УДК 616.895.4-008.47:614.253

Н. А. Марута, Д. А. Жупанова

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕКУРРЕНТНОЙ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛАЙЕНСА

Н. О. Марута, Д. А. Жупанова

Клініко-психопатологічні особливості рекурентної депресії у хворих з різним ступенем медикаментозного комплайєнса

N. O. Maruta, D. A. Zhupanova

Clinical-psychopathological peculiarities of recurrent depression in patients with a different level of the medication compliance

В исследовании клинико-психопатологических особенностей рекуррентной депрессии (F33.1, F33.2) у больных с различной степенью медикаментозного комплайенса (МК) приняло участие 106 пациентов с данной патологией: 33 больных с рекуррентной депрессией и полным МК; 38 больных с рекуррентной депрессией и частичным МК; 35 больных с рекуррентной депрессией и отсутствием МК.

Обобщая представленные в работе данные, следует отметить, что основными клинико-психопатологическими особенностями рекуррентной депрессии у больных с отсутствием и частичным МК являются дисфорический вариант депрессии с выраженным чувством вины, суицидальными мыслями, повышенной чувствительностью к критике в свой адрес, выраженным неудовольствием, гневом и возмущением. К клинико-психопатологическим особенностям рекуррентной депрессии у больных с полным МК относится соматовегетативный вариант депрессии с выраженными страхами и вегетативными симптомами.

Описанные проявления являются клинико-психопатологическими предикторами нарушения МК и должны учитываться при проведении психотерапии и психокоррекции данной категории больных.

Ключевые слова: медикаментозный комплайенс, рекуррентная депрессия, клинико-психопатологические особенности

У дослідженні клініко-психопатологічних особливостей рекурентної депресії (F33.1, F33.2) у хворих з різним ступенем медикаментозного комплайєнса (МК) взяли участь 106 пацієнтів з даною патологією: 33 хворих з рекурентною депресією і повним МК; 38 хворих з рекурентною депресією і частковим МК; 35 хворих з рекурентною депресією і відсутністю МК.

Узагальнюючи подані в роботі дані, слід зазначити, що основними клініко-психопатологічними особливостями рекурентної депресії у хворих з відсутністю і частковим МК є дисфорічний варіант депресії з вираженим почуттям провини, суїцидальними думками, підвищеною чутливістю до критики на свою адресу, вираженим незадоволенням, гнівом і обуренням. До клініко-психопатологічних особливостей рекурентної депресії у хворих з повним МК належить соматовегетативний варіант депресії з вираженими страхами і вегетативними симптомами.

Описані прояви є клініко-психопатологічними предикторами порушення МК та їх необхідно враховувати під час проведення психотерапії та психокорекції даної категорії хворих.

Ключові слова: медикаментозний комплайєнс, рекурентна депресія, клініко-психопатологічні особливості

A study of clinical-psychopathological peculiarities of recurrent depression (F33.1, F33.2) in patients with a different level of the medication compliance (MC) involved 106 patients with this pathology: 33 patients with recurrent depression and a complete MC, 38 patients with recurrent depression and a partial MC, and 35 patients with recurrent depression and lack of MC.

Summarizing the data presented in the article, it should be pointed out that the main clinical-psychopathological peculiarities of recurrent depression in patient with lack of MC and a partial MC were the dysphoric variant of depression with a manifested guilt, suicidal thoughts, a high patient's sensitivity to criticism about him/herself, an expressed displeasure, anger, and indignation.

Patients with a complete MC had such clinical-psychopathological peculiarities of recurrent depression as a somatic-vegetative variant of depression with manifested fears and vegetative symptoms.

The abovementioned manifestations are clinical-psychopathological predictors of problems with MC and should be taken into account in psychotherapy and psychocorrection for this category of patients.

Key words: medication compliance, recurrent depression, clinical-psychopathological peculiarities

Проблема соблюдения больными врачебных назначений привлекает все большее внимание исследователей. По данным ВОЗ, примерно половина всех пациентов с хронической патологией не выполняют медицинские рекомендации. Особенно остро эта проблема стоит у больных с психическими и поведенческими расстройствами. Несоблюдение пациентами медицинских рекомендаций значительно снижает эффективность лечения и приводит к выраженной утрате трудоспособности и формированию инвалидности [2, 3, 5, 12, 15, 18, 19].

