

*М. В. Маркова, Л. В. Рахман, О. Ю. Плевачук*

**ДИНАМІКА НЕЙРОКОГНІТИВНОГО ДЕФІЦИТУ У ХВОРИХ  
ІЗ ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНИМИ ДЕПРЕСІЯМИ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ**

*Маркова М. В., Рахман Л. В., Плевачук О. Ю.*

**ДИНАМИКА НЕЙРОКОГНІТИВНОГО ДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ  
С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ**

*Markova M. V., Rakhman L. V., Plevachuk O. Y.*

**DYNAMICS OF NEUROCOGNITIVE DEFICIT DURING THE TREATMENT OF PATIENTS  
WITH TREATMENT-RESISTANT DEPRESSION**

В ході дослідження було проаналізовано динаміку нейрокогнітивного дефіциту у хворих із терапевтично резистентними депресіями в процесі лікування. З позицій системного підходу було проведено комплексне обстеження 87 хворих із терапевтично резистентними депресіями. На основі даних анамнезу, клініко-психопатологічного дослідження і показників за опитувальником депресії Бека, шкали MMSE, Монреальської когнітивної шкали, тесту на зорово-моторну координацію, тесту швидкості мовних відповідей, тесту Струпа встановлено наявність нейрокогнітивного дефіциту із порушеннями виконавчих функцій, уваги, пам'яті, швидкості перебігу психомоторних процесів та оптико-просторових здібностей. Результати дослідження засвідчили, що застосування комплексної терапії (антидепресант, атипичний нейролептик та когнітивно-поведінкова терапія) під час лікування терапевтично резистентних депресій дозволяє істотно зменшити вираженість нейрокогнітивного дефіциту.

**Ключові слова:** терапевтично резистентні депресії, когнітивні порушення, психопатологічна характеристика.

The dynamic of neurocognitive deficit in patients with treatment-resistant depression in the course of treatment was analyzed. 87 patients with treatment-resistant depression were investigated using the systematic approach. Based on anamnesis data, clinical and psychopathological investigations, Beck Depression Inventory, MMSE scale, the Montreal Cognitive scale, test of visual-motor coordination, speech speed test response, Stroop Test, the neurocognitive deficit impairing executive functions, attention, memory, psychomotor speed flow processes and optical-spatial abilities was identified. The results of the study showed that the use of adjuvant therapy (antidepressant, atypical antipsychotic and cognitive-behavioral therapy) in the treatment a therapeutically resistant depression can significantly reduce the neurocognitive deficit severity.

**Keywords:** treatment-resistant depression, cognitive disorders, psychopathological characteristics.

В ходе исследования была проанализирована динамика нейрокогнитивного дефицита у больных с терапевтически резистентными депрессиями в процессе лечения. С позиций системного подхода было проведено комплексное обследование 87 больных с терапевтически резистентными депрессиями. На основе данных анамнеза, клинико-психопатологического исследования и показателей по опроснику депрессии Бека, шкалы MMSE, Монреальской когнитивной шкалы, теста на зрительно-моторную координацию, теста скорости языковых ответов, теста Струпа установлено наличие нейрокогнитивного дефицита с нарушениями исполнительных функций, внимания, памяти, скорости течения психомоторных процессов и оптико-пространственных способностей. Результаты исследования показали, что применение комплексной терапии (антидепрессант, атипичный нейролептик и когнитивно-поведенческая терапия) при лечении терапевтически резистентных депрессий позволяет существенно уменьшить выраженность нейрокогнитивного дефицита.

**Ключевые слова:** терапевтически резистентные депрессии, когнитивные нарушения, психопатологическая характеристика.

Упродовж останніх десятиріч захворюваність на депресію в усіх країнах світу стрімко збільшується. За даними ВООЗ, депресія посідає друге місце у світі серед захворювань, які ведуть до втрати працездатності у віці 15—44 роки [1].

Незважаючи на широкі можливості фармакотерапії щодо депресивних розладів, кількість пацієнтів із резистентними до лікування депресіями складає, за даними різних джерел, до 30—40 % [2, 3]. Також відомо, що у третини пацієнтів вдається досягнути бажаного ефекту при застосуванні лише антидепресантів і лише у половини пацієнтів редукція депресивної симптоматики досягає 50 % [3—5].

