
НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ
RESEARCH REVIEWS

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Д.А. ЗАХАРЧЕНКО*,
ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр
имени Н.И. Пирогова», Москва, Россия,
d.a.zaharchenko@gmail.com

С.С. ПЕТРИКОВ**,
ГБУЗ «НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского»,
Москва, Россия,
korrida@mail.ru

Для цитаты:

Захарченко Д.А., Петриков С.С. Возможности применения когнитивно-поведенческой терапии в коррекции депрессивных и тревожных нарушений после инсульта // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 1. С. 95—111. doi: 10.17759/cpp.2018260107

* *Захарченко Дарья Александровна*, медицинский психолог, ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова», Москва, Россия, e-mail: d.a.zaharchenko@gmail.com

** *Петриков Сергей Сергеевич*, доктор медицинских наук, профессор РАН, директор, ГБУЗ «НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского», Москва, Россия, e-mail: korrida@mail.ru

Представлен обзор исследований эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии в работе с пациентами с тревожными и депрессивными расстройствами после острого нарушения мозгового кровообращения. Обсуждены возможности адаптации и модификации когнитивно-поведенческих методов интервенции к нуждам и специфическим особенностям пациентов этой группы. Дано описание организации терапевтических сессий в условиях когнитивных и эмоциональных нарушений в период восстановления после острого нарушения мозгового кровообращения. Рассмотрены общая структура процесса психотерапии и особенности поведенческих и когнитивных интервенций.

Ключевые слова: нейрореабилитация, нейропсихологическая реабилитация, когнитивно-поведенческая терапия, острые нарушения мозгового кровообращения, инсульт, депрессия, тревога.

В современном мире инсульт является одной из острых медико-социальных проблем. Обладая высокой летальностью и являясь одной из основных причин смертности населения (по данным ВОЗ, 2014) [1], это заболевание имеет для больных серьезные последствия, ограничивающие в большей или меньшей степени их жизнедеятельность. У многих перенесших инсульт пациентов наблюдаются двигательные расстройства, расстройства чувствительности, нарушения речи, поведенческие и эмоциональные нарушения. Последние на фоне более явного, очевидного даже для неспециалиста, дефицита зачастую остаются незамеченными, в то время как аффективные нарушения не только снижают качество жизни больного, но могут значительно затруднить процесс реабилитации. Так, например, пациенты, столкнувшиеся с депрессией после инсульта, в среднем проводят больше времени в стационаре, демонстрируя более медленное улучшение нарушенных функций в процессе восстановительного лечения [20]. Кроме того, среди пациентов с депрессией отмечается большая смертность в течение нескольких лет после острого нарушения мозгового кровообращения [23].

Эмоциональные нарушения у больных после инсульта могут принимать различные формы. Наиболее часто встречаются депрессия (31%) [18] и тревожные расстройства (18–25%) [8]. Ряд авторов сообщают о достаточно высокой частоте агрессивных реакций (17–35%) [5; 10; 25]. До 60% больных инсультом испытывают страх падения [42] и различные насильственные эмоциональные реакции. В 10–30% случаев отмечаются посттравматические реакции, которые являются чрезвычайно опасными в связи с риском развития выраженной психопатологической симптоматики в будущем [3; 9; 16; 38]. Кроме того, многие пациенты переживают страх перед повторным инсультом, боясь не достичь жела-

емых результатов восстановления, навсегда утратить возможность вести привычный образ жизни.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) в настоящее время является одним из ведущих направлений в психотерапии. В ряде исследований представлены результаты высокой эффективности методов КПТ в лечении различных аффективных расстройств, в том числе депрессивных и тревожных. Разработана модель КПТ для работы с посттравматическим расстройством [2]. Опубликованы работы, описывающие возможности КПТ при коррекции депрессивных и тревожных расстройств в неврологической практике: к примеру, при черепно-мозговых травмах [39; 40], болезни Паркинсона [4; 15] и рассеянном склерозе [22]. При этом публикаций, посвященных КПТ эмоциональных нарушений после инсульта, недостаточно, несмотря на то, что пациенты этой группы имеют особые нужды, обусловленные, в том числе, когнитивными нарушениями.

Задача данной работы — обобщить опыт применения КПТ для коррекции эмоциональных нарушений после острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и описать возможные пути адаптации методов КПТ к специфическим нуждам пациентов, перенесших инсульт.

Исследования эффективности КПТ тревожного расстройства после ОНМК

Несмотря на то, что расстройства тревожного спектра являются распространенными среди больных после ОНМК, их немедикаментозной терапией уделяется мало внимания. Как указано в последнем обзоре методов коррекции тревожных расстройств после инсульта, доказательств эффективности какого-либо психотерапевтического метода в этом случае пока не выявлено [11].

В последние годы данную проблематику активно разрабатывает И.И. Нибоун (*I.I. Kneebone*) из Университета Западного Сиднея (Австралия). Им был сделан вывод о том, что КПТ позволяет достичь значительного улучшения при тревожных расстройствах после инсульта при условии, что интервенции модифицированы с учетом имеющегося у пациента неврологического дефицита (речевых нарушений, снижения памяти и произвольной регуляции деятельности). В качестве основных компонентов КПТ тревожного расстройства авторы выделили психообразование, обучение навыкам релаксации и работу с когнициями [27]. Но данное исследование анализирует всего 2 случая КПТ тревожных расстройств после инсульта. Этого недостаточно для того, чтобы говорить об эффективности метода в целом.