Для обозначения правильности соблюдения больным рекомендаций врача был предложен термин «комплайенс». Это понятие описывает поведение больного, направленное на выполнение врачебных рекомендаций в целях быстрого и полного выздоровления или стабилизации состояния. Комплайенс рассматривается как система представлений, убеждений, мотиваций и действий пациента, обеспечивающая процесс соблюдения терапевтического режима. Это поведение касается всего спектра медицинских назначений: правильности приема лекарств, точности выполнения нелекарственных процедур, следования диете, ограничения вредных привычек, формирования здорового образа жизни.

Как противоположность комплайенсу, в мировой литературе используется термин «неприверженность», который характеризует осознанное решение пациента о невыполнении назначений и рекомендаций врача после анализа «затрат/выгод» и оценки соотношения «риска/пользы» вмешательства на основании собственных представлений и доступной информации [6, 8, 16].

В проведенных исследованиях показано, что среди факторов, нарушающих приверженность терапии, наиболее значимыми являются факторы, связанные с патологическим процессом, с личностью пациента, с лекарственным средством и микросоциальным окружением [4, 7, 10, 11, 17].

Вместе с тем, клинические особенности рекуррентных депрессий у пациентов с различной степенью медикаментозного комплайенса (МК) остаются до настоящего времени не изученными, что и определило цель настоящего исследования.

© Марута Н. О., Жупанова Д. А., 2015

В исследовании клинико-психопатологических особенностей рекуррентной депрессии (F33.1, F33.2) у больных с различной степенью МК приняли участие 106 пациентов с данной патологией: 33 больных с рекуррентной депрессией и полным МК; 38 больных с рекуррентной депрессией и частичным МК; 35 больных с рекуррентной депрессией и отсутствием МК.

В исследовании с помощью Шкалы Гамильтона (HDRS) у больных рекуррентной депрессией с различной степенью МК был оценен уровень выраженности депрессии.

Согласно результатам исследования (рис. 1), следует отметить, что статистически значимых различий выраженности депрессии между группами больных рекуррентной депрессией с различной степенью МК выявлено не было (при $p > 0,5$).

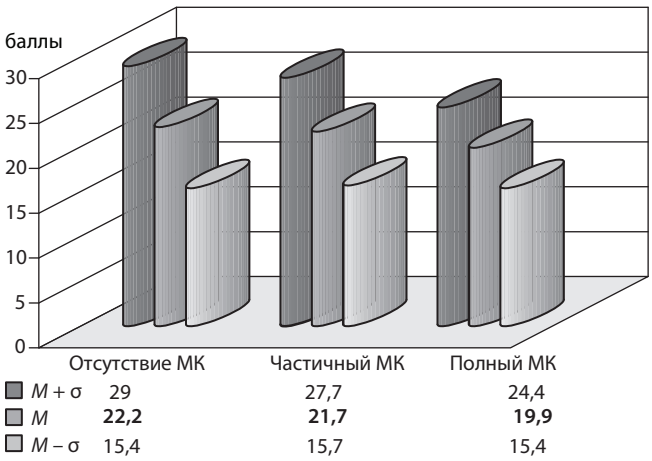


Рис. 1. **Выраженность депрессии у больных рекуррентной депрессией с различной степенью МК**

Так, в группе больных рекуррентной депрессией с полным МК выраженность депрессивного расстройства составила 19,9 ± 4,5 балла [15,4—24,4 балла], в группе больных с частичным МК — 21,7 ± 6,0 баллов [15,7—27,7 балла], в группе больных с отсутствием МК — 22,2 ± 6,8 балла [15,4—29,0 баллов] (при $p > 0,5$).

Использование Шкалы Гамильтона у больных рекуррентной депрессией позволило оценить выраженность отдельных проявлений депрессивной симптоматики у пациентов с различной степенью МК. Результаты этой оценки (табл. 1) свидетельствуют о том, что в группе больных рекуррентной депрессией с отсутствием МК наиболее выраженными были чувство вины (2,3 ± 0,3 балла, при $p < 0,01$) и суицидальные намерения (1,4 ± 0,3 балла, при $p < 0,05$).

В группе больных рекуррентной депрессией с частичным МК из депрессивных симптомов наиболее выраженным также было чувство вины (2,0 ± 0,4 балла, при $p < 0,05$).

В группе больных рекуррентной депрессией с полным МК преобладали обсессивно-компульсивные симптомы (2,2 ± 0,4 балла, при $p < 0,01$).