Основною складовою депресивного стану є зміна афекту, натомість, не менш важливе місце у структурі депресії посідають когнітивні порушення, а саме: зниження концентрації уваги, порушення пам'яті, порушення процесів планування діяльності та прийняття рішень, сповільнення мови [3, 11]. Поняття когнітивного дефіциту включає в себе також ідеаторні утворення, які формують зміст депресивних переживань, а також порушення простих регуляторно-виконавчих функцій та зміну системних когнітивних функцій [6, 9, 10, 17, 18].

На сучасному етапі когнітивні порушення при депресивних розладах є у фокусі уваги дослідників не лише як один із основних проявів хвороби, але і як один із визначальних критеріїв ефективності проводжуваного лікування та подальшого соціального функціонування пацієнтів [6, 7, 15]. За даними різних авторів, когнітивні розлади при терапевтично резистентних депресіях спостерігаються в 94 % випадків та зберігаються у вигляді резидуальної симптоматики в 44 % випадків в ремісії [6, 8—10].

Когнітивна модель депресії, запропонована Беком декілька десятиліть тому, передбачає концепцію «когнітивної тріади»: негативне сприйняття пацієнтом себе, негативна інтерпретація свого досвіду, а також негативне бачення свого майбутнього. Також Бек довів, що структура мислення у пацієнта, який страждає на депресію, передбачає активацію ідіосинкратичних схем, у яких постійні персеверативні негативні думки пацієнта не дозволяють йому зосередитися на зовнішніх стимулах та здійснювати мимовільні розумові дії. Таким чином, при депресії пацієнт неправильно обробляє інформацію, яка надходить зовні, що відображається у способі мислення пацієнта: висновки, які не базуються на реальних фактах, вибіркоче абстрагування, генералізація

на основі негативного досвіду, переоцінка чи нехтування реальними фактами, надмірна персоналізація та абсолютизація [12—14, 16].

Когнітивна модель депресії знайшла своє відображення у численних дослідженнях нейровізуалізації. Патоморфологічним субстратом когнітивних розладів при терапевтично резистентних депресіях є порушення процесів нейропластичності. Завдяки останнім науковим досягненням з використанням сучасних методів дослідження було встановлено, що при депресивних розладах мають місце виражені як ультраструктурні, так і макроморфологічні зміни у деяких структурах мозку. На сьогодні підтверджено, що когнітивні розлади у пацієнтів при депресії спричинені змінами нейрональної активності у субкортикальних та лімбічних ділянках, а саме: стріатумі, таламусі, мигдалевидному тілі та гіпокампі [6—9].

Актуальною залишається дискусія, чи когнітивні порушення при депресії впливають із афективних чи самостійно існують поряд з афективними на початковий етап розвитку хвороби [6, 7]. Однак, ефективність подолання когнітивного дефіциту при депресії є одним із пріоритетних завдань у лікуванні депресії. Сучасні дослідження застосування фармакотерапії, а також когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) у лікуванні депресії доводять, що редукція когнітивних порушень при депресії часто приводить до покращання настрою у пацієнта та стабілізації афекту на кінцевих етапах лікування [14—16, 19, 20]. Це потребує поглибленого вивчення кожного з симптомів когнітивної дисфункції при депресії з метою розуміння стану пацієнта, розроблення критеріїв якісної ремісії та ефективності лікування.

Метою нашого дослідження було проведення аналізу ефективності впливу різних видів терапевтичного втручання на динаміку нейрокогнітивного дефіциту у хворих із терапевтично резистентними депресіями.