Представлены данные по оценке эффективности релаксационного тренинга в коррекции повышенного уровня тревоги у больных с инсультом ($n=55$). Авторы исследования сообщают, что пациенты отмечали субъективное снижение уровня напряжения, при этом более удовлетворены результатами были те из них, которые прошли большее количество сеансов [26]. В продолжение этого исследования была опубликована работа, посвященная самостоятельному релаксационному тренингу с помощью аудиозаписей для пациентов после инсульта (с баллом по шкале тревоги HADS более 6). При контрольном обследовании после одного, двух и трех месяцев с момента начала тренинга авторы отметили у испытуемых положительную динамику, при этом один месяц указан как оптимальная длительность для применения данного метода [17].

Учитывая недостаточность имеющихся данных об эффективности методов КПТ при тревожных расстройствах после инсульта, необходимо дальнейшее исследование этой проблемы. Важным преимуществом методов релаксационного тренинга является их доступность пациентам с инсультом и возможность самостоятельного освоения релаксационных техник при помощи аудиозаписей. Более сложные интервенции требуют модификации с учетом неврологического дефицита (в частности, имеющихся когнитивных нарушений).

Исследования эффективности КПТ депрессивных расстройств после ОНМК

Использованию КПТ при депрессии после инсульта уделено большее внимание. В первом исследовании, опубликованном в 1985 г., был описан отдельный случай эффективного применения КПТ при депрессии у пациента с ОНМК [19]. Данное исследование инициировало попытки изучить возможности КПТ при постинсультной депрессии более пристально. Так, в одном из исследований по коррекции постинсультной депрессии применялся модифицированный вариант КПТ. Была сокращена продолжительность сессий, это сочеталось с частыми перерывами, ключевые моменты сессии периодически повторялись для улучшения понимания со стороны пациента, использовались записи (на бумаге или с помощью аудиотехники) для фиксации информации. Как указывают авторы, данные меры учитывают когнитивный дефицит пациента и позволяют адаптировать к нему ход терапии [21].

Два исследования по применению КПТ при постинсультной депрессии были проведены Н.Б. Линкольн (*N.B. Lincoln*) и Т. Фланнаган (*T. Flannaghan*). В исследовании 1997 года, позволившем заключить,

что КПТ постинсультной депрессии может быть эффективна, терапия включала в себя психообразование, общую активизацию пациента, работу с мыслями и методы отвлечения [34]. Работа, опубликованная в 2003 году, стала продолжением исследования 1997 года и показала иные результаты — различий между эффектами в трех группах (группе, получившей 10 сессий КПТ; группе, получившей ненаправленное воздействие; а также в группе, которая была оставлена без какого-либо психологического воздействия) не наблюдалось [33]. Авторы связали это с трудностями при рандомизации выборки, коротким курсом терапии и ее низкой интенсивностью.

В 2009 году было опубликовано исследование, авторы которого также пришли к выводу о возможной эффективности КПТ в качестве метода коррекции постинсультной депрессии. Ими была предложена программа, состоящая из 8 сессий, включавших в себя релаксацию, работу с мыслями и планирование активности [36].

Н.М. Брумфилд (*N.M. Broomfield*) и соавторы предположили, что методы КПТ должны быть адаптированы не к пациентам с инсультом в целом, а к каждому конкретному пациенту, приходящему на терапию. Среди возможных интервенций были предложены: мотивационное интервью, психообразование, работа с мыслями и поведением, работа с реакцией горя, адаптация к имеющемуся дефициту [8]. Оценка эффективности данного подхода с помощью проведения рандомизированного контролируемого исследования не проводилась.

Дж. Куткер (*J. Kootker*) и соавторы сообщили о том, что их рандомизированное контролируемое исследование эффективности КПТ при постинсультной депрессии показало, что и модифицированная КПТ, и компьютерный тренинг когнитивных функций одинаково эффективны и помогают достичь улучшений [30].

Следует отметить подход, который подразумевает совмещение методов КПТ для коррекции постинсультной депрессии с когнитивным тренингом. Описан случай коррекции депрессии у пациента с нарушением в сфере произвольной регуляции деятельности. Каждая сессия была разделена на три части: тренировка навыков произвольного контроля, непосредственно КПТ, обсуждение домашнего задания (как предыдущего, так и задаваемого для выполнения) [35]. В данном случае, однако, встает вопрос о целесообразности совмещения когнитивной реабилитации с сессиями по коррекции эмоциональных нарушений. Вероятно, отдельные занятия могли быть более эффективными уже в силу того, что на каждое из них можно было уделить больше времени.

Исследование групповой КПТ для пациентов с постинсультной депрессией показало, что группа может быть подходящим форматом работы [41].

При исследовании возможностей КПТ для коррекции постинсультной депрессии следует учитывать ряд моментов. Так, во многих исследованиях наблюдались сложности при сборе данных, которые могли несколько исказить результаты. В частности, были обследованы пациенты с различной давностью инсульта (от нескольких дней до 13 лет), не были описаны методы рандомизации выборки (при малых ее размерах в большинстве работ), применялись различные протоколы вмешательства, наблюдались различия в квалификации специалистов.

Таким образом, исследование эффективности КПТ при депрессии после ОНМК требует продолжения в условиях установленных рамок, позволяющих осуществить больший контроль при сборе данных для анализа. Однако существует тенденция, отмечающаяся в большинстве работ — практически все авторы говорят о необходимости адаптации методов КПТ к нуждам пациентов с ОНМК.