С помощью шкалы HARS у больных рекуррентной депрессией была оценена выраженность тревожной симптоматики и ее роль в формировании МК различной степени (табл. 2).

Таблица 1. **Выраженность отдельных проявлений депрессивной симптоматики у больных рекуррентной депрессией с различной степенью МК**

Симптомы	Выраженность депрессивных симптомов, ($M \pm \sigma$), баллы		
	Отсутствие МК	Частичный МК	Полный МК
Депрессивное настроение	1,9 ± 0,5	1,7 ± 0,5	1,7 ± 0,4
Чувство вины	2,3 ± 0,3**	2,0 ± 0,4*	1,1 ± 0,4
Суицидальные намерения	1,4 ± 0,3*	0,9 ± 0,3	0,8 ± 0,2
Ранняя бессонница	1,5 ± 0,4	1,3 ± 0,5	1,4 ± 0,3
Средняя бессонница	0,9 ± 0,4	1,0 ± 0,4	0,9 ± 0,3
Поздняя бессонница	1,3 ± 0,4	1,5 ± 0,3	1,4 ± 0,4
Работоспособность и активность	1,5 ± 0,6	1,5 ± 0,5	1,4 ± 0,5
Заторможенность	1,2 ± 0,4	1,3 ± 0,4	1,2 ± 0,3
Ажитация	1,5 ± 0,5	1,6 ± 0,4	1,5 ± 0,3
Психическая тревога	1,5 ± 0,5	1,4 ± 0,3	1,5 ± 0,6
Соматическая тревога	1,7 ± 0,5	1,6 ± 0,4	1,7 ± 0,4
Желудочно-кишечные соматические	1,2 ± 0,3	1,1 ± 0,4	1,2 ± 0,4
Генитальные	0,8 ± 0,2	1,0 ± 0,3	1,0 ± 0,2
Общие соматические	1,1 ± 0,3	1,1 ± 0,4	1,1 ± 0,2
Ипохондрические эквиваленты депрессии	1,4 ± 0,4	1,3 ± 0,3	1,5 ± 0,4
Снижение массы тела	0,6 ± 0,2	0,5 ± 0,2	0,4 ± 0,2
Критичность к болезни	1,9 ± 0,5	1,7 ± 0,3	1,8 ± 0,4
Суточные колебания настроения	2,0 ± 0,4	2,0 ± 0,5	1,9 ± 0,5
Деперсонализация и дереализация	0,5 ± 0,2	0,6 ± 0,2	0,5 ± 0,2
Параноидные	0	0	0
Обсессивно-компульсивные	1,2 ± 0,2	1,1 ± 0,3	2,2 ± 0,4***

Примечания: различия достоверны по отношению к группе больных с полным МК: * — при $p < 0,05$; ** — при $p < 0,01$; различия достоверны по отношению к группе больных с отсутствием и частичным МК: *** — при $p < 0,05$

Таблица 2. **Выраженность отдельных проявлений тревожной симптоматики у больных рекуррентной депрессией с различной степенью МК**

Симптомы	Выраженность тревожных симптомов, ($M \pm \sigma$), баллы		
	Отсутствие МК	Частичный МК	Полный МК
Тревожное настроение	1,2 ± 0,4	1,3 ± 0,4	1,3 ± 0,5
Напряжение	1,0 ± 0,3	1,2 ± 0,4	1,1 ± 0,3
Страхи	0,9 ± 0,2	0,8 ± 0,3	1,7 ± 0,4*
Инсомния	1,2 ± 0,3	1,2 ± 0,3	1,1 ± 0,3
Интеллектуальные нарушения	0,8 ± 0,2	1,0 ± 0,3	0,9 ± 0,3
Депрессивное настроение	2,4 ± 0,5	2,6 ± 0,3	2,5 ± 0,4
Соматические мышечные	0,9 ± 0,3	1,0 ± 0,3	1,1 ± 0,4
Соматические сенсорные	0,8 ± 0,2	0,9 ± 0,4	0,8 ± 0,2
Сердечно-сосудистые	1,1 ± 0,3	1,0 ± 0,3	1,2 ± 0,5
Респираторные	0,7 ± 0,2	0,7 ± 0,2	0,8 ± 0,3

