

DOI: <https://doi.org/10.36425/rehab636145>

Нейропсихологические и личностные особенности пациенток подростково-юношеского возраста с депрессивными состояниями, сопровождающимися несуицидальным аутоагрессивным поведением, как основа для психотерапевтических и нейрореабилитационных стратегий

М.И. Олейчик, О.П. Шевченко, И.В. Олейчик, П.А. Баранов, А.С. Морева

Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

Обоснование. Депрессивные состояния зачастую сопровождаются когнитивными нарушениями, которые приводят к дезадаптации, снижению работоспособности и качества жизни, возникновению аутоагрессивного поведения, что обуславливает необходимость изучения основ для разработки специализированных программ.

Цель исследования — выявление особенностей когнитивного профиля и личностных характеристик больных подростково-юношеского возраста с депрессиями, сопровождающимися несуицидальным самоповреждающим поведением, для разработки нейрореабилитационной и психотерапевтической программы.

Материалы и методы. Обследовано 50 пациенток женского пола в возрасте от 16 до 25 ($19 \pm 2,2$) лет с депрессивными состояниями различной нозологической природы (F31.3–4; F34.0; F21.3–4+F31.3–4; F60.X+F31.3–4), сопровождаемыми несуицидальным самоповреждающим поведением (клиническая группа). Применён метод нейропсихологической диагностики с использованием батареи тестов А.Р. Лурия; проведена оценка личностных особенностей пациенток с помощью клинического интервью и психометрического метода. Контрольную группу составили 50 человек женского пола в возрасте от 16 до 25 ($18 \pm 1,4$) лет.

Результаты. Полученные результаты указывают на наличие специфических особенностей когнитивной сферы у пациенток подростково-юношеского возраста, страдающих депрессивными состояниями с несуицидальным самоповреждающим поведением в рамках различных нозологий. В состоянии высших функций пациенток обнаружены значительные нарушения работы исполнительных и регуляторных функций, сопровождаемые нарушениями нейродинамики мыслительных процессов и снижением общей психической активности. Выраженность симптомов и их сочетание могут рассматриваться в контексте специфического когнитивного и личностного профиля этой группы больных. На основе полученных данных сформулированы основные принципы нейрореабилитационных и психотерапевтических стратегий.

Заключение. Полученные результаты указывают на необходимость комплексного подхода к реабилитации лиц с депрессивными состояниями. Представляются перспективными дальнейшее исследование интеграции этих подходов и анализ их долговременных результатов, что может стать базой для разработки более эффективных немедикаментозных методов терапии в сфере психического здоровья.

Ключевые слова: нейрокогнитивный дефицит; реабилитация; когнитивный тренинг; депрессивные состояния; несуицидальное самоповреждающее поведение; юношеский возраст.

Как цитировать:

Олейчик М.И., Шевченко О.П., Олейчик И.В., Баранов П.А., Морева А.С. Нейропсихологические и личностные особенности пациенток подростково-юношеского возраста с депрессивными состояниями, сопровождающимися несуицидальным аутоагрессивным поведением, как основа для психотерапевтических и нейрореабилитационных стратегий // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. 2024. Т. 6, № 4. С. 324–335. DOI: <https://doi.org/10.36425/rehab636145>

DOI: <https://doi.org/10.36425/rehab636145>

Neuropsychological and personality traits of adolescent and young adult female patients with depression accompanied by non-suicidal auto-aggression: basis for psychotherapy and neurorehabilitation strategies

Michael I. Oleychik, Olga P. Shevchenko, Igor V. Oleichik, Petr A. Baranov, Alexandra S. Moreva

Mental Health Research Center, Moscow, Russia

ABSTRACT

BACKGROUND: Depression is often accompanied by cognitive impairments leading to maladaptation, decreased performance, reduced quality of life, and auto-aggression. Thus, it is required to study their basis to develop special therapeutic programs.

AIM: This study identifies the cognitive profile and personality traits of adolescent and young adult patients with depression accompanied by non-suicidal self-harming behavior (NSSHB) as a basis for a neurorehabilitation and psychotherapy program.

METHODS: The study included 50 female patients aged 16–25 (mean age 19 ± 2.2) with various types of depression (F31.3–4; F34.0; F21.3–4+F31.3–4; F60.X+F31.3–4), accompanied by NSSHB (study group). Neuropsychological assessments were conducted using Luria's neuropsychological battery. The study also involved a personality assessment of patients using a clinical interview and psychometrics. The control group included 50 females aged 16–25 (mean age 18 ± 1.4). Psychometrics included the Interpersonal Needs Questionnaire (INQ) and the Deviant Behavior Manifestations Questionnaire (H-h). Moreover, this part of the study used Fear of Pain Questionnaire (FPQ-SF) and Pain Catastrophizing Scale (PCS) as an additional tool to assess possible correlations.

RESULTS: The study showed that young female patients with depression and NSSHB had a number of neuropsychological and personality traits, including impaired voluntary emotion regulation and reduced cognitive flexibility. These are potential factors of behavioral deviations leading to maladaptation. The findings indicate the need for a comprehensive approach to rehabilitation of individuals with depressive disorders, integrating neuropsychological techniques and psychotherapy. Special support programs help reduce anxiety and have a positive effect on the patient's cognition and quality of life. Further research into the integration of these strategies and their long-term impact is suggested, as they may form the basis for more effective non-pharmacological treatments for mental health disorders.

CONCLUSION: The findings suggest specific cognitive traits in adolescent and young adult patients with various types of depression accompanied by NSSHB. For higher functions, patients show significant impairment in executive functions, regulatory control, thought process neurodynamics, and general mental activity. The severity of symptoms and their combination may be considered in the context of a specific cognitive and personality profile of this group of patients. Basic neurorehabilitation principles and psychotherapy strategies for such patients were developed based on the collected data.

Keywords: neurocognitive deficit; rehabilitation; cognitive training; depressive states; non-suicidal self-harming behaviour; adolescence.