Возможности адаптации и модификации КПТ для работы с пациентами с ОНМК

Как упоминалось ранее, наиболее важный момент, который следует учитывать при терапии эмоциональных расстройств после ОНМК — когнитивный дефицит у пациентов. С одной стороны, он является остро возникшим и достаточно выраженным, пациенты еще не имеют стратегий совладания с ним, что отличает их от пожилых пациентов без инсульта. С другой стороны изменения вследствие ОНМК зачастую накладываются на различные уже имевшие место когнитивные изменения, что также отличает их и от большего количества больных с черепно-мозговой травмой. Наиболее распространенными когнитивными нарушениями, которые могут оказывать влияние на успешность работы с эмоциональными расстройствами, являются снижение в сфере произвольной регуляции деятельности и поведения, нарушения памяти, снижение концентрации внимания. Могут наблюдаться речевые нарушения, связанные, в том числе, с нарушением понимания обращенной речи.

Модификация КПТ при терапии эмоциональных расстройств после инсульта должна проводиться в нескольких направлениях. С учетом отсутствия полной информации о помощи данной специфической группе пациентов, нами были заимствованы некоторые идеи из работ, связанных с иными неврологическими состояниями. Данные идеи могут быть полезны и при работе с пациентами после ОНМК.

В первую очередь, необходимо изменение организации сессий. Также требуются изменение характера воздействия и учет специфических

механизмов возникновения эмоциональных нарушений у пациентов с ОНМК в парадигме КПТ.

Организация сессий

С учетом того, что пациентам трудно удерживать внимание в течение длительного периода времени, а произвольная регуляция деятельности зачастую снижена, длительность встреч может быть сокращена со стандартных 50—60 минут до 20—30 минут с перерывами (в случае необходимости) [8; 24; 26; 29]. При этом важно чередовать задания, избегать монотонности [24; 29]. Во время сессий необходимо минимизировать побочные раздражители и потенциальные отвлекающие факторы, выбрав для проведения сессий тихое уединенное помещение с максимальным лаконичным интерьером [24; 29].

На повестку встречи следует выносить ограниченное количество пунктов, которые должны быть важны и понятны для пациента, иметь отношение к его повседневной жизни [13; 24; 26]. Интенсивность и темп воздействия следует снизить, регулярно возвращаясь к уже имеющимся результатам [24; 29; 37]. Учитывая снижение памяти у многих пациентов, требуется регулярное повторение материала (как непосредственное, так и в несколько измененной форме), также следует обратить внимание на ведение записей в процессе сессии, чтобы пациент мог вернуться к ним самостоятельно после встречи со специалистом [24; 29; 36; 37]. Записанные формулировки должны быть максимально простыми и емкими, для чего в процессе сессии следует регулярно выделять ключевые пункты [24; 36; 37].

Вопросы, задаваемые пациенту терапевтом, также должны быть максимально простыми и конкретными [24]. С пациентом следует общаться в достаточно медленном темпе, при необходимости повторяя обращенные к нему предложения [24; 37]. Допускаются телефонные звонки пациенту для напоминания о домашнем задании, подведении кратких итогов за прошедший с момента встречи период [26]. В некоторых случаях целесообразно отказаться от домашнего задания, выполняя работу совместно с пациентом, так как ее самостоятельное выполнение может быть затруднено [24].

Процесс терапии

Цели терапии должны быть важны для пациента и регулярно пересматриваться [24]. Важно, чтобы цели были достижимыми, конкретными, измеряемыми.

Многие авторы считают, что начинать необходимо с простых задач, которые смогут повысить уверенность пациента в собственных силах и его мотивацию [13; 14]. Это может быть особенно важно для пациентов с депрессией, которые испытывают чувство бессилия и считают, что терапия не может им помочь. Существует мнение, что фокус работы следует сместить с когнитивных интервенций на поведенческие [26].

Учитывая эффективность, которую показал релаксационный тренинг, следует уделять время подобным методам [14; 26]. Возможно привлечение родственников к процессу терапии [14]. Они могут помогать пациенту при выполнении домашних заданий и повторении материала, а также давать обратную связь относительно функционирования пациента в повседневных обстоятельствах.

Поведенческие интервенции. Поведенческие интервенции в процессе КПТ пациентов после инсульта могут быть ориентированы как на развитие навыков решения конкретных проблем, так и на общую активизацию пациента [26]. При этом следует четко определить шаги, необходимые для поведенческих интервенций, для удобства пациента они могут быть записаны [24; 31; 37]. Задания следует ранжировать по сложности, не предлагать пациенту сразу комплексных задач. Так, например, для повышения уровня активности пациента с грубыми речевыми нарушениями И.И. Нибуон (*I.I. Kneebone*) предлагает следующий пример градуированных поведенческих интервенций, которые строятся вокруг значимого для пациента занятия — садоводства [26].

Первый этап — поливка растений из лейки. Второй — непосредственная работа в саду. Третий — поход в магазин за необходимыми для выращивания растений товарами (семенами, горшками и т. д.). Заключительным этапом становится высаживание растений дома и осуществление ухода за ними. С учетом наличия у пациента грубых речевых нарушений, автор предлагает для объяснения задач использовать не только вербальные инструкции, но и специальные карточки и символы, которые помогают пациенту понять необходимые на данном этапе шаги. Выполнять многие из поставленных задач пациент может не в одиночку, а совместно с другими пациентами, проявившими интерес к подобной активности, что способствует социализации. В целом, такого рода интервенции относительно просты для реализации, повышают фон настроения пациента, активизируют его, развивают навыки планирования и решения проблем, позволяют пациенту чувствовать свою состоятельность в важных вопросах.