Продолжение табл. 2

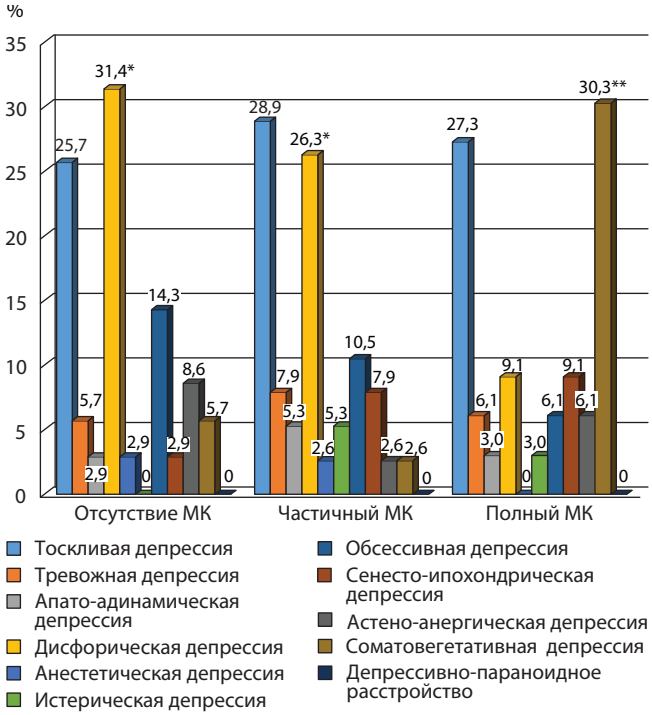
Симптомы	Выраженность тревожных симптомов, ($M \pm \sigma$), баллы		
	Отсутствие МК	Частичный МК	Полный МК
Гастроинтестинальные	0,8 ± 0,4	0,7 ± 0,3	0,9 ± 0,3
Мочеполовые	1,2 ± 0,3	1,1 ± 0,4	1,2 ± 0,4
Вегетативные	1,4 ± 0,4	1,3 ± 0,4	1,4 ± 0,4
Поведение при осмотре	1,1 ± 0,2	1,3 ± 0,5	1,2 ± 0,4

Примечания: различия достоверны по отношению к группе больных с отсутствием МК и частичным МК: * — при $p < 0,05$

По результатам исследования тревожной симптоматики (*см.* табл. 2) мы отметили, что у больных рекуррентной депрессией с полным МК достоверно более выраженными были страхи (1,7 ± 0,4 балла, при $p < 0,05$), не превышающие умеренной степени выраженности.

По остальным проявлениям тревожной симптоматики у больных рекуррентной депрессией с различной степенью МК статистически значимых различий в их выраженности зарегистрировано не было (при $p > 0,5$).

С помощью клинико-психопатологического метода у больных рекуррентной депрессией с различной степенью МК были изучены синдромальные проявления депрессивного расстройства.



Условные обозначения: различия достоверны по отношению к группе больных с полным МК: * — при $p < 0,01$; различия достоверны по отношению к группе больных с отсутствием и частичным МК: ** — при $p < 0,01$

Рис. 2. **Синдромальные варианты депрессивного расстройства у больных рекуррентной депрессией с различной степенью МК**

Как свидетельствуют полученные данные (рис. 2), у больных рекуррентным депрессивным расстройством с отсутствием МК (в 31,4 % случаев, при $p < 0,01$) и частичным МК (в 26,3 % случаев, при $p < 0,01$) чаще регистрировались дисфорические формы депрессии. В группе больных рекуррентной депрессией с полным МК преобладала соматовегетативная депрессия (в 30,3 % случаев, при $p < 0,01$).

Дисфорическая форма депрессии у больных рекуррентной депрессией с отсутствием и частичным МК характеризовалась снижением настроения с мрачно-тоскливым и раздражительно-злобным оттенками, переживаниями скуки и однообразия проходящей жизни, с недовольством собой и окружающими, ощущением безнадежности и пессимизма. Больные с этой формой депрессии были мрачны, угрюмы и ворчливы. В настроении у этих больных отмечались нерегулярные колебания, усиливающиеся под влиянием внешних раздражителей.

С целью уточнения клинико-психопатологической структуры рекуррентной депрессии у больных с различной степенью МК в работе проведено клиническое исследование особенностей моторных расстройств, мышления и когнитивных функций, эмоциональных, соматовегетативных и сенсорных расстройств.