To cite this article:

Oleychik MI, Shevchenko OP, Oleichik IV, Baranov PA, Moreva AS. Neuropsychological and personality traits of adolescent and young adult female patients with depression accompanied by non-suicidal auto-aggression: basis for psychotherapy and neurorehabilitation strategies. *Physical and rehabilitation medicine, medical rehabilitation*. 2024;6(4):324–335. DOI: <https://doi.org/10.36425/rehab636145>

Список сокращений

DIS (Discomfort Intolerance Scale) — шкала интолерантности к дискомфорту

FPQ-SF (Fear of Pain Questionnaire — Short Form) — опросник страха перед болью

H-h — анкета проявлений девиантного поведения

INQ (Interpersonal Needs Questionnaire) — опросник межличностных потребностей

PCS (Pain Catastrophizing Scale) — шкала катастрофизации боли

ОБОСНОВАНИЕ

Депрессивные состояния зачастую сопровождаются когнитивными нарушениями, которые приводят к дезадаптации, снижению работоспособности и качества жизни, возникновению аутоагрессивного поведения, что обуславливает необходимость разработки специализированных программ [1–3].

В рамках депрессивных расстройств у пациентов юношеского и молодого возраста можно наблюдать широкий спектр проявлений, сопровождающих клиническую симптоматику в острый период или возникающих вследствие продолжительного проживания ситуации болезни. Так, например, у пациентов с затяжными депрессивными состояниями могут наблюдаться симптомы дезадаптации, способные оказывать значительное влияние как непосредственно на качество жизни больного, так и благоприятность прогноза при лечении депрессий.

В современной науке и медицине существует ряд методов и подходов, используемых для терапии депрессий и депрессивных состояний. В доказательной медицине предпочтение отдаётся психофармакотерапии, однако наряду с этим широко применяются и немедикаментозные подходы к лечению депрессии, такие как электросудорожная терапия, транскраниальная магнитная стимуляция, метод биологической обратной связи под контролем электроэнцефалограммы (БОС-ЭЭГ-терапия), рефлексотерапия, а также ряд психотерапевтических и нейрореабилитационных методов, направленных на восстановление ресурсов личности, формирование критики к болезни, приверженности лечению, развитие гибкости мышления, адаптацию и абилитацию в условиях болезни [4].

Депрессивные состояния сопровождаются утратой мотивации и снижением энергетического тонуса. В случае возникновения затяжных депрессивных состояний данные особенности могут приводить к утрате навыков повседневной деятельности, что негативно отражается на функциональных возможностях и качестве жизни пациентов.

Нейропсихологическая реабилитация и эрготерапия взаимосвязаны в контексте восстановления функций и улучшения качества жизни пациентов с неврологическими и психическими расстройствами. Нейропсихологическая реабилитация фокусируется на восстановлении когнитивных процессов, таких как внимание, память

и исполнительные функции, через специализированные психотерапевтические методы. Эрготерапия, в свою очередь, направлена на развитие и поддержку навыков повседневной деятельности и социальной адаптации. Однако следует отметить, что все вышеперечисленные методы апробированы преимущественно на клинических группах зрелого и пожилого возраста с установленными когнитивными нарушениями, представляющими собой непосредственно основу самого психического заболевания (примером такого заболевания служит деменция) или же сопровождающими психические отклонения [5]. Актуальным остаётся и вопрос возможности применения различных методов когнитивного тренинга, первоначально разработанных для психически здоровых людей [6].

Депрессия сопровождается рядом факторов, которые могут привести к дезадаптации. Стигматизация и недостаток знаний о заболевании часто усугубляют ситуацию, отдаляя обращение за помощью. Бытовая дезадаптация проявляется аспонтанностью, астеничностью и безразличием к повседневным задачам, что может привести к социальной дезадаптации и изоляции. Эмоциональные нарушения, возникающие при депрессии, влияют на интерпретацию поведения окружающих людей и затрудняют установление стойких межличностных контактов. Когнитивные нарушения, сопровождающие депрессию, приводят к снижению работоспособности, в то время как когнитивная ригидность препятствует адаптации к изменяющимся условиям, что усугубляет негативные последствия данного психического состояния [5].

Одним из основных психотерапевтических подходов, предлагаемых в современной клинической практике, является метод когнитивно-бихевиоральной (когнитивно-поведенческой) терапии, основанный на выявлении и изменении дисфункциональных мыслей и паттернов поведения, имеющий, по некоторым данным, самую высокую степень доказанной эффективности при лечении депрессии. В последние годы на основе когнитивно-бихевиоральной терапии был создан и апробирован новый метод метакогнитивного тренинга, направленный на глубокую проработку и регуляцию мыслительных процессов. Применение метакогнитивного тренинга в терапии депрессивных состояний обусловлено его потенциальной эффективностью в коррекции дисфункциональных мыслительных процессов и формировании гибкости когнитивных стратегий. Метакогнитивные навыки, такие

как осознание и регулирование собственных мыслительных процессов, способствуют уменьшению негативного самообвинения и руминативного мышления (заикливание), что в свою очередь способствует улучшению эмоционального состояния и уменьшению интенсивности симптоматики депрессии. Метакогнитивный тренинг фокусируется на развитии осознания индивидуальных когнитивных стилей и привычек, что позволяет пациентам более эффективно справляться с негативными мыслями и повышать уровень психоэмоциональной адаптации [7].

Личностные особенности пациентов юношеского и молодого возраста играют значительную роль в понимании их состояния и выборе подхода к психотерапии. Высокий уровень нейротизма, импульсивности и наличие дезадаптивных личностных черт значительно усугубляют проявления депрессии и могут приводить к актуализации аутоагрессивных тенденций [2]. Для эффективного лечения важно учитывать специфику личностного профиля и разрабатывать индивидуализированные психологические интервенции, направленные на развитие здоровых способов регуляции собственных эмоциональных переживаний.

Следует подчеркнуть, что в научной литературе термин «когнитивные функции» интерпретируется различными способами в зависимости от контекста дисциплины. В рамках нейропсихологии данный термин относится к высшим психическим функциям, таким как внимание, память, восприятие и языковая деятельность. Эти функции исследуются с точки зрения их локализации в мозге, взаимодействия различных нейронных структур и механизмов их регуляции. В психотерапевтической практике когнитивные функции трактуются через призму процессов, связанных с мышлением, включая анализ, синтез, планирование и решение проблем. Акцент делается на том, как когнитивные искажения и дисфункциональные паттерны мышления могут влиять на эмоциональное состояние и поведение индивида. Таким образом, понимание и коррекция когнитивных функций становятся важным аспектом психотерапевтического вмешательства. Эти различия в использовании термина подчёркивают необходимость контекстуального подхода в изучении когнитивных процессов, что позволяет более полно учитывать их разнообразие и многоаспектность в рамках различных психологических и неврологических дисциплин.