Также для организации поведенческих интервенций может быть полезна теория селективной оптимизации и компенсации (*selective*

optimization with compensation) [6; 7]. Ее суть в том, чтобы справиться с имеющимися нарушениями при помощи стратегий селекции, оптимизации и компенсации. Селекция заключается в выборе наиболее значимых форм активности. Пациенту следует решить, выполнение каких действий является для него наиболее важным и, возможно, отказаться от тех видов активности, которые имеют меньшую ценность, чтобы уделять больше времени тем, которые он счел более значимыми. Оптимизация несет в себе, главным образом, распределение ресурсов, прежде всего, энергии; пациент продумывает, как сделать задачу выполнимой с точки зрения энергозатрат. Значимая активность может стать более короткой, редкой или включать те действия, которые пациенту даются наиболее хорошо. Прибегая к методам компенсации, пациент находит способы поведения, позволяющие восстановить силы в данный момент, компенсировать их дефицит — в частности, если он ощутит, что энергозатраты превысили ожидаемые. Это могут быть паузы в ходе выполнения деятельности, обращение за помощью, чередование задач по уровню сложности и т. д.

Особенности когнитивных интервенций. Несмотря на общие закономерности формирования эмоциональных нарушений при различных формах патологии, существуют и особые моменты, касающиеся ОНМК.

У пациентов с инсультом наиболее часто наблюдаются следующие поведенческие и мыслительные паттерны, основанные на неверных интерпретациях происходящих событий.

1. Усиленное внимание к возможным симптомам повторного инсульта как следствия когнитивных искажений — катастрофизации и предсказания будущего. В определенный момент может сформироваться своего рода порочный круг, при котором тревога пациента за свое состояние провоцирует ряд соматических проявлений (усиленное сердцебиение, затруднение дыхания, подъем артериального давления и т. п.), которые пациент интерпретирует как ухудшение собственного состояния и предвестника повторного инсульта, что, в свою очередь, поддерживает эту симптоматику и усугубляет ее выраженность.

2. Неадекватные сравнения как следствие дихотомического мышления и негативного фильтра.

3. Негативное отношение к будущему, проистекающее из селективного абстрагирования и предсказания будущего.

4. Нереалистичные представления о процессе реабилитации, связанные с селективным абстрагированием, дихотомическим мышлением и обесцениванием.

5. Ощущение собственной несостоятельности, ненужности, что является следствием персонализации и генерализации [32].

Для преодоления части указанных трудностей может быть полезна организация специальных групп. Пациент должен иметь возможность получить достоверную информацию о причинах инсульта, возможностях вторичной профилактики, процессе восстановления, а также задать вопросы на интересующие его темы, связанные с заболеванием. Подобные группы также полезны и для родственников пациентов.

Важно обсуждать с пациентом возможные последствия его образа мышления — насколько оно полезно для него, какие преимущества и недостатки имеет. Для оценки результатов восстановления могут использоваться объективные методы, такие как: составление «линии изменений», видеосъемка, опрос окружения пациента.

Выводы

Несмотря на ограниченное число исследований, посвященных изучению эффективности КПТ депрессивных и тревожных расстройств после инсульта, данное направление психологической работы представляется перспективным в случае, если его методы будут адаптированы и модифицированы в соответствии с особенностями и нуждами пациентов с ОНМК. При этом необходимы изменения в организации сессий (в частности, их продолжительности, периодичности и темпа) и в самом процессе терапии (упор на поведенческие техники, учет специфических мыслительных и поведенческих паттернов). Не менее важно соблюдать четкие критерии включения пациентов в исследование, протокол работы, требования к квалификации терапевтов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Всемирная организация здравоохранения. Мировая статистика здравоохранения, 2014. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/ru/> (дата обращения: 24.02.2018)
2. *Гаряня Н.Г.* Когнитивно-бихевиоральная психотерапия посттравматического стрессового расстройства // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 3. С. 46—72.
3. *Холмогорова А.Б., Горчакова В.А.* Травматический стресс и его влияние на субъективное благополучие и психическое здоровье: апробация эссенского опросника травматических событий // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 3. С. 120—137.
4. *Armento M.E., Stanley M.A., Marsh L., Kunik M.E., York M.K., Bush A.L., Calleo J.S.* Cognitive behavioral therapy for depression and anxiety in Parkinson's disease: A clinical review // Journal of Parkinson's Disease. 2012. Vol. 2 (2). P. 135—151. doi:10.3233/JPD-2012-12080