Согласно результатам проведенного анализа (рис. 3) следует отметить, что статистически значимых различий в структуре двигательных расстройств между группами больных рекуррентной депрессией с различной степенью МК выявлено не было (при $p > 0,5$). У всех пациентов отмечалось преобладание рудиментарных двигательных расстройств, преимущественно в виде заторможенности жестомимических реакций.

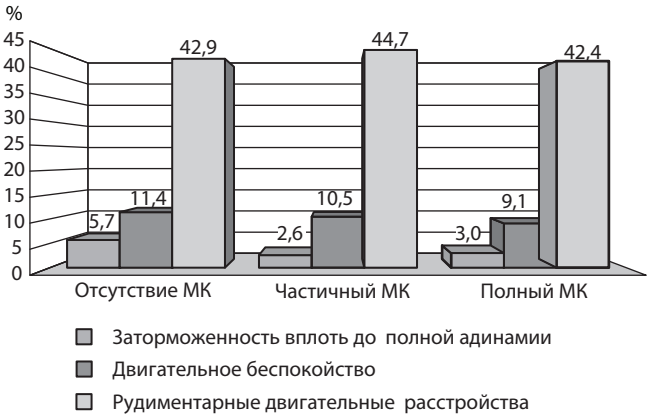


Рис. 3. **Двигательные расстройства у больных рекуррентной депрессией с различной степенью МК**

Результаты исследования мышления и когнитивных функций больных рекуррентной депрессией с различной степенью МК (табл. 3) отражают тот факт, что из расстройств мышления в группе больных рекуррентной депрессией с отсутствием МК достоверно преобладают суицидальные мысли (в 20,0 % случаев, при $p < 0,01$) и повышенная чувствительность к критике в свой адрес (в 37,1 % случаев, при $p < 0,05$). В группе больных рекуррентной депрессией с частичным МК в структуре расстройств мышления чаще отмечается повышенная чувствительность к критике в свой адрес (в 39,5 % случаев, при $p < 0,05$). В группе больных рекуррентной депрессией с полным МК из расстройств мышления преобладают навязчивые мысли (в 30,3 % случаев, при $p < 0,01$).

Таблица 3. **Расстройства мышления и когнитивных функций у больных рекуррентной депрессией с различной степенью МК**

Расстройства мышления и когнитивных функций	Отсутствие МК		Частичный МК		Полный МК	
	абс.	% ± *m*	абс.	% ± *m*	абс.	% ± *m*
Идеи малоценности	14	40,0 ± 4,5	15	39,5 ± 3,7	13	39,4 ± 4,1
Ипохондрические идеи	3	8,6 ± 1,4	4	10,5 ± 1,1	3	9,1 ± 0,9
Суицидальные мысли	7	20,0 ± 2,7**	3	7,9 ± 0,9	2	6,1 ± 0,6
Ригидность мышления	3	8,6 ± 1,4	3	7,9 ± 0,9	2	6,1 ± 0,6
Снижение уровня интересов	9	25,7 ± 3,3	10	26,3 ± 2,6	8	24,2 ± 2,3
Трудности в принятии решений	3	8,6 ± 1,4	3	7,9 ± 0,9	3	9,1 ± 0,9
Навязчивые мысли	3	8,6 ± 1,4	4	10,5 ± 1,1	10	30,3 ± 2,7***
Повышенная чувствительность к критике в свой адрес	13	37,1 ± 4,3*	15	39,5 ± 3,7*	7	21,2 ± 2,2
Параноидные расстройства	—	—	—	—	—	—
Нарушения памяти	5	14,3 ± 2,1	4	10,5 ± 1,1	5	15,2 ± 1,4
Снижение уровня концентрации внимания	3	8,6 ± 1,4	3	7,9 ± 0,9	2	6,1 ± 0,6
Быстрая истощаемость психической деятельности	3	8,6 ± 1,4	3	7,9 ± 0,9	3	9,1 ± 0,9

Примечания: различия достоверны по отношению к группе больных с полным МК: * — при $p < 0,05$; **— при $p < 0,01$; различия достоверны по отношению к группе больных с отсутствием и частичным МК: *** — при $p < 0,01$

Как свидетельствуют результаты исследования эмоциональных расстройств больных с рекуррентной депрессией с различной степенью МК (табл. 4), в группе больных рекуррентной депрессией с отсутствием МК эмоциональный спектр характеризовался достоверным преобладанием неудовольствия (в 28,6 % случаев, при $p < 0,01$) в средне-значительной степени выраженности (2,5 ± 0,7 балла, при $p < 0,01$); гнева (в 25,7 % случаев, при $p < 0,01$) в средне-значительной степени выраженности (2,6 ± 0,6 балла, при $p < 0,05$) и возмущения (в 17,1 % случаев, при $p < 0,01$) в средней степени выраженности (2,3 ± 0,3 балла, при $p < 0,05$).