В результате сравнительного анализа подходов к нейрореабилитации можно отметить, что большинство из них ориентированы на пациентов взрослого и пожилого возраста, что характерно как для нейропсихологии, так и для эрготерапии. Вместе с тем некоторые методики, такие как метакогнитивный тренинг, охватывают когнитивную сферу лишь в контексте процессов мышления. В связи с этим возникает необходимость разработки специализированной программы, направленной на категорию пациентов с депрессивными состояниями

юношеского и молодого возраста, которая будет интегрировать элементы данных подходов.

Данное исследование посвящено изучению особенностей когнитивного функционирования пациентов юношеского и молодого возраста, страдающих депрессиями, с целью определения основ для разработки специфической для данной возрастной и нозологической группы программы когнитивного тренинга. Необходимость более раннего вмешательства в процесс реабилитации пациента для успешного возвращения к нормальной жизни обусловлена тем, что своевременные меры повышают шансы на благоприятные исходы.

Цель исследования — выявление особенностей когнитивного профиля и личностных характеристик больных подростково-юношеского возраста с депрессиями, сопровождающимися несуйцидальным самоповреждающим поведением, как основы для разработки нейрореабилитационной и психотерапевтической программы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Данное исследование является экспериментальным неослепленным одноцентровым выборочным контролируемым.

Критерии соответствия

Критерии включения: возраст от 16 до 25 лет (включительно); установленное врачом-психиатром депрессивное состояние (F31.3–4; F34.0; F21.3–4+F31.3–4; F60.X+F31.3–4 по Международной классификации болезней Десятого пересмотра); несуйцидальное самоповреждающее поведение в анамнезе, подтвержденное лечащим врачом-психиатром.

Критерии невключения: наличие на момент обследования острой психотической симптоматики, органической патологии центральной нервной системы, тяжёлых хронических соматических заболеваний, алкоголизма и зависимостей от психоактивных веществ, умственной отсталости.

Условия проведения

Поиск участников исследования проводился на базе ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» РАМН с вовлечением врачей-психиатров и медицинских психологов с целью установления достоверной информации о диагнозе и анамнестических особенностях пациентов.

Продолжительность исследования

С сентября 2023 года по декабрь 2024 года.

Описание медицинского вмешательства

Обследованы пациенты женского пола ($n=50$) в возрасте от 16 до 25 лет (средний возраст $19\pm 2,2$ года) с несуйцидальным самоповреждающим поведением

при депрессивных состояниях различной нозологической природы (F31.3–4; F34.0; F21.3–4+F31.3–4; F60.X+F31.3–4 по Международной классификации болезней Десятого пересмотра), ранее проходивших лечение в клиническом отделении группы по изучению эндогенных приступообразных психозов отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (руководитель — д.м.н. А.Н. Бархатова) ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» РАМН (и.о. директора — д.м.н. Ю.А. Чайка) (клиническая группа). Пациентки проходили нейropsychологическое обследование, тестирование с помощью опросников и участвовали в клиническом интервью в состоянии, скорректированном адекватной психофармакотерапией, которое давало возможность проведения данных методик.

Методы регистрации исходов

Настоящее исследование представляет собой интегративный анализ характеристик нейropsychологического профиля и предрасположенности к девиантному поведению в контексте когнитивных и личностных факторов, способствующих формированию дезадаптации при депрессивных состояниях.

Для оценки особенностей нейрокогнитивной сферы был применён метод нейropsychологического синдромного анализа с использованием тестовой батареи А.Р. Лурия. Данный метод основан на теории системно-динамической локализации высших психических функций и концепции трёх функциональных блоков, предложенной А.Р. Лурией. В соответствии с данной теорией, каждая высшая психическая функция представляет собой сложную функциональную систему. Функционирование этих систем осуществляется мозгом как единой интегративной структурой, при этом различные нейронные структуры вносят свой вклад в реализацию каждой конкретной функции.

Одним из ключевых принципов нейropsychологического синдромного анализа является выделение первичных и вторичных нарушений, а также выявление сохранных звеньев функциональных систем, обеспечивающих работу высших психических функций человека. Применение данного метода обосновано задачей исследования — необходимостью анализа особенностей нейрокогнитивного функционирования у рассматриваемой группы пациентов с целью дальнейшей разработки специализированной программы нейрореабилитации.

В качестве основного инструмента оценки личностных особенностей использованы клиническое интервью и психометрические методы: опросник межличностных потребностей (Interpersonal Needs Questionnaire, INQ) и анкета проявлений девиантного поведения. В качестве вспомогательного инструмента в данной части исследования для оценки возможных корреляций использованы опросник страха перед болью (Fear of Pain Questionnaire — Short Form, FPQ-SF), шкала инtolерантности к дискомфорту (Discomfort Intolerance Scale,

DIS) и шкала катастрофизации боли (Pain Catastrophizing Scale, PCS). Вышеперечисленные методики направлены на оценку склонности к девиантному поведению по типу несуицидального самоповреждающего поведения, а также факторов, таких как суицидальные тенденции, уровень агрессии, адекватность субъективной оценки собственного состояния и чувство принадлежности к социуму.

Исходы исследования

Основной исход исследования. Оценка нейрокогнитивного и личностного профиля пациенток подростково-юношеского возраста с депрессивными состояниями, сопровождаемыми несуицидальными самоповреждениями; определение основ для разработки нейрореабилитационных и психотерапевтических стратегий.

Дополнительные исходы исследования. Оценка мотивов самоповреждающего поведения у пациенток юношеского возраста с депрессивными состояниями с целью разработки специфических психотерапевтических материалов для реабилитации пациентов и психоконсультирования родственников пациентов.

Этическая экспертиза

Настоящее исследование проведено в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации по вопросам медицинской этики с соблюдением прав, интересов и личного достоинства участников. План исследования одобрен локальным этическим комитетом ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, протокол № 746 от 18.03.2021. Пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Статистический анализ

Размер выборки предварительно не рассчитывался.