До проведеного дослідження на основі інформованої усвідомленої згоди залучено 87 пацієнтів, чоловіків (24) та жінок (63), віком 22—40 років, з верифікацією діагнозу відповідно до критеріїв МКХ-10: депресивний епізод в структурі біполярного афективного розладу різного ступеня важкості (F31.3 — F31.5), депресивний епізод (F32), рекурентний депресивний розлад (F33), дистимія (F34.1), з ознаками резистентності (депресію вважали резистентною, якщо впродовж двох послідовних курсів (по 3—4 тижні) адекватної монотерапії фармакологічно відмінними препаратами відмічалася відсутність або недостатність клінічної ефективності (редукція симптоматики за шкалою Гамільтона становила менше 50 %). Усі пацієнти на момент проведення дослідження перебували на лікуванні в Комунальному закладі «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня», обстеження проводилося на етапі рандомізації, на 12 тижні терапії та на 24 тижні терапії. В подальшому пацієнти були поділені на три групи, що зіставні за соціодемографічними та клініко-психопатологічними характеристиками. В першу групу увійшли 29 пацієнтів, яким призначали антидепресанти з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (пароксетин в середній добовій дозі 40 мг або циталопрам в середній добовій дозі 60 мг). Друга група (29 хворих) проходила лікування з призначенням тих самих препаратів антидепресантів та дозувань та потенціюванням схеми терапії шляхом призначення кветіапіну в середній добовій дозі 300 мг. В третій групі хворих із терапевтично резистентними депресіями

фармакологічне лікування проводили за тою ж схемою, що у другій групі, а також застосували додатково когнітивно-поведінкову терапію.

Методика когнітивно-поведінкової терапії включала проведення 12-ти сесій, 2 з яких були діагностичними, а 10 наступних — терапевтичними. Впродовж перших двох сесій проводили обстеження та визначали загальне формулювання проблеми, цілі терапії та підтримуючі цикли. На терапевтичних сесіях когнітивна терапія складалася з двох основних етапів. Робота на першому етапі була спрямована на полегшення безпосередніх симптомів захворювання, а саме — зменшення впливу негативних автоматичних думок на настрої пацієнта. На другому етапі (7—12 сесії) здійснювали безпосередню роботу з негативними терапевтичними думками за допомогою таких технік, як тестування думок, пошук доказів та альтернативних думок, а також проведення поведінкових експериментів. Робота передбачала навчальні вправи для пацієнта, які пацієнт міг згодом застосовувати самостійно для покращання свого стану.

Клініко-психопатологічний метод, застосований в ході проведеного дослідження, ґрунтувався на принципах проведення психіатричного обстеження пацієнтів відповідно до клінічних критеріїв МКХ-10. Психічний стан пацієнтів оцінювали шляхом аналізу скарг пацієнтів, їхніх анамнестичних даних, вивчення симптомів, синдромів, їх психопатологічної інтерпретації та відповідності класифікаційним характеристикам МКХ-10. З метою стандартизованої оцінки клінічних проявів депресивного розладу і ступеня його вираженості використовували опитувальник депресії Бека у його модифікації BDI-II (APA, 1996). Пацієнтові було запропоновано 21 запитання для оцінки вираженості кожного з депресивних проявів (від 0 до 21 бали). Показник 0—13 балів розцінювали як незначні (мінімальні) прояви депресії, 14—19 балів — депресія легкого ступеня важкості, 20—28 — середнього ступеня важкості, 29—63 бали — важка депресія.

Для оцінки когнітивної функції пацієнтів використовували шкалу MMSE — Mini-Mental State Examination (коротка шкала оцінки психічного статусу). Результат отримували шляхом підсумовування балів (максимальна кількість — 30). Про відсутність порушень когнітивних функцій свідчив результат 28—30 балів, когнітивні порушення мали місце при сумі 24—27 балів, причому легка когнітивна дисфункція діагностувалася при 26—27 балах, а помірна — при 24—25. Результат нижчий за 24 бали кваліфікувався як деменція.

Як інструмент для дослідження об'єктивних показників когнітивних функцій нами використана Монреальська когнітивна шкала, так званий MoCA-тест (Nasreddin Z., 1996), яка дозволяє оцінити різні когнітивні сфери: увагу і концентрацію, виконавчі функції, пам'ять, мову, конструктивно-зорові навички, абстрактне мислення, рахування й орієнтацію. Оцінка за MoCA-тестом у 26—30 балів свідчить про нормальний когнітивний статус. При 18—26 балах реєструється легкий ступінь когнітивних порушень, при 10—17 — помірний. Менше 10 балів за цією шкалою визначається як глибокий ступінь когнітивного дефіциту.