5. Aybek S., Carota A., Ghika-Schmid F., Berney A., Melle G.V., Guex P., Bogousslavsky J. Emotional behavior in acute stroke: The Laussane emotion in stroke study // *Cognitive and Behavioral Neurology*. 2005. Vol. 18 (1). P. 37—44. doi:10.1097/01.wnn.0000152226.13001.8a
6. Baltes P.B. On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory // *American Psychologist*. 1997. Vol. 52 (4). P. 366—380. doi:10.1037/0003-066X.52.4.366
7. Baltes P.B., Smith J. The psychology of wisdom and its ontogenesis // *Wisdom: Its nature, origins, and development* / R.J. Sternberg (ed.). New York: Cambridge University Press, 1990. P. 87—120.
8. Broomfield N.M., Laidlaw K., Hickabottom E., Murray M.F., Pendrey R., Whittick J.E., Gillespie D.C. Post-Stroke Depression: The Case for Augmented, Individually Tailored Cognitive Behavioural Therapy // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2011. Vol. 18 (3). P. 202—217. doi:10.1002/cpp.711
9. Bruggimann L., Annoni J., Staub F., von Steinbuchel N., Van Der Linden M., Bogousslavsky J. Chronic posttraumatic stress symptoms after nonsevere stroke // *Neurology*. 2006. Vol. 66 (4). P. 513—516. doi:10.1212/01.wnl.0000194210.98757.49
10. Caeiro L., Ferro J., Santos C., Figueira M. Depression in acute stroke // *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 2006. Vol. 31 (6). P. 377—383.
11. Campbell Burton C.A., Holmes J., Murray J., Gillespie D., Lightbody C.E., Watkins C.L., Knapp P. Interventions for treating anxiety after stroke // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011. doi:10.1002/14651858.CD008860.pub2
12. Campbell Burton C.A., Murray J., Holmes J., Astin F., Greenwood D., Knapp P. Frequency of anxiety after stroke: A systematic review of observational studies // *International Journal of Stroke*. 2013. Vol. 8 (7). P. 545—559. doi:10.1111/j.1747-4949.2012.00906.x
13. Chand S.T., Grossberg G.T. How to adapt cognitive-behavioral therapy for older adults // *Current Psychiatry*. 2013. Vol. 12 (3). P. 10—15.
14. Dobkin R.D., Allen L.A., Menza M. A cognitive-behavioral treatment package for depression in Parkinson's disease // *Psychosomatics*. 2006. Vol. 47 (3). P. 259—263. doi:10.1176/appi.psy.47.3.259
15. Dobkin R.D., Menza M., Allen L.A., Gara M.A., Mark M.H., Tiu J., Bienfait K.L., Friedman J. Cognitive-behavioral therapy for depression in Parkinson's disease: A randomized, controlled trial // *American Journal of Psychiatry*. 2011. Vol. 168 (10). P. 1066—1074. doi:10.1176/appi.ajp.2011.10111669
16. Field E.L., Norman P., Barton J. Cross-sectional and prospective associations between cognitive appraisals and posttraumatic stress disorder symptoms following stroke // *Behaviour Research and Therapy*. 2008. Vol. 46 (1). P. 62—70. doi:10.1016/j.brat.2007.10.006
17. Golding K., Kneebone I.I., Fife-Schaw C. Self-help relaxation for post-stroke anxiety: A randomised controlled pilot study // *Clinical Rehabilitation*. 2016. Vol. 30 (2). P. 174—180. doi:10.1177/0269215515575746
18. Hackett M.L., Pickles K. Part I: Frequency of depression after stroke: An updated systematic review and meta-analyses of observational studies // *International Journal of Stroke*. 2014. Vol. 9 (8). P. 1017—1025. doi:10.1111/ij.s.12357

19. Hatcher B.J., Durham J.D., Richey M. Overcoming stroke-related depression // Journal of Gerontological Nursing. 1985. Vol. 11 (11). P. 34—39. doi:10.3928/0098-9134-19851101-10
20. Herrmann N., Black S.E., Lawrence J., Szekely C., Szalai J.P. The Sunnybrook stroke study: A prospective study of depressive symptoms and functional outcome // Stroke. 1998. Vol. 29 (3). P. 618—624. doi:10.1161/01.STR.29.3.618
21. Hibbard M.R., Grober S., Gordon W.A., Aletta E.G. Modification of cognitive therapy for the treatment of post-stroke depression // The Behaviour Therapist. 1990. Vol. 13. P. 15—17.
22. Hind D., Cotter J., Thake A., Bradburn M., Cooper C., Isaac C., House A. Cognitive behavioural therapy for the treatment of depression in people with multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis [Электронный ресурс] // BMC Psychiatry. 2014. Vol. 14 (1). URL: <https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-14-5> (дата обращения: 02.02.2018). doi:10.1186/1471-244X-14-5
23. House A., Knapp P., Bamford J., Vail A. Mortality at 12 and 24 month after stroke may be associated with depressive symptoms at 1 month // Stroke. 2001. Vol. 32 (3). P. 696—701. doi:10.1161/01.STR.32.3.696
24. James I.A., Reichelt F.K., Carlsson P., McAnaney A. Cognitive behavior therapy and executive functioning in depression // Journal of Cognitive Psychotherapy. 2008. Vol. 22 (3). P. 210—218. doi:10.1891/0889-8391.22.3.210
25. Kim J.S., Choi S., Kwon S.U., Seo Y.S. Inability to control anger or aggression after stroke // Neurology. 2002. Vol. 58 (7). P. 1106—1108. doi:10.1212/WNL.58.7.1106
26. Kneebone I.I. A Framework to Support Cognitive Behavior Therapy for Emotional Disorder After Stroke // Cognitive and Behavioral Practice. 2016. Vol. 23 (1). P. 99—109. doi:10.1016/j.cbpra.2015.02.001
27. Kneebone I.I., Jeffries F.W. Treating anxiety after stroke using cognitive behaviour therapy: Two cases // Neuropsychological Rehabilitation. 2013. Vol. 23 (6). P. 798—810. doi:10.1080/09602011.2013.820135
28. Kneebone I.I., Walker-Samuel N., Swanston J., Otto E. Relaxation training after stroke: Potential to reduce anxiety // Disability and Rehabilitation. 2014. Vol. 36 (9). P. 771—774. doi:10.3109/09638288.2013.808275
29. Knouse L.E., Safren S.A. Current status of cognitive behavioral therapy for adult attention-deficit hyperactivity disorder // Psychiatric Clinics of North America. 2010. Vol. 33 (3). P. 497—509. doi:10.1016/j.psc.2010.04.001
30. Kootker J.A., Rasquin S.M., Lem F.C., van Heugten C.M., Fasotti L., Geurts A.C. Augmented cognitive behavioral therapy for post stroke depressive symptoms: a randomized controlled trial // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2017. Vol. 98 (4). P. 687—694. doi:10.1016/j.apmr.2016.10.013.
31. Laidlaw K. Post-stroke depression and CBT with older people // Handbook of Behavioral and Cognitive Therapies with Older Adults / D. Gallagher-Thompson, A.M. Steffen, L.W. Thompson (eds.). New York: Springer, 2008. P. 233—248. doi:10.1007/978-0-387-72007-4_15
32. Laidlaw K., Thomson A.S. Psychological consequences of stroke: The management of depression and anxiety following stroke. Paper presented at the Stanford

University Medical School Veterans Affairs Palo Alto Health Care Systems, Palo Alto, CA, USA, 1999.