Статистический анализ данных осуществлялся при помощи программного обеспечения IBM SPSS Statistics 29.0.2.0. Сравнение групп испытуемых проводилось с контрольно-нормативной группой при помощи U-критерия Манна–Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Объекты (участники) исследования

В исследование включено 50 пациенток женского пола в возрасте от 16 до 25 (средний возраст $19 \pm 2,2$) лет с несуицидальным самоповреждающим поведением при депрессивных состояниях различной нозологической природы (F31.3–4; F34.0; F21.3–4+F31.3–4; F60.X+F31.3–4 по МКБ–10). Контрольную группу составили 50 психически здоровых женщин в возрасте от 16 до 25 (средний возраст $18 \pm 1,4$) лет.

Испытуемые всех групп являлись праворукими, однако в 15% случаев присутствовало семейное левшество у родственников.

Нейропсихологическое исследование когнитивного профиля пациентов. По результатам нейропсихологической диагностики установлено, что все пациенты, страдающие от депрессии, демонстрируют когнитивный дефицит в различных аспектах психической деятельности, таких как мнестические процессы, регуляторно-исполнительные функции и нейродинамика психической активности. Отмечаются выраженная клиническая неоднородность и значительная вариативность выраженности когнитивных нарушений в данной группе. Полученные данные

свидетельствуют о том, что выраженность симптомов и их сочетание в клинической картине не могут быть классифицированы как нейропсихологический синдром. Вместе с тем их представленность и специфика проявлений могут быть оценены в контексте формирования когнитивного профиля данной группы пациентов (рис. 1). Полученные данные были подвергнуты статистической обработке с использованием программы SPSS Statistics и U-критерия Манна–Уитни (см. рис. 1; табл. 1), отражающей индекс выраженности нарушений когнитивных функций (в баллах).

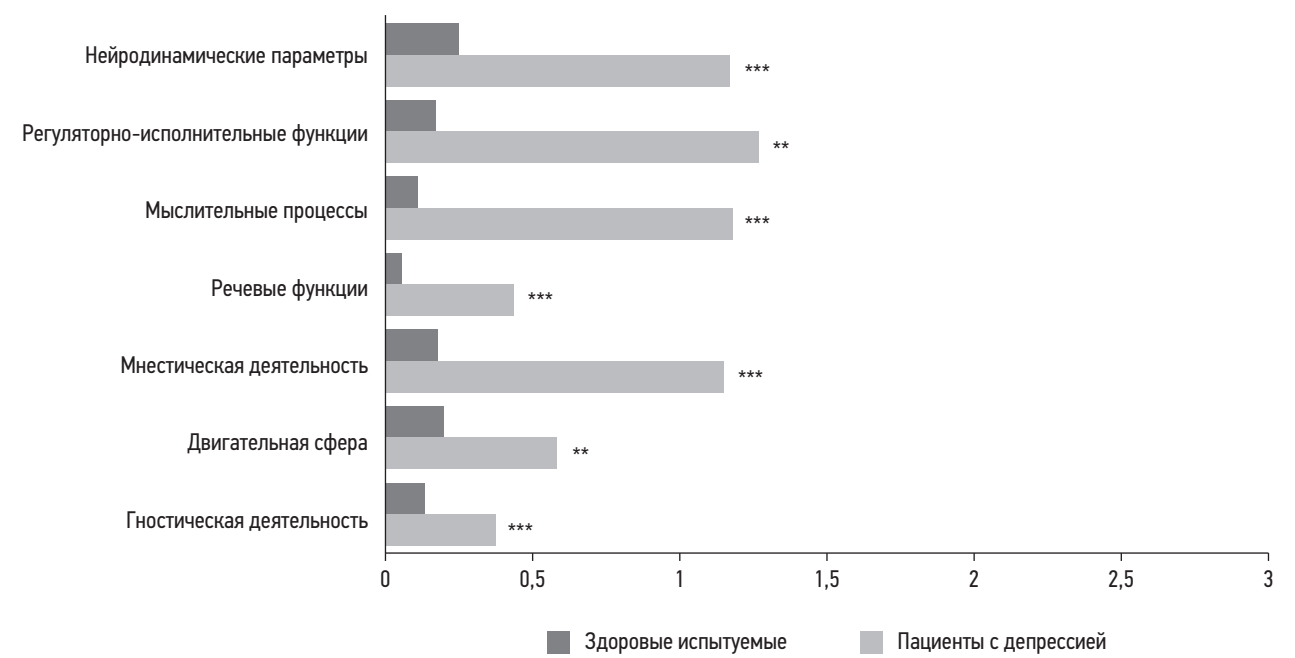


Рис. 1. Индекс выраженности нарушений когнитивных функций (в баллах). В ячейках указаны средние значения по группам обследованных. Уровень статистической значимости различий при сравнении с нормой (p): * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Fig. 1. Cognitive impairment severity index (score). The first column shows adolescent patients with depression and non-suicidal self-harming behavior, the second column shows healthy subjects (control group). The cells specify the average group values for examined subjects by group. Significance of differences versus reference values: *, $p < 0.05$; **, $p < 0.01$; ***, $p < 0.001$.

Таблица 1. Индекс выраженности нарушений когнитивных функций (в баллах). В ячейках указаны средние значения по группам обследованных

Table 1. Cognitive impairment severity index (in points)

Сфера психической деятельности	Пациенты с депрессией	Здоровые испытуемые
Гностическая деятельность	0,37	0,13
Двигательная сфера	0,58	0,2
Мнестические функции	1,15	0,18
Речевые функции	0,44	0,05
Мыслительная деятельность	1,18	0,11
Регуляторные функции	1,27	0,17
Нейродинамика	1,17	0,25

В группе пациентов юношеского возраста, страдающих депрессией, выявлены значимые различия ($p < 0,05$) по показателям нейродинамики психической деятельности, регуляторно-исполнительных функций и мнестической деятельности по сравнению с показателями контрольной группы. У данной категории больных наблюдались характерные изменения в показателях нейродинамики психической деятельности. Отмечались выраженная утомляемость в процессе обследования, а также истощаемость психических процессов; определялись стабильный низкий темп и низкая производительность психической активности, что также подтверждается результатами сравнения с контрольной группой. Регуляторно-исполнительная сфера демонстрировала выраженные нарушения в способности к планированию целенаправленной деятельности, контролю и оценке совершаемых действий. Наблюдалось нарастание симптоматики при выполнении комплексных заданий, требующих осознанных и последовательных действий, при относительной сохранности автоматизированных навыков.

В гностической деятельности наблюдались выраженная импульсивность и наличие атипичных ассоциаций в тестах на зрительный предметный гнозис, при этом отмечались заметное снижение критичности к допущенным ошибкам, негативизм в ситуации обследования.

Речевая сфера пациентов характеризовалась относительной сохранностью, однако выявлялись вторичные (относительно нарушений регуляторной сферы) ошибки, такие как импульсивные парафазии в устной и письменной речи. Кроме того, отмечалось снижение беглости речи и её интонационной выразительности.

В клинической группе пациентов наблюдалась относительная сохранность пространственного фактора. В отдельных случаях при выполнении нейропсихологических тестов на конструктивно-пространственный праксис фиксировались единичные ошибки, связанные с небрежностью, лёгкие метрические отклонения, а также проявления импульсивности или замедленности в рисовании. Наблюдалось также нарушения проекции в виде плоскостного рисунка, фиксируемые менее чем в 30% случаев. У некоторых пациентов выявлялись трудности при выполнении счётных операций, выражающиеся в ошибках при переходе через десяток.

У пациентов клинической группы наблюдалась сохранность кинетической, кинестетической и пространственной основ произвольных движений и действий. В отдельных случаях (менее 30%) выявлялись трудности в начале выполнения задания, замедленность в осуществлении двигательных проб, а также ошибки регуляторного характера, такие как импульсивность и ускорение темпа выполнения при снижении продуктивности. Однако в клинической группе не выявлено статистически значимых различий ($p < 0,05$) в аспектах речевой и гностической деятельности, а также в сфере праксиса в сравнении с контрольной группой.

В области мнестической деятельности у пациентов данной группы обнаружены значительные нарушения как в слухоречевой, так и зрительной модальностях. При исследовании слухоречевой памяти обращают внимание на нарушение избирательности запоминания, снижение объёма непосредственного слухоречевого запоминания, что сопровождается замедленной вработываемостью.

Учитывая сохранность кинетических и пространственных основ произвольных движений, эти аспекты можно рассматривать как потенциальные ресурсы для нейрореабилитации, что открывает новые возможности для разработки реабилитационных программ.

Таким образом, результаты, полученные в ходе нейропсихологического исследования, указывают на наличие у пациентов данной группы когнитивного дефицита, связанного, предположительно, с функциональной недостаточностью префронтальных, премоторных и моторных отделов лобных долей коры головного мозга, а также субкортикально-стволовых структур и лимбической системы.

Личностный профиль пациентов. В ходе данного исследования получены результаты, указывающие на наличие у респондентов исследуемой группы специфических личностных факторов. У пациентов, составивших клиническую группу, была выражена сензитивность относительно социального взаимодействия, что проявлялось на сверхценном уровне в навязчивом сравнении себя с окружающими, излишнем беспокойстве об оценке себя другими и своей деятельности, утрированной социальной желательности, формировании сензитивных идей отношений. В ходе клинической беседы пациенты предъявляли активные жалобы на выраженное чувство одиночества и отчуждения, которое способствовало усилению депрессивных переживаний и приводило к попыткам справиться с эмоциональной болью через самоповреждение. У всех респондентов отмечались трудности дифференциации чувств и эмоциональных состояний, что выражалось в парадоксальных реакциях на внешние события, неспособности связать стимул и вызванную им реакцию. Данная особенность проявлялась в том числе в отчуждении и смешивании переживаемых эмоций, что также повышало вероятность спонтанных эпизодов самоповреждения в моменты повышенной эмоциональной нагрузки.

Характерной чертой испытуемых клинической группы являлась неустойчивость представлений о себе и мире, что проявлялось низкой самооценкой, отсутствием сформированных ценностей, нереалистичным и критическим восприятием мироустройства. Присутствовало характерное для депрессивных состояний явление сокращения временной перспективы, вследствие чего снижалась способность к планированию отдалённых во времени событий, последствий своих поступков и принятых решений; возникали учебная и трудовая дезадаптация, различные варианты импульсивных действий, таких как несуицидальные самоповреждения или расточительные покупки, а также некоторые варианты аддикций.

Следует отметить, что доминирующей психологической защитой являлась идеализация, сменяемая тотальным обесцениванием. Данная модель восприятия была связана с когнитивным искажением «выборочного абстрагирования», склонностью создавать фантастические образы объектов, при разрушении которых возникали тяжёлые негативные переживания. Результаты некоторых исследований показывают, что индивидуумы с нарциссическими чертами могут прибегать также к самоповреждениям как способу привлечения внимания или манипуляции окружающими [8].

У всех пациентов исследуемой группы были выявлены конфликтные отношения в рамках семьи. Каждый участник исследования сообщал о наличии ссор, недопонимания, угнетающей атмосферы в семье, а также о дефиците чувства безопасности (существует необходимость дальнейшего исследования для более точного определения роли данного фактора в качестве следствия или предиктора депрессивного расстройства). У пациентов наблюдались затруднения в формировании продолжительных романтических отношений.

Основные результаты исследования

Согласно данным, полученным в ходе исследования с помощью психометрического метода (анкета проявлений девиантного поведения; опросник межличностных потребностей; шкала катастрофизации боли; шкала интолерантности к дискомфорту), в клинической группе присутствует личностная деформация, вызванная продолжительным опытом болезни. В группе здоровых участников не наблюдается корреляции между показателями «агрессивного поведения» (по шкале Н-н) и «восприятия боли» (по шкале DIS), однако показана отрицательная корреляция, свидетельствующая о взаимосвязи роста агрессии при снижении страха перед болью. Обращает внимание сходная природа переработки переживаний в обеих группах сравнения: с ростом чувства беспомощности наблюдается увеличение необходимости в психологической поддержке, однако при увеличении тревоги перед усилением болезненности и потере чувства принадлежности только в группе здоровых пациентов наблюдалось возрастание выраженности субъективной оценки необходимости психологической помощи.

Сравнительный анализ двух групп показывает, что у здоровых респондентов присутствует положительная корреляция между суицидальными наклонностями и чувством беспомощности, что нехарактерно для пациентов с депрессией и самоповреждающим поведением. Пациенты демонстрировали меньшую чувствительность к боли различных видов и большую склонность пренебрегать физическим дискомфортом на фоне усиливающегося агрессивного поведения. Это наблюдение может быть объяснено через призму психоаналитической теории, которая интерпретирует самоповреждение как перенос агрессивных эмоций с внешнего

объекта на субъект, испытывающий эти чувства. В исследуемой группе пациентов употребление алкоголя может рассматриваться как способ совладания с симптомами депрессии, что подтверждалось результатами психометрического исследования.

У здоровых участников исследования выявлена положительная связь между «субъективной потребностью в психологической помощи» (по шкале Н-н) и рядом таких факторов, как «беспомощность» (по шкале PCS; корреляция 0,543; p -value 0,005), «тревога усиления боли» (по шкале PCS; корреляция 0,466; p -value 0,019), «чувство нарушенной принадлежности» (по шкале INQ; корреляция 0,443; p -value 0,026). Выявлена корреляция между показателями «тревожные и навязчивые мысли» (по шкале Н-н) и такими параметрами, как «страх перед малой болью» (по шкале PCS; корреляция 0,565; p -value 0,003), «тревога усиления боли» (по шкале PCS; корреляция 0,514; p -value 0,009), «беспомощность» (по шкале PCS; корреляция 0,410; p -value 0,042), «чувство нарушенной принадлежности» (по шкале INQ; корреляция 0,480; p -value 0,015). Получена корреляция между показателями «суицидальные мысли» (по шкале Н-н) и «беспомощность» (по шкале PCS; корреляция 0,476; p -value 0,016).

Описанные выше данные могут указывать на то, что здоровые участники способны к более адекватной оценке своего состояния и проявляют активность в поиске помощи в качестве заботы о здоровье. Таким образом, респонденты группы нормы показали более высокий уровень способности к выявлению и анализу своих эмоций, что позволило им более точно понимать и оценивать своё текущее психоэмоциональное состояние.

Анализ данных показал, что «тревожные и навязчивые мысли» (по шкале Н-н) коррелируют с социальными и профессиональными трудностями. Данный фактор негативно влияет на психическое здоровье и адаптацию, что обуславливает необходимость внедрять психотерапию в реабилитацию при лечении депрессии с целью восстановления работоспособности и улучшения качества жизни.

Нежелательные явления

Авторы заявляют об отсутствии нежелательных явлений в ходе проведения данного исследования.

ОБСУЖДЕНИЕ

В структуре депрессии с точки зрения клинической симптоматики мы можем наблюдать такие симптомы, как астения, аспонтанность, снижение активности, идеомоторная заторможенность. При изучении этих особенностей с нейropsychологической точки зрения данные нарушения могут быть расценены как проявления функциональной слабости субкортикально-стволовых структур (модально-неспецифический фактор) и/или

недостаточности премоторных и префронтальных отделов коры больших полушарий головного мозга (передняя ассоциативная зона) [8].

Вышеописанные результаты подтверждают и качественно дополняют данные, полученные в зарубежных и отечественных исследованиях [1, 3, 5, 8], тем не менее важнейшими особенностями нейропсихологического подхода к реабилитации пациентов различного профиля являются определение основы для компенсации имеющихся нарушений и реструктуризация когнитивных процессов с учётом сохранных и нарушенных звеньев психических систем.

Полученные в ходе данного исследования результаты показали, что наиболее сохранными являются модально-специфические функции, характеризующие, преимущественно, работу вторичных и третичных отделов коры больших полушарий головного мозга и относящиеся к задней ассоциативной области. Таким образом, с нейропсихологической точки зрения, при построении программы реабилитации пациентов исследованной группы следует опираться на сохранность зрительной памяти, зрительного внимания и восприятия (предметного гнозиса), а также достаточную сохранность сенсорных и моторных отделов, позволяющих осуществлять сложные произвольные двигательные акты (праксис) и контролировать речевые процессы.

С учётом полученных результатов можно выдвинуть следующие принципы построения нейрореабилитационных программ для данной когорты больных: наглядность, ёмкость и лаконичность, структурированность и последовательность, доступность для восприятия и понимания, учёт возрастных и нозологических особенностей. Таким образом, наглядный материал позволит задействовать наиболее сохранные звенья, включить в работу опору на зрительное внимание и восприятие. Ёмкость и лаконичность положений позволят компенсировать дефицит, возникающий вследствие слабости субкортикально-стволовых структур, дать адекватную нагрузку на психические системы пациентов, проявляющих истощаемость и утомляемость в когнитивной работе. Следует подавать материал в стандартизированной, доступной для понимания речевой стилистике и форме, имеющей чёткую структуру и последовательность, необходимую для компенсации дефицитности регуляторно-исполнительной сферы [9].

Программа нейрореабилитации должна соответствовать возрастным и нозологическим особенностям группы, отражать наиболее актуальные для пациентов проблемы — вопросы формирования мотивации к деятельности, сохранения приверженности лечению, способов работы с болезненными эмоциональными переживаниями, стратегии адаптации и реабилитации в условиях болезни, принципы построения межличностных взаимодействий, учебной адаптации.

Совместное применение нейрореабилитационного, психотерапевтического и эрготерапевтического подходов позволит более комплексно решать задачи реабилитации: нейропсихологические методы способствуют коррекции когнитивного дефицита, тогда как эрготерапия обеспечивает пациентам возможность применения навыков в реальных жизненных условиях, улучшая их функциональную независимость и качество жизни. Нейрореабилитация пациентов подростково-юношеского возраста, страдающих депрессиями, должна быть направлена на восстановление и развитие их психических, социальных и функциональных возможностей.

Ключевыми аспектами, составляющими структуру реабилитационного процесса, следует выбрать следующие компоненты: оценку состояния; разработку индивидуального плана реабилитации; использование психотерапевтических и психообразовательных методов; создание социальной поддержки, вовлечение семьи; регулярную физическую активность; нейрокогнитивный тренинг. Нейрореабилитация в данном контексте ориентирована не только на устранение симптомов, но и на формирование устойчивых навыков для преодоления трудностей, связанных с социальной адаптацией и повседневной жизнью.

При оценке состояния необходимо обратить пристальное внимание как на психический статус пациента, так и особенности субъективного переживания факта психологического неблагополучия. Для пациентов в остром депрессивном состоянии психотерапия противопоказана, так как актуализация сензитивных переживаний может лишь усугубить их состояние. Начало психотерапевтической работы должно соответствовать выравниванию эмоционального фона пациента и восстановлению энергетического потенциала, что создаёт предпосылки для полноценного комплаенса.

Фундаментальным этапом психотерапии пациентов, страдающих депрессией, является формирование критики к своему состоянию и упрочнение приверженности лечению. Зачастую у пациентов отсутствуют базовые представления о специфике психических расстройств, их влиянии на восприятие окружающей реальности и мыслительную деятельность. Этап психообразовательного обучения должен содержать знания о базисных симптомах, нарушениях когнитивной сферы, специфике взаимодействия с лечащим врачом в отношении приёма психофармакотерапии. По итогу этой части работы пациент должен усвоить биопсихосоциальную модель своего заболевания, знать характерные для данного расстройства симптомы, понимать необходимость совместной с врачом-психиатром регуляции психофармакотерапии и её побочных эффектов.

Параллельно осуществляется установление терапевтического контакта, формирование запроса и определение целей психотерапевтической работы. Содержание запроса представлено субъективной картиной

психологического неблагополучия; задача специалиста заключается в его конкретизации и соотнесении с реальностью, исходя из личностных характеристик пациента.

Разработка индивидуального плана реабилитации фокусируется на наиболее сохранных звеньях когнитивных функций и личностной сферы пациента. Наиболее результативной в лечении депрессии является когнитивно-поведенческая психотерапия, однако необходимо учитывать, что данное направление будет недоступным для многих пациентов вследствие личностной и когнитивной деформации, а также из-за побочного действия психофармакотерапии. В подобных случаях стоит сфокусироваться на наглядных методах, использовать раздаточный материал и методики арт-терапии, направленные на развитие распознавания и дифференциации эмоций. Психотерапевтический компонент реабилитации при депрессии составляют также когнитивно-поведенческая терапия, диалектическая поведенческая терапия и методы, направленные на повышение уровня эмоциональной устойчивости.

Ограничения исследования

Данное исследование носило характер мультидисциплинарного, в связи с чем было необходимо включение в состав исследовательской команды специалистов разного профиля, таких как нейропсихолог, патопсихолог, врач-психиатр, психолог-психотерапевт. Исследование проводилось преимущественно на пациентах, находившихся на стационарном лечении, что позволило получить достоверные данные о диагнозе, типе течения, особенностях лечения с целью исключения возможных отклонений или нарушения однородности выборки. Однако следует отметить, что одной из основных задач исследования была разработка основ психотерапевтических и нейрореабилитационных стратегий, специфических для пациентов юношеского возраста с депрессивными состояниями, сопровождающимися не-суицидальным самоповреждающим поведением. В связи с этим идеальными условиями для апробации разработанных программ следовало бы выбрать участников, уже вовлечённых в данное исследование. Реализация данной стратегии представляет собой ограничение данного исследования, решение проблемы которого в дальнейшем станет одним из критериев, определяющих дизайн исследования по апробации и условия применения разработанной программы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В проведённом исследовании подтверждена значимость связи между тревожными и навязчивыми мыслями с психологическими трудностями, что негативно сказывается на социальной и профессиональной адаптации индивидов. Следует отметить также некоторую

несогласованность существующих в клинической психологии и психиатрии методов оценки когнитивной сферы пациентов из-за различий в психометрических, нейропсихологических и клинических подходах. Полученные результаты указывают на необходимость комплексного подхода, включающего нейропсихологические методики и психотерапию, к реабилитации лиц с депрессивными состояниями.

Одним из наиболее важных направлений для дальнейшей работы в изучении и разработке подходов к реабилитации пациентов представляется создание краткой оценочной системы, включающей нейропсихологические тесты, направленные на оценку нейродинамики и регуляторной сферы, модально-специфические нейропсихологические тесты и опросники для оценки эмоциональной сферы. Предложенный подход позволит более достоверно оценивать пациентов, формировать однородные группы, перспективные для тренинга и реабилитации, отслеживать последующую динамику состояния. Интегративная система может быть использована в качестве универсального мультидисциплинарного инструмента, что позволит сделать его доступным для специалистов разного профиля.

Представляется перспективным дальнейшее исследование интеграции приведённых нами подходов и анализ их долговременных результатов, что может стать базой для разработки более эффективных немедикаментозных методов терапии депрессивных состояний.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при подготовке статьи.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Вклад авторов. М.И. Олейчик — сбор и анализ литературы, статистическая обработка и интерпретация данных, редактирование; О.П. Шевченко — сбор и интерпретация данных, подготовка рукописи; И.В. Олейчик — клинико-психопатологическая оценка пациентов, анализ и обсуждение полученных результатов, научное редактирование; П.А. Баранов — лечение, анализ и обсуждение полученных результатов, редактирование; А.С. Морева — лечение, сбор анамнестических данных, разработка дизайна исследования. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

ADDITIONAL INFORMATION

Funding source. This publication was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Author contribution. M.I. Oleychik — collection and analysis of literature, interpretation of statistical data, editing; O.P. Shevchenko — collection and analysis of literature, manuscript writing; I.V. Oleichik — psychiatrist responsible for clinical and psychopathological assessment of patients, analyzed and discussed the results obtained scientific editing; P.A. Baranov — treatment of patients, analyzed and discussed the results

obtained, editing; A.S. Moreva — treatment patients, collection of anamnestic data of patients, development of the study design. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вассерман Л.И., Иванов М.В., Ананьева Н.И., и др. Когнитивные расстройства при депрессиях: нейропсихологическое и МРТ-исследование // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015. Т. 115, № 1-2. С. 13–19. EDN: TVULXZ doi: 10.17116/jnevro20151151213-19
2. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Стоянова И.Я., Терехина О.В. Нарушение саморегуляции и опосредования эмоций как основа риска формирования антивиталяного поведения в молодом возрасте // Сибирский психологический журнал. 2017. № 65. С. 94–103. EDN: ZHH CSP doi: 10.17223/17267080/65/7
3. Янушко М., Шаманина М., Киф Р., Шипилин М. Когнитивные нарушения при аффективных расстройствах. Способы диагностики и возможности коррекции // Современная терапия психических расстройств. 2015. № 4. С. 8–13. EDN: VKSOZB
4. Пуговкина О.Д. Влияние мотивационно-личностных характеристик на когнитивное функционирование у больных терапевтически резистентными депрессиям // Пленум Правления Российского общества психиатров: материалы общероссийской конференции. Москва, 28–30 октября. Москва: Медпрактика-М, 2008. С. 473–474. EDN: TMTYJL