Таблица 4. **Эмоциональные расстройства у больных рекуррентной депрессией с различной степенью МК**

Расстройства эмоций	Отсутствие МК		Частичный МК		Полный МК	
	абс.	% ± *m*	абс.	% ± *m*	абс.	% ± *m*
Удовольствие	—	—	—	—	—	—
Радость	—	—	—	—	—	—
Ликование	—	—	—	—	—	—
Восторг	—	—	—	—	—	—
Уверенность	3	8,6 ± 1,4	3	7,9 ± 0,9	3	9,1 ± 0,9
Гордость	—	—	—	—	1	3,0 ± 0,4
Доверие	4	11,4 ± 1,9	5	13,2 ± 1,4	9	27,3 ± 2,2^^
Симпатия	4	11,4 ± 1,9	4	10,5 ± 1,1	4	12,1 ± 1,1
Восхищение	1	2,9 ± 0,8	2	5,3 ± 0,8	1	3,0 ± 0,4
Умиление	—	—	—	—	—	—
Нежность	1	2,9 ± 0,8	1	2,6 ± 0,6	1	3,0 ± 0,4
Самодовольство	1	2,9 ± 0,8	—	—	—	—
Блаженство	—	—	—	—	—	—
Злорадство	—	—	1	2,6 ± 0,6	—	—
Чувство облегчения	3	8,6 ± 1,4	4	10,5 ± 1,1	4	12,1 ± 1,1
Чувство удовлетворенности собой	—	—	—	—	1	3,0 ± 0,4

Продолжение табл. 4

Расстройства эмоций	Отсутствие МК		Частичный МК		Полный МК	
	абс.	% ± *m*	абс.	% ± *m*	абс.	% ± *m*
Чувство безопасности	4	11,4 ± 1,9	5	13,2 ± 1,4	12	36,4 ± 3,8^^
Предвкушение	—	—	—	—	—	—
Любопытство	—	—	1	2,6 ± 0,6	1	3,0 ± 0,4
Удивление	—	—	—	—	1	3,0 ± 0,4
Изумление	—	—	—	—	—	—
Безразличие	4	11,4 ± 1,9	4	10,5 ± 1,1	4	12,1 ± 1,1
Неудовольствие	10	28,6 ± 3,5**	8	21,1 ± 2,0*	4	12,1 ± 1,1
Горе (скорбь)	2	5,7 ± 0,9	1	2,6 ± 0,6	1	3,0 ± 0,4
Тоска	15	42,9 ± 4,8	16	42,1 ± 3,9	13	39,4 ± 4,1
Печаль (грусть)	3	8,6 ± 1,4	2	5,3 ± 0,8	2	6,1 ± 0,6
Отчаяние	1	2,9 ± 0,8	1	2,6 ± 0,6	—	—
Огорчение	—	—	—	—	—	—
Тревога	2	5,7 ± 0,9	3	7,9 ± 0,9	2	6,1 ± 0,6
Обида	—	—	—	—	—	—
Боязнь	1	2,9 ± 0,8	—	—	1	3,0 ± 0,4
Испуг	—	—	—	—	—	—
Страх	6	17,1 ± 2,5	6	15,8 ± 1,7	10	30,3 ± 2,7^
Жалость	—	—	1	2,6 ± 0,6	2	6,1 ± 0,6
Сочувствие (сострадание)	—	—	—	—	1	3,0 ± 0,4
Сожаление	1	2,9 ± 0,8	1	2,6 ± 0,6	—	—
Досада	1	2,9 ± 0,8	1	2,6 ± 0,6	—	—
Гнев	9	25,7 ± 3,3**	4	10,5 ± 1,1	3	9,1 ± 0,9
Оскорбление	—	—	—	—	—	—
Возмущение	6	17,1 ± 2,5**	5	13,2 ± 1,4**	2	6,1 ± 0,6
Ненависть	—	—	—	—	—	—
Неприязнь	1	2,9 ± 0,8	—	—	—	—
Злость	1	2,9 ± 0,8	—	—	—	—
Уныние	4	11,4 ± 1,9	4	10,5 ± 1,1	3	9,1 ± 0,9