В процесі психодіагностичного обстеження також використовували Тест на зорово-моторну координацію — Trail Making Test, TMT (Reitan R. M., Wolfson D., 1993). Частина «А» оцінює моторну координацію, частина «В» — увагу, робочу пам'ять і виконавчу функцію.

Результат визначають часом, витраченим на виконання завдань обох частин («А» і «В»), але не більше 4 хвилин. За допомогою тесту швидкості мовних відповідей — Verbal Fluency test, VFT (Lezak M. D., 1995) вивчали вербальну асоціативну продуктивність (літерна частина) та лексичні системи (категоріальна частина), запас семантичної пам'яті, виконавчі функції. Для оцінки інтенсивності та вибірковості уваги і дослідження виконавчих функцій використовували тест Струпа (Stroop color word interference test (Stroop J. R., 1935).

Статистичний аналіз виконано за допомогою стандартного пакету Excel для Microsoft.

За результатами проведеного дослідження було встановлено таке. Тривалість перебігу резистентної депресії в групі обстежених пацієнтів становила  $4,4 \pm 0,7$  роки із загальною тривалістю захворювання  $12,1 \pm 3,4$  роки. Середній вік маніфесту захворювання становив  $20,3 \pm 3,4$  роки, маніфестація резистентності виявлялася в середньому в  $20,6 \pm 2,7$  роки. Тривалість епізоду терапевтично резистентної депресії в обстежених пацієнтів складала в середньому  $8,2 \pm 1,3$  місяці, кількість перенесених епізодів депресії до розвитку резистентності становила  $3,4 \pm 0,4$ . У переважній більшості пацієнтів (79,4 %) відмічалася депресивна симптоматика важкого ступеня (більше 27 балів за шкалою Гамільтона-21 пункт HAM-D21 та більше 39 балів за шкалою Бека), за нозологічними характеристиками це, в основному, хворі із біполярним афективним розладом, депресивним епізодом (26,4 %) та рекурентним депресивним розладом (32,2 %).

В ході клініко-психопатологічного дослідження в структурі депресивного синдромокомплексу виокремлено симптоми, які найбільш характерні для пацієнтів

із терапевтично резистентними депресіями. Серед них хворі найчастіше виявляли зниження інтересів до тих речей, які раніше цікавили — в 83,9 % випадків, зниження здатності переживати задоволення — в 95,4 % випадків, відчуття апатії — 55,2 % випадків, слабкість, анергію — в 74,7 % випадків, підвищену втомлюваність — в 63,2 % випадків, тривогу, страх — в 83,9 % випадків, порушення сну — в 86,2 % випадків, соматичні скарги — в 55,2 % випадків. Досить високим виявився рівень суїцидальності — 40,2 % хворих виявляли суїцидальні думки, тенденції, мали місце також суїцидальні спроби. Динаміку депресивних симптомів в процесі терапії подано в таблиці 1.

Характеристика когнітивних порушень при терапевтично резистентних депресіях засвідчила неоднорідність їх структури. В основному вони мали характер нейрокогнітивного дефіциту і проявлялися порушеннями виконавчих функцій, уваги, пам'яті, швидкості перебігу психомоторних процесів та оптико-просторових здібностей. В таблиці 2 проілюстровано динаміку нейрокогнітивного дефіциту у пацієнтів із терапевтично резистентними депресіями в процесі лікування.

Застосування когнітивно-поведінкової терапії у пацієнтів з терапевтично резистентними депресіями у комбінації з медикаментозним лікуванням засвідчило високу ефективність цього комплексу. Найбільш вираженим був ефект у пацієнтів із середнім та важким ступенем депресії. Зокрема, показники за шкалою Бека у групі пацієнтів з депресією легкого ступеня знизилися до референтних значень діапазону мінімальних депресивних проявів, в той час як у групі пацієнтів з депресією важкого ступеня відповідні показники знизилися до значень діапазону середнього ступеня (табл. 3).