5. Марута Н.А., Ярославцев С.А., Опря Е.В., и др. Структура когнитивных нарушений при депрессивных расстройствах и принципы их терапии // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2021. Т. 12, № 3. С. 400–414. EDN: QUQMRF doi: 10.34883/PI.2021.12.3.003
6. Shah T.M., Weinborn M., Verdile G., et al. Enhancing cognitive functioning in healthy older adults: A systematic review of the clinical significance of commercially available computerized cognitive training in preventing cognitive decline // Neuropsychol Rev. 2017. Vol. 27, N 1. P. 62–80. doi: 10.1007/s11065-016-9338-9
7. Миняйчева М.В., Рубайлова В.Е., Мовина Л.Г. Метакогнитивный тренинг для пациентов с депрессией // Социальная и клиническая психиатрия. 2021. Т. 31, № 3. С. 85–90. EDN: SIVFOA
8. Chen R.A., Lee C.Y., Lee Y., et al. Defining cognitive profiles of depressive patients using the Brief Assessment of Cognition in Affective Disorders // Peer J. 2019. Vol. 7. P. e7432. doi: 10.7717/peerj.7432
9. Палин А.В., Афан М.В., Козлов М.Ю., Слюсарев А.С. Особенности когнитивной ремедиации у пациентов с аффективными расстройствами // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. Т. 119, № 9. С. 118–122. EDN: EUFCED doi: 10.17116/jnevro2019119091118

REFERENCES

1. Wasserman LI, Ivanov MV, Ananyeva NI, et al. Cognitive impairments in depression: neuropsychological and MRI-studies. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova = S.S. Korsakov journal of neurology and psychiatry*. 2015;115(1-2):13–19. EDN: TVULXZ doi: 10.17116/jnevro20151151213-19
2. Sagalakova OA, Truevtsev DV, Stoyanova IY, Terekhina OV. ELF-regulation and emotional mediation disorder as a basis for risk of suicidal behavior at young age. *Siberian journal of psychology*. 2017;(65):94–103. EDN: ZHH CSP doi: 10.17223/17267080/65/7
3. Yanushko M, Shamanina M, Keefe R, Shipilin M. Cognitive disorders in affective disorders. Diagnostic methods and possibilities of correction. *Contemporary therapy of mental disorders*. 2015;(4):8–13. (In Russ.) EDN: VKSOZB
4. Pugovkina OD. *The influence of motivational and personality characteristics on cognitive functioning in patients with treatment-resistant depression*. In: Plenum of the board of the Russian Society of Psychiatrists: Materials of the All-Russian conference. Moscow: Medpraktika-M; 2008. P. 473–474. (In Russ.) EDN: TMTYJL

5. Yaroslavtsev S, Maruta N, Oprya Ye, et al. Structure of cognitive impairments in depressive disorders and principles of their therapy. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2021;12(3):400–414. EDN: QUQMRF doi: 10.34883/PI.2021.12.3.003
6. Shah TM, Weinborn M, Verdile G, et al. Enhancing cognitive functioning in healthy older adults: A systematic review of the clinical significance of commercially available computerized cognitive training in preventing cognitive decline. *Neuropsychol Rev*. 2017;27(1):62–80. doi: 10.1007/s11065-016-9338-9
7. Minyaicheva MV, Rubailova VE, Movina LG. Metacognitive training for patients with depression. *Social and clinical psychiatry*. 2021;31(3):85–90. (In Russ.) EDN: SIVFOA
8. Chen RA, Lee CY, Lee Y, et al. Defining cognitive profiles of depressive patients using the Brief Assessment of Cognition in Affective Disorders. *Peer J*. 2019;7:e7432. doi: 10.7717/peerj.7432
9. Palin AV, Afyan MV, Kozlov MYu, Slyusarev AS. Features of cognitive remediation in patients with affective disorders. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova = S.S. Korsakov journal of neurology and psychiatry*. 2019;119(9):118–122. EDN: EUFCED doi: 10.17116/jnevro2019119091118

ОБ АВТОРАХ

*** Шевченко Ольга Павловна;**

адрес: Россия, 115901, Москва, Каширское шоссе, д. 34;

ORCID: 0009-0003-7524-7243;

eLibrary SPIN: 8105-4400;

e-mail: shevchenkolga@yandex.ru

Олейчик Михаил Игоревич;

ORCID: 0009-0006-4102-5978;

eLibrary SPIN: 4160-4624;

e-mail: mr.oleychik@mail.ru

Олейчик Игорь Валентинович, д-р мед. наук;

ORCID: 0000-0002-8344-0620;

eLibrary SPIN: 9151-1015;

e-mail: i.oleichik@mail.ru

Баранов Петр Александрович, канд. мед. наук, доцент;

ORCID: 0000-0002-4423-4007;

eLibrary SPIN: 9362-4722;

e-mail: pab1960@mail.ru

Морева Александра Сергеевна;

ORCID: 0000-0002-4094-3906;

e-mail: jaisonlee@yandex.ru

AUTHORS' INFO

*** Olga P. Shevchenko;**

address: 34 Kashirskoye shosse, 115901 Moscow, Russia;

ORCID: 0009-0003-7524-7243;

eLibrary SPIN: 8105-4400;

e-mail: shevchenkolga@yandex.ru

Michael I. Oleychik;

ORCID: 0009-0006-4102-5978;

eLibrary SPIN: 4160-4624;

e-mail: mr.oleychik@mail.ru

Igor V. Oleichik, MD, Dr. Sci. (Medicine);

ORCID: 0000-0002-8344-0620;

eLibrary SPIN: 9151-1015;

e-mail: i.oleichik@mail.ru

Petr A. Baranov, MD, Cand. Sci. (Medicine), Associate Professor;

ORCID: 0000-0002-4423-4007;

eLibrary SPIN: 9362-4722;

e-mail: pab1960@mail.ru

Alexandra S. Moreva;

ORCID: 0000-0002-4094-3906;

e-mail: jaisonlee@yandex.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author