Окончание табл. 4

Расстройства эмоций	Отсутствие МК		Частичный МК		Полный МК	
	абс.	% ± *m*	абс.	% ± *m*	абс.	% ± *m*
Скука	—	—	—	—	—	—
Ужас	—	—	—	—	—	—
Стыд	—	—	1	2,6 ± 0,6	—	—
Ярость	—	—	—	—	—	—
Презрение	—	—	1	2,6 ± 0,6	—	—
Отвращение	1	2,9 ± 0,8	—	—	—	—
Неудовлетворенность собой	3	8,6 ± 1,4	3	7,9 ± 0,9	2	6,1 ± 0,6
Горечь	—	—	—	—	—	—

Примечания: различия достоверны по отношению к группе больных с полным МК: * — при $p < 0,05$; ** — при $p < 0,01$; различия достоверны по отношению к группе больных с отсутствием и частичным МК: ^ — при $p < 0,05$; ^^ — при $p < 0,01$

В группе больных рекуррентной депрессией с частичным МК в структуре эмоций достоверно преобладали неудовольствие (в 21,1 % случаев, при $p < 0,05$) в среднезначительной степени выраженности (2,6 ± 0,5 балла, при $p < 0,01$) и возмущение (в 13,2 % случаев, при $p < 0,01$) в средней степени выраженности (2,5 ± 0,4 балла, при $p < 0,01$).

В группе больных рекуррентной депрессией с полным МК достоверно чаще встречались такие эмоции как доверие (в 27,3 % случаев, при $p < 0,01$) в средней степени выраженности (2,6 ± 0,3 балла, при $p < 0,01$); чувство безопасности (в 36,4 % случаев, при $p < 0,01$) в средней степени выраженности (2,7 ± 0,3 балла, при $p < 0,05$) и страхи (в 30,3 % случаев, при $p < 0,05$) в средней степени выраженности (2,3 ± 0,4 балла, при $p < 0,01$).

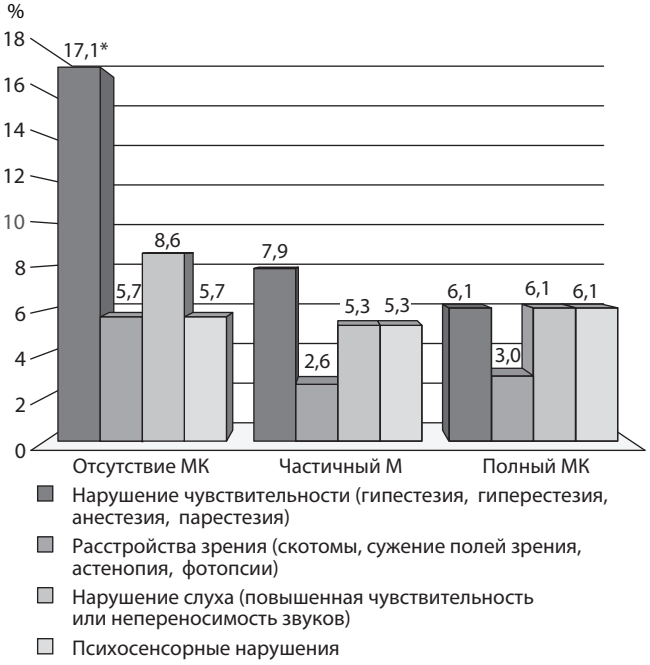
Анализ результатов исследования соматовегетативных расстройств у больных с рекуррентной депрессией и различной степенью МК представлен в таблице 5.

Таблица 5. **Соматовегетативные расстройства у больных рекуррентной депрессией с различной степенью МК**

Соматовегетативные расстройства	Отсутствие МК		Частичный МК		Полный МК	
	абс.	% ± *m*	абс.	% ± *m*	абс.	% ± *m*
Нарушения ССС	2	5,7 ± 0,9	1	2,6 ± 0,6	2	6,1 ± 0,6
Нарушение дыхания	—	—	1	2,6 ± 0,6	—	—
Нарушение деятельности ЖКТ	3	8,6 ± 1,4	3	7,9 ± 0,9	3	9,1 ± 0,9
Нарушения мочевыделительной системы	2	5,7 ± 0,9	1	2,6 ± 0,6	1	3,0 ± 0,4
Головные боли	2	5,7 ± 0,9	1	2,6 ± 0,6	2	6,1 ± 0,6
Сексуальные нарушения	7	20,0 ± 2,7	8	21,1 ± 2,0	6	18,2 ± 1,9
Снижение массы тела	—	—	—	—	—	—
Тремор	1	2,9 ± 0,8	2	5,3 ± 0,8	1	3,0 ± 0,4
Гипергидроз	—	—	1	2,6 ± 0,6	1	3,0 ± 0,4
Вегетативно-висцеральные кризы	4	11,4 ± 1,9	4	10,5 ± 1,1	4	12,1 ± 1,1
Нарушение сна	3	8,6 ± 1,4	3	7,9 ± 0,9	2	6,1 ± 0,6
Нарушение аппетита	1	2,9 ± 0,8	1	2,6 ± 0,6	—	—
Запоры	6	17,1 ± 2,5	6	15,8 ± 1,7	5	15,2 ± 1,4

Согласно результатам исследования (*см.* табл. 5), следует отметить, что статистически значимых различий в структуре соматовегетативных расстройств между группами больных рекуррентной депрессией с различной степенью МК выявлено не было (при $p > 0,5$). Преобладающими соматовегетативными проявлениями у пациентов всех групп были запоры, сексуальные расстройства и вегетативно-висцеральные кризы.

Согласно результатам исследования сенсорных расстройств у больных рекуррентной депрессией с различной степенью МК (рис. 4), в группе больных с отсутствием МК в структуре сенсорных расстройств преобладали нарушения чувствительности, преимущественно в форме гиперестезии (в 17,1 % случаев, при $p < 0,01$). По остальным формам сенсорных расстройств статистически значимых различий между группами больных рекуррентной депрессией с различной степенью МК выявлено не было (при $p > 0,5$).



Условные обозначения:
различия достоверны по отношению к группе больных с частичным и полным комплайенсом: * — при $p < 0,01$

Рис. 4. **Сенсорные расстройства у больных рекуррентной депрессией с различной степенью МК**

Обобщая представленные в работе данные, следует отметить, что основными клинико-психопатологическими особенностями рекуррентной депрессии у больных с отсутствием и частичным МК являются дисфорический вариант депрессии с выраженным чувством вины, суицидальными мыслями, повышенной чувствительностью к критике в свой адрес, выраженным неудовольствием, гневом и возмущением.

К клинико-психопатологическим особенностям рекуррентной депрессии у больных с полным МК относится соматовегетативный вариант депрессии с выраженными страхами и вегетативными симптомами.

Описанные проявления являются клинико-психопатологическими предикторами нарушения МК и должны учитываться при проведении психотерапии и психокоррекции данной категории больных.

Список литературы

1. Агеев, Ф. Т. Повышение приверженности к терапии: «дело техники»? [Электронный ресурс] / Ф. Т. Агеев, М. Д. Смирнова, Т. В. Фофанова // Журнал Сердечная недостаточность — 2011. — Т. 12. — № 4(66). — Режим доступа : http://medi.ru/Doc/215502.htm.

2. Артюхова, В. В. Особливості наявної та оптимальної форм терапевтичного альянсу у хворих на психічні розлади [Текст] / В. В. Артюхова // Сучасна наука в мережі інтернет — 2010: матеріали шостої всеукраїнської наук.-практ. інтернет-конф., 25—27 лютого 2010 р., Київ. — К., 2010. — С. 52—54.

3. Банщиков, Ф. Р. Комплайенс в психиатрии: реальность и перспективы [Текст] / Ф. Р. Банщиков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 2006. — Т. 3. — № 4. — С. 60—68.

4. Бурчинский, С. Г. Депрессии в неврологической практике: проблема выбора антидепрессанта [Электронный ресурс] / С. Г. Бурчинский // НейроNews. — 2011. — № 4(31). — Режим доступа: http:/ www.neuro.health-ua.com/article/486.html.

5. Горецкая, А. Н. Особенности формирования комплайенса и его типология у больных гипертонической болезнью [Текст] / А. Н. Горецкая // Медична психологія. — 2013. — Т. 8. — № 1(29). — С. 20—25.

6. Данилов, Д. С. Современные подходы к терапии депрессий и возможности использования алпразолама [Текст] / Д. С. Данилов // Современная терапия психических расстройств. — 2013. — № 1. — С. 30—33.

7. Иванова, