дистимією, що свідчить про роль органічного фактору у формуванні більш виражених когнітивних порушень.

## Висновки

ДР зустрічаються у 32,9% жінок з ГХ та неоднорідні за своєю структурою. Було виділено провідні психопатологічні синдроми: тривожно-депресивний (54,9%), астено-депресивний (37,3%) та депресивно-іпохондричний (7,8%). Нозологічна приналежність відповідає критеріям органічного депресивного розладу (51,0%), дистимії (15,7%), розладу адаптації (29,4%) та депресивного епізоду (3,9%). Жінкам з ГХ притаманний високий рівень тривожності, що може призводити до виникнення та / або загострення нервово-психічних і соматичних захворювань і є мішенню для психотерапевтичної роботи.

Когнітивні порушення представлені зниженням об'єму, стійкості та цілеспрямованості уваги, погіршенням здатності до переми-

кання від одного завдання до іншого, підвищенням відволіканням, труднощами у засвоєнні нового матеріалу, порушеннями в сферах зорово-конструктивних та виконавчих навичок, помірним зниженням пам'яті, зниженим рівнем здатності до абстрагування та узагальнення. За отриманими даними у досліджуваного контингенту не виявлено порушення зорового гнозису та грубих порушень орієнтування. Поєднання депресії та ГХ може сприяти поглибленню когнітивного дефіциту.

Розширення терапевтичної програми депресивних та когнітивних розладів у жінок з ГХ за рахунок психокорекції та тренінгу когнітивних функцій показало свою ефективність у 73,6%. Краща динаміка показників когнітивного статусу у пацієнтів з легкими когнітивними розладами може свідчити про більшу оборотність порушень на початкових етапах патологічного процесу та підкреслює необхідність ранньої діагностики та комплексної терапії депресивних і когнітивних розладів у жінок з ГХ.

## Список використаної літератури

1. Організація психотерапевтичної допомоги в системі реабілітації хворих та інвалідів з психічними й поведінковими розладами, кризовими станами і потерпілих у результаті техногенних аварій і катастроф в умовах реформування охорони здоров'я (методичні рекомендації) / під ред. М.П. Бєро. – Донецьк.: Каштан, 2012. – 84 с.
2. Терапия антидепрессантами и другие методы лечения депрессивных расстройств. Доклад Рабочей группы CINP на основе обзора доказательных данных. – К.: ЧП ВИБ, 2009. – 216 с.
3. Gaszner P. About the menopausal depression / P. Gaszner // *Neuropsychopharmacol. Hung.* – 2005. – Vol. 7. – P.208–214.
4. Hollon S.D. Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combination treatment / S.D. Hollon, R.B. Jarret, A.A. Nierenberg et al. // *J. Clin. Psychiatry.* – 2005. Vol. 66. – P. 455–468.
5. Mental health action plan 2013–2020. – World Health Organization. – 2013. – 50 p. – Режим доступу: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf)
6. Practice guideline for treatment of patient with major depressive disorder (revision) / American Psychiatric Association // *Am. J. Psychiatry.* 2000. – Vol. 157. – P.1–45.
7. Sotsky S.M. Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program / S.M. Sotsky, D.R. Glass, M.T. Shea et al. // *Am. J. Psychiatry.* – 1991. – Vol. 148. – P. 997–1008.