Таблиця 1

**Динаміка депресивної симптоматики в залежності від схеми терапії у пацієнтів із терапевтично резистентними депресіями**

Депресивні симптоми	До лікування (n = 87)	В процесі лікування					
		I група (n = 29)		II група (n = 29)		III група (n = 29)	
		12 тижнів (n = 27)	24 тижні (n = 24)	12 тижнів (n = 25)	24 тижні (n = 22)	12 тижнів (n = 24)	24 тижні (n = 22)
Зниження інтересів	73 (83,9 %)	18 (62,1 %)	9 (31,1 %)	18 (62,1 %)	10 (34,5 %)	14 (48,3 %)	2 (6,7 %)
Зниження здатності переживати задоволення	83 (95,4 %)	20 (69,0 %)	10 (34,5 %)	15 (51,7 %)	11 (37,9 %)	11 (37,9 %)	2 (6,7 %)
Апатія	48 (55,2 %)	6 (20,7 %)	3 (10,3 %)	11 (37,9 %)	4 (13,8 %)	8 (27,6 %)	2 (6,7 %)
Роздратованість	35 (40,2 %)	4 (13,8 %)	1 (3,4 %)	6 (20,7 %)	1 (3,4 %)	4 (13,8 %)	1 (3,4 %)
Відчуття безпомічності	35 (40,2 %)	8 (27,6 %)	5 (17,2 %)	9 (31,1 %)	2 (6,7 %)	4 (13,8 %)	1 (3,4 %)
Відчуття відчаю	40 (46,0 %)	5 (17,2 %)	2 (6,7 %)	7 (24,1 %)	2 (6,7 %)	2 (6,7 %)	1 (3,4 %)
Суїцидальні думки	35 (40,2 %)	2 (6,7 %)	—	3 (10,3 %)	—	4 (13,8 %)	—
Слабкість, анергія	65 (74,7 %)	8 (27,6 %)	4 (13,8 %)	9 (31,1 %)	4 (13,8 %)	8 (27,6 %)	2 (6,7 %)
Підвищена втомлюваність	55 (63,2 %)	9 (31,1 %)	4 (13,8 %)	11 (37,9 %)	6 (20,7 %)	5 (17,2 %)	2 (6,7 %)
Панічні приступи	30 (34,5 %)	4 (13,8 %)	—	4 (13,8 %)	1 (3,4 %)	3 (10,3 %)	1 (3,4 %)
Тривога, страх	73 (83,9 %)	5 (17,2 %)	1 (3,4 %)	6 (20,7 %)	2 (6,7 %)	2 (6,7 %)	—
Порушення сну	75 (86,2 %)	4 (13,8 %)	—	3 (10,3 %)	—	4 (13,8 %)	—
Соматичні скарги	48 (55,2 %)	6 (20,7 %)	3 (10,3 %)	5 (17,2 %)	1 (3,4 %)	5 (17,2 %)	1 (3,4 %)
Зниження маси тіла	42 (48,3 %)	2 (6,7 %)	—	—	—	—	—
Іпохондричні переживання	32 (36,8 %)	4 (13,8 %)	1 (3,4 %)	5 (17,2 %)	1 (3,4 %)	2 (6,7 %)	—

Таблиця 2

**Динаміка нейрокогнітивного дефіциту у пацієнтів із терапевтично резистентними депресіями в залежності від схеми терапії (M ± t)**

Нейропсихологічні характеристики	Показники			
	до лікування	після лікування (24 тижень)		
		I група	II група	III група
MMSE	25,2 ± 1,7	27,4 ± 0,3	26,6 ± 1,1	29,3 ± 0,4
MoCA-тест	21 ± 2,4	26,3 ± 1,8	26,3 ± 1,4	27,8 ± 1,6
TMT, частина «А» — частина «В»	41,7 ± 0,8 92,5 ± 10,3	32,8 ± 1,3 81,3 ± 2,8	32,2 ± 2,1 82,7 ± 1,8	29,6 ± 1,9 79,3 ± 2,8
VFT, літерна частина — категоріальна частина	12,4 ± 1,7 14,1 ± 3,1	14,6 ± 1,6 14,5 ± 2,7	13,2 ± 1,7 14,7 ± 1,1	15,4 ± 1,2 15,2 ± 1,4
Тест Струпа, — частина 1 — частина 2	64,7 ± 8,2 142,2 ± 10,8	36,8 ± 4,1 87,6 ± 7,6	39,3 ± 3,4 88,2 ± 5,1	20,3 ± 3,8 78,8 ± 4,4