33. *Lincoln N.B., Flannaghan T.* Cognitive behavioural psychotherapy for depression following stroke // *Stroke*. 2003. Vol. 34 (1). P. 111—115.
34. *Lincoln N.B., Flannaghan T., Sutcliffe L., Rother L.* Evaluation of cognitive behavioural treatment of depression after stroke: A pilot study // *Clinical Rehabilitation*. 1997. Vol. 11 (2). P. 114—122. doi:10.1177/026921559701100204
35. *Mohlmán J., Cedeno L.A., Price R.B., Hekler E.B., Yan G.W., Fishman D.B.* Deconstructing demons: The case of Geoffrey // *Pragmatic Case Studies In Psychotherapy*. 2008. Vol. 4 (3). P. 1—39. doi:10.14713/pcsp.v4i3.936
36. *Rasquin S.M.C., van de Sande P., Praamstra A.J., van Heugten C.M.* Cognitive-behavioural intervention for depression after stroke: Five single case studies on effects and feasibility // *Neuropsychological Rehabilitation*. 2009. Vol. 19 (2). P. 208—222. doi:10.1080/09602010802091159
37. *Scholey K.A., Woods B.T.* A series of brief cognitive therapy interventions with people experiencing both dementia and depression: a description of techniques and common themes // *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2003. Vol. 10 (3). P. 175—185. doi:10.1002/cpp.368
38. *Sembi S., Tarrier N., O'Neill P., Burns A., Faragher B.* Does post-traumatic stress disorder occur after stroke: A preliminary study // *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1998. Vol. 13 (5). P. 315—322. doi: 10.1002/(SICI)1099-1166(199805)13:5<315::AID-GPS766>3.0.CO;2-P
39. *Stalder-Lüthy F., Messerli-Bürgy N., Hofer H., Frischknecht E., Znoj H., Barth J.* Effect of psychological interventions on depressive symptoms in long-term rehabilitation after an acquired brain injury: A systematic review and meta-analysis // *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2013. Vol. 94 (7). P. 1386—1397. doi:10.1016/j.apmr.2013.02.013
40. *Waldron B., Casserly L.M., O'Sullivan C.* Cognitive behavioural therapy for depression and anxiety in adults with acquired brain injury. What works for whom? // *Neuropsychological Rehabilitation*. 2013. Vol. 23 (1). P. 64—101. doi:10.1080/09602011.2012.724196
41. *Ward S.K., Turner A., Hambridge J.A., Halpin S.A., Valentine M.E., Sweetapple A.L., White J.H., Hackett M.L.* Group cognitive behavioural therapy for stroke survivors with depression and their carers // *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2016. Vol. 23 (5). P. 358—365. doi:10.1080/10749357.2016.1143706
42. *Watanabe Y.* Fear of falling among stroke survivors after discharge from inpatient rehabilitation // *International Journal of Rehabilitation Research*. 2005. Vol. 28 (2). P. 149—152. doi:10.1097/00004356-200506000-00008

POSSIBILITIES OF USING COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR THE TREATMENT OF DEPRESSION AND ANXIETY AFTER STROKE

D.A. ZAKHARCHENKO*,
National Pirogov Medical Surgical Center, Moscow, Russia,
d.a.zaharchenko@gmail.com

S.S. PETRIKOV**,
N.V. Sklifosovsky Research Institute Of Emergency Medicine,
Moscow, Russia,
korrida@mail.com

The paper presents the review of studies of cognitive behavioral therapy efficacy for patients with depression and anxiety after acute cerebral blood flow disturbance. The possibilities of adapting and modifying cognitive behavior methods of intervention to suit the needs and specific features of these patients are discussed. Organization of therapy sessions for patients with cognitive and emotional impairments during rehabilitation after acute cerebral blood flow disturbance is described. The common structure of the psychotherapeutic process and the peculiarities of behavioral and cognitive interventions are considered.

Keywords: neurorehabilitation, neuropsychological rehabilitation, cognitive behavioral therapy, cerebral blood flow disturbance, stroke, depression, anxiety.

REFERENCES

1. Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya. Mirovaya statistika zdavookhraneniya, 2014 [World Health Organization. World Health Statistics, 2014]. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/ru/> (Accessed: 24.02.2018) (In Russ.).
2. Garanyan N.G. Kognitivno-bikhevioral'naya psikhoterapiya posttravmaticheskogo stressovogo rasstroistva [Cognitive-behavioral treatment in posttraumatic stress disorder]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2013, no. 3, pp. 46—72. (In Russ., abstr. in Engl.).

For citation:

Zakharchenko D.A., Petrikov S.S. Possibilities of Using Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Depression and Anxiety after Stroke. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2018. Vol. 26, no. 1, pp. 95—111. doi: 10.17759/cpp.2018260107. (In Russ., abstr. in Engl.)

* *Zakharchenko Daria Aleksandrovna*, clinical psychologist, National Pirogov Medical Surgical Center, Moscow, Russia, e-mail: d.a.zaharchenko@gmail.com

** *Petrikov Sergey Sergeevich*, Doctor of Medicine, professor, N.V. Sklifosovsky Research Institute Of Emergency Medicine, Moscow, Russia, e-mail: korrida@mail.com

3. Kholmogorova A.B., Gorchakova V.A. Travmaticheskii stress i ego vliyanie na sub"ektivnoe blagopoluchie i psikhicheskoe zdorov'e: aprobatsiya essenskogo oprosnika travmaticheskikh sobytii [Traumatic stress and its influence on subjective wellbeing and mental health: validation of the Essen trauma inventory]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2013, no. 3, pp. 120—137. (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Armento M.E., Stanley M.A., Marsh L., Kunik M.E., York M.K., Bush A.L., Calleo J.S. Cognitive behavioral therapy for depression and anxiety in Parkinson's disease: A clinical review. *Journal of Parkinson's Disease*, 2012. Vol. 2 (2), pp. 135—151. doi:10.3233/JPD-2012-12080
5. Aybek S., Carota A., Ghika-Schmid F., Berney A., Melle G.V., Guex P., Bogousslavsky J. Emotional behavior in acute stroke: The Lausanne emotion in stroke study. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 2005. Vol. 18 (1), pp. 37—44. doi:10.1097/01.wnn.0000152226.13001.8a
6. Baltes P.B. On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 1997. Vol. 52 (4), pp. 366—380. doi:10.1037/0003-066X.52.4.366
7. Baltes P.B., Smith J. The psychology of wisdom and its ontogenesis. In R.J. Sternberg (ed.). *Wisdom: Its nature, origins, and development*. New York: Cambridge University Press, 1990, pp. 87—120.
8. Broomfield N.M., Laidlaw K., Hickabottom E., Murray M.F., Pendrey R., Whittick J.E., Gillespie D.C. Post-Stroke Depression: The Case for Augmented, Individually Tailored Cognitive Behavioural Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2011. Vol. 18 (3), pp. 202—217. doi:10.1002/cpp.711
9. Bruggimann L., Annoni J., Staub F., von Steinbuechel N., Van Der Linden M., Bogousslavsky J. Chronic posttraumatic stress symptoms after nonsevere stroke. *Neurology*, 2006. Vol. 66 (4), pp. 513—516. doi:10.1212/01.wnl.0000194210.98757.49
10. Caeiro L., Ferro J., Santos C., Figueira M. Depression in acute stroke. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 2006. Vol. 31 (6), pp. 377—383.
11. Campbell Burton C.A., Holmes J., Murray J., Gillespie D., Lightbody C.E., Watkins C.L., Knapp P. Interventions for treating anxiety after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011. doi:10.1002/14651858.CD008860.pub2
12. Campbell Burton C.A., Murray J., Holmes J., Astin F., Greenwood D., Knapp P. Frequency of anxiety after stroke: A systematic review of observational studies. *International Journal of Stroke*, 2013. Vol. 8 (7), pp. 545—559. doi:10.1111/j.1747-4949.2012.00906.x
13. Chand S.T., Grossberg G.T. How to adapt cognitive-behavioral therapy for older adults. *Current Psychiatry*, 2013. Vol. 12 (3), pp. 10—15.
14. Dobkin R.D., Allen L.A., Menza M. A cognitive-behavioral treatment package for depression in Parkinson's disease. *Psychosomatics*, 2006. Vol. 47 (3), pp. 259—263. doi:10.1176/appi.psy.47.3.259
15. Dobkin R.D., Menza M., Allen L.A., Gara M.A., Mark M.H., Tiu J., Bienfait K.L., Friedman J. Cognitive-behavioral therapy for depression in Parkinson's disease: A randomized, controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 2011. Vol. 168 (10), pp. 1066—1074. doi:10.1176/appi.ajp.2011.10111669
16. Field E.L., Norman P., Barton J. Cross-sectional and prospective associations between cognitive appraisals and posttraumatic stress disorder symptoms following