Таблиця 3

**Показники ефективності застосування когнітивно-поведінкової терапії у пацієнтів з терапевтично резистентними депресіями за шкалою Бека впродовж 12 тижнів лікування (M ± t)**

Група пацієнтів за ступенем вираженості депресивної симптоматики (n = 24)	Показники за шкалою Бека		
	до лікування	8-ма сесія	12-та сесія
Депресія легкого ступеня (n = 4)	16,75 ± 0,62	14,50 ± 1,55	11,75 ± 0,85
Депресія середнього ступеня (n = 9)	25,11 ± 0,73	20,8 ± 1,4	15,8 ± 1,56
Депресія важкого ступеня (n = 11)	49,09 ± 2,9	35,5 ± 1,8	27,6 ± 2,6

Через 6 місяців після початку лікування показники вираженості депресивних проявів (табл. 4) залишалися в межах референтних значень того діапазону, який визначався після 12-тижневого курсу КПТ. Це свідчило про активне самостійне використання пацієнтами методів когнітивно-поведінкової терапії впродовж усього періоду лікування.

Таблиця 4

**Показники ефективності застосування когнітивно-поведінкової терапії у пацієнтів з терапевтично резистентними депресіями за шкалою Бека на 24 тижні лікування (M ± t)**

Група пацієнтів за ступенем вираженості депресивної симптоматики (n = 22)	Показники за шкалою Бека
Депресія легкого ступеня (n = 4)	12,25 ± 1,75
Депресія середнього ступеня (n = 9)	13,51 ± 1,5
Депресія важкого ступеня (n = 9)	27,77 ± 2,4

Результати дослідження засвідчили, що застосування комплексної терапії (антидепресант, атипичний нейролептик та когнітивно-поведінкової терапії) під час лікування терапевтично резистентних депресій дозволяє істотно зменшити вираженість нейрокогнітивного дефіциту. Застосування кветіапіну одночасно із застосуванням терапії антидепресантами з групи SSRI потенціює дію останніх шляхом додаткового впливу на 5-HT<sub>2</sub>-серотонінергічні рецептори, знижуючи афективні депресивні прояви, тривожність, а також покращуючи

когнітивні функції, насамперед, у сфері пам'яті та уваги. Проведення когнітивно-поведінкової терапії у поєднанні із цією схемою лікування дозволяє пацієнтові ідентифікувати негативні думки, пов'язані з депресією та тестувати їх, а також проводити поведінкові експерименти. Можливість перевірки пацієнтом власних депресивних прогнозів та інтерпретацій в реальних життєвих ситуаціях сприяє зміні структури депресивного мислення та формування у пацієнта усвідомлення та реалістичної оцінки свого стану, що позитивно впливає на терапевтичний процес.

**Список літератури**

1. WHO: World health statistics 2012 [Electronic Resource]. — Mode of access : URL : // http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/1/9789241564441\_eng.pdf?ua=1&ua=1
2. The economic burden of treatment-resistant depression [Text] / N. Olchanski, M. McInnis Myers, M. Halseth [et al.] // Clin Ther. — 2013. — Vol. 35. — P. 512—522.
3. Вертоградова О. П. Затяжные депрессии (закономерности формирования, прогноз, терапия) [Текст] / О. П. Вертоградова, В. В. Петухов // Социальная и клиническая психиатрия. — 2005. — № 4(15). — С. 18—23.
4. Марута Н. А. Диагностика и терапия униполярных депрессий в современных условиях: мифы и реальность [Текст] / Н. А. Марута // Нейро News. — 2013. — № 2 (47). — С. 20—27.
5. Al-Harbi K. S. Treatment-resistant depression: therapeutic trends, challenges, and future directions [Text] / K. S. Al-Harbi // Patient Prefer Adherence. — 2012. — Vol. 6. — P. 369—388.
6. Clark L. Neurocognitive mechanisms in depression: implications for treatment [Text] / L. Clark, S. R. Chamberlain, B. J. Sahakian // Ann. Rev. Neurosci. — 2009. — Vol. 32. — P. 57—74.
7. Marvel C. L. Cognitive and neurological impairment in mood disorders [Text] / C. L. Marvel, S. Paradiso // Psychiatr. Clin. North Am. — 2004. — Vol. 27. — № 1. — P. 19—23.
8. Взаимосвязи когнитивных и эмоциональных нарушений при депрессиях (обзор литературы) / В. Н. Краснов, М. В. Алфимова, Т. С. Мельникова [и др.] // Доктор Ру. — 2013. — № 5 (83). — С. 70—76.
9. Cognitive aspects of chronic depression [Text] / L. P. Riso, P. L. du Toit, J. A. Blandino [et al.] // Journal of Abnormal Psychology. — 2003. — Vol. 112. — P. 72—80.
10. Вербенко В. А. Клинико-динамические характеристики когнитивных нарушений у больных депрессивными расстройствами [Текст] / В. А. Вербенко, А. В. Янцев, А. Э. Асанова // Таврический журнал психиатрии. — 2009. — Т. 13. — № 1(46). — С. 23—31.
11. Быков Ю. В. Резистентные к терапии депрессии [Текст] / Ю. В. Быков. — Ставрополь, 2009. — 77 с.
12. Cognitive therapy of depression [Text] / [A. Beck A. Rush, B. Shaw et al.]. — N-Y.: Guilford, 1979. — 425 p.
13. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) versus the health-enhancement program (HEP) for adults with treatment-resistant depression: a randomized control trial study protocol [Text] / [S. J. Eisendrath, E. P. Gillung, K. L. Delucchi et al.] // BMC Complement Altern Med. — 2014. — Vol. 14(1). — P. 95—99.
14. Wiles N. Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: results of the CoBaT randomised controlled trial [Text] / N. Wiles, L. Thomas, A. Abel [et al.] // The Lancet. — 2013. — Vol. 381. — Issue 9864, — P. 375—384.
15. Підкоритов В. С. Сучасні підходи до лікування «фармако-резистентних» депресій [Текст] / В. С. Підкоритов // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 2(63). — С. 55—57.
16. Kenny M. A. Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy [Text] / M. A. Kenny and J. M. G. Williams // Behav Res Ther. — 2007. — T. 45(3). — P. 617—625.
17. Бачинська Н. Ю. Синдром помірних когнітивних порушень, віковий аспект [Текст] / Н. Ю. Бачинська, В. О. Холін // Журнал практичного лікаря. — 2007. — № 3. — С. 46—51.
18. Дамулин И. В. Легкие когнитивные нарушения [Текст] / И. В. Дамулин // Consilium medicum. — 2004. — Т. 6. — № 2. — С. 149—153.

19. Anderson I. M. Efficacy, safety and tolerability of quetiapine augmentation in treatment resistant depression: an open-label, pilot study [Text] / I. M. Anderson, A. Sarsfield, P. M. Haddad // J. Affect. Disord. — 2009. — Vol. 117. — P. 116—119.

20. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression [Text] / S. Dimidjian, S. D. Hollon, K. S. Dobson [et al.] // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 2006. — Vol. 74. — P. 658—670.

Надійшла до редакції 02.10.2014 р.

**МАРКОВА Маріанна Владиславівна**, доктор медичних наук, професор, професор кафедри сексології та медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків; e-mail: mariannochka@i.ua

**РАХМАН Людмила Володимирівна**, кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри психіатрії, психології та сексології Львівського

національного медичного університету імені Данила Галицького, м. Львів; e-mail: rakhman@polynet.lviv.ua

**ПЛЕВАЧУК Оксана Юріївна**, кандидат медичних наук, асистент кафедри психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, м. Львів; e-mail: oplevachuk@ukr.net

**MARKOVA Marianna Vladyslavivna**, Doctor of Medical Sciences, Professor of Department of Sexology and Medical Psychology of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv; e-mail: mariannochka@i.ua

**RAKHMAN Lyudmyla Volodymyrivna**, MD, PhD, Associate Professor, Lecturer of Department of Psychiatry, Psychology and Sexology of Danylo Halytsky's Lviv National Medical University, Lviv; e-mail: rakhman@polynet.lviv.ua

**PLEVACHUK Oksana Yuriivna**, MD, PhD, Assistant of Department of Psychiatry, Psychology and Sexology of Danylo Halytsky's Lviv National Medical University, Lviv; e-mail: oplevachuk@ukr.net

UDC: 616.35-006-089.87:316.6

*S. V. Merlich*

## MODEL OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF OSTOMYPATIENT AT THE STAGE OF OUTPATIENT TREATMENT

*C. B. Мерліч*

### МОДЕЛЬ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ СТОМОВАНИХ ХВОРИХ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ

*C. B. Мерліч*

### МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

In medical and psychological science emphasizes the importance and efficiency of use an integrated multidisciplinary approach to assist the various categories of patients, including patients with cancer. At the organization of medical and psychological support for oncologic patients, we have attempted to expand the medical model of patient care to in-office treatment by incorporating elements of psychocorrectional and psychopreventive work most with oncologic patients and their families, as well as with medical personnel.

*Keywords:* medical and psychological support for oncologic patients, multidisciplinary approach, intestinal ostomy, oncopatology, palliative care, social oncology.

В медико-психологічній науці наголошується важливість та ефективність використання комплексного мультидисциплінарного підходу у наданні допомоги різним категоріям хворих, зокрема пацієнтам з онкопатологією. Під час організації медико-психологічного супроводу для онкологічного хворого нами було зроблено спробу розширити медичну модель надання допомоги пацієнту на амбулаторному етапі лікування за рахунок включення елементів психокорекційної та психопрофілактичної роботи з самим онкохворим та його родиною, а також з медичним персоналом.

*Ключові слова:* медико-психологічний супровід онкохворого, мультидисциплінарний підхід, кишкова стома, онкопсихологія, паліативна допомога, соціальна онкологія.

В медико-психологічній науці підкреслюється важливість та ефективність використання комплексного мультидисциплінарного підходу в оказанні допомоги різним категоріям хворих, в частині пацієнтам з онкопатологією. При організації медико-психологічного супроводу для онкологічного хворого нами була предпринята попытка розширити медичну модель оказання допомоги пацієнту на амбулаторному етапі лікування за счет включення елементів психокоррекционной и психопрофилактической работы с самим онкобольным и его семьей, а также с медицинским персоналом.

*Ключевые слова:* медико-психологическое сопровождение онкобольного, мультидисциплинарный подход, кишечная стома, онкопсихология, паллиативная помощь, социальная онкология.

The problem of medical and psychological support for an oncologic patient is one of the newest trends in causes' research of cancer [8]. There are different approaches in psychological service, focused on the patient as well as on his/her surrounding: psychoeducational program, individual and group psychotherapy [4, 5]. Usually these arrangements are held only at the stage of in-treatment and aimed at improving psychological adaptation to conditions of the health care institution, development of positive motivation as for the treatment and patient's life quality improvement [1].

There are researches proving that medical and psychological support for an oncological patient must cover not only the in-treatment period, but in-office period as well [6].

However, in the modern science methods of complex medical-psychological treatment of the patient that was given a surgical service as for the intestinal ostomy formation aren't developed yet, despite its practical necessity [9].

All above mentioned governs relevance of the present research.

The main goal of the present research is its theoretical reasoning and effective complex model development of the medical and psychological support for oncologic patients that were given surgical service as for the intestinal ostomy formation at the in-office stage of treatment.

During the research a complex of methods was used, such as: theoretical (theoretical and methodological analysis of the problem, systematization of literary sources' data, its comparison and generalization), sociodemographic, clinico-