- stroke. *Behaviour Research and Therapy*, 2008. Vol. 46 (1), pp. 62—70. doi:10.1016/j.brat.2007.10.006
17. Golding K., Kneebone I.I., Fife-Schaw C. Self-help relaxation for post-stroke anxiety: A randomised controlled pilot study. *Clinical Rehabilitation*, 2016. Vol. 30 (2), pp. 174—180. doi:10.1177/0269215515575746
 18. Hackett M.L., Pickles K. Part I: Frequency of depression after stroke: An updated systematic review and meta-analyses of observational studies. *International Journal of Stroke*, 2014. Vol. 9 (8), pp. 1017—1025. doi:10.1111/ijis.12357
 19. Hatcher B.J., Durham J.D., Richey M. Overcoming stroke-related depression. *Journal of Gerontological Nursing*, 1985. Vol. 11 (11), pp. 34—39. doi:10.3928/0098-9134-19851101-10
 20. Herrmann N., Black S.E., Lawrence J., Szekely C., Szalai J.P. The Sunnybrook stroke study: A prospective study of depressive symptoms and functional outcome. *Stroke*, 1998. Vol. 29 (3), pp. 618—624. doi:10.1161/01.STR.29.3.618
 21. Hibbard M.R., Grober S., Gordon W.A., Aletta E.G. Modification of cognitive therapy for the treatment of post-stroke depression. *The Behaviour Therapist*, 1990. Vol. 13, pp. 15—17.
 22. Hind D., Cotter J., Thake A., Bradburn M., Cooper C., Isaac C., House A. Cognitive behavioural therapy for the treatment of depression in people with multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis [Elektronnyi resurs]. *BMC Psychiatry*, 2014. Vol. 14 (1). Available at: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-14-5> (Accessed: 02.02.2018). doi:10.1186/1471-244X-14-5
 23. House A., Knapp P., Bamford J., Vail A. Mortality at 12 and 24 month after stroke may be associated with depressive symptoms at 1 month. *Stroke*, 2001. Vol. 32 (3), pp. 696—701. doi:10.1161/01.STR.32.3.696
 24. James I.A., Reichelt F.K., Carlsson P., McAnaney A. Cognitive behavior therapy and executive functioning in depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2008. Vol. 22 (3), pp. 210—218. doi:10.1891/0889-8391.22.3.210
 25. Kim J.S., Choi S., Kwon S.U., Seo Y.S. Inability to control anger or aggression after stroke. *Neurology*, 2002. Vol. 58 (7), pp. 1106—1108. doi:10.1212/WNL.58.7.1106
 26. Kneebone I.I. A Framework to Support Cognitive Behavior Therapy for Emotional Disorder After Stroke. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2016. Vol. 23 (1), pp. 99—109. doi:10.1016/j.cbpra.2015.02.001
 27. Kneebone I.I., Jeffries F.W. Treating anxiety after stroke using cognitive behaviour therapy: Two cases. *Neuropsychological Rehabilitation*, 2013. Vol. 23 (6), pp. 798—810. doi:10.1080/09602011.2013.820135
 28. Kneebone I.I., Walker-Samuel N., Swanston J., Otto E. Relaxation training after stroke: Potential to reduce anxiety. *Disability and Rehabilitation*, 2014. Vol. 36 (9), pp. 771—774. doi:10.3109/09638288.2013.808275
 29. Knouse L.E., Safren S.A. Current status of cognitive behavioral therapy for adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 2010. Vol. 33 (3), pp. 497—509. doi:10.1016/j.psc.2010.04.001
 30. Kootker J.A., Rasquin S.M., Lem F.C., van Heugten C.M., Fasotti L., Geurts A.C. Augmented cognitive behavioral therapy for post stroke depressive symptoms: a

- randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2017. Vol. 98 (4), pp. 687—694. doi:10.1016/j.apmr.2016.10.013.
31. Laidlaw K. Post-stroke depression and CBT with older people. In D. Gallagher-Thompson, A.M. Steffen, L.W. Thompson (eds.). *Handbook of Behavioral and Cognitive Therapies with Older Adults*. New York: Springer, 2008, pp. 233—248. doi:10.1007/978-0-387-72007-4_15
 32. Laidlaw K., Thomson A.S. Psychological consequences of stroke: The management of depression and anxiety following stroke. Paper presented at the Stanford University Medical School Veterans Affairs Palo Alto Health Care Systems, Palo Alto, CA, USA, 1999.
 33. Lincoln N.B., Flannaghan T. Cognitive behavioural psychotherapy for depression following stroke. *Stroke*, 2003. Vol. 34 (1), pp. 111—115.
 34. Lincoln N.B., Flannaghan T., Sutcliffe L., Rother L. Evaluation of cognitive behavioural treatment of depression after stroke: A pilot study. *Clinical Rehabilitation*, 1997. Vol. 11 (2), pp. 114—122. doi:10.1177/026921559701100204
 35. Mohlman J., Cedeno L.A., Price R.B., Hekler E.B., Yan G.W., Fishman D.B. Deconstructing demons: The case of Geoffrey. *Pragmatic Case Studies In Psychotherapy*, 2008. Vol. 4 (3), pp. 1—39. doi:10.14713/pcsp.v4i3.936
 36. Rasquin S.M.C., van de Sande P., Praamstra A.J., van Heugten C.M. Cognitive-behavioural intervention for depression after stroke: Five single case studies on effects and feasibility. *Neuropsychological Rehabilitation*, 2009. Vol. 19 (2), pp. 208—222. doi:10.1080/09602010802091159
 37. Scholey K.A., Woods B.T. A series of brief cognitive therapy interventions with people experiencing both dementia and depression: a description of techniques and common themes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2003. Vol. 10 (3), pp. 175—185. doi:10.1002/cpp.368
 38. Sembi S., Tarrrier N., O'Neill P., Burns A., Faragher B. Does post-traumatic stress disorder occur after stroke: A preliminary study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1998. Vol. 13 (5), pp. 315—322. doi: 10.1002/(SICI)1099-1166(199805)13:5<315::AID-GPS766>3.0.CO;2-P
 39. Stalder-Lüthy F., Messlerli-Bürgy N., Hofer H., Frischknecht E., Znoj H., Barth J. Effect of psychological interventions on depressive symptoms in long-term rehabilitation after an acquired brain injury: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2013. Vol. 94 (7), pp. 1386—1397. doi:10.1016/j.apmr.2013.02.013
 40. Waldron B., Casserly L.M., O'Sullivan C. Cognitive behavioural therapy for depression and anxiety in adults with acquired brain injury. What works for whom? *Neuropsychological Rehabilitation*, 2013. Vol. 23 (1), pp. 64—101. doi:10.1080/09602011.2012.724196
 41. Ward S.K., Turner A., Hambridge J.A., Halpin S.A., Valentine M.E., Sweetapple A.L., White J.H., Hackett M.L. Group cognitive behavioural therapy for stroke survivors with depression and their carers. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 2016. Vol. 23 (5), pp. 358—365. doi:10.1080/10749357.2016.1143706
 42. Watanabe Y. Fear of falling among stroke survivors after discharge from inpatient rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research*, 2005. Vol. 28 (2), pp. 149—152. doi:10.1097/00004356-200506000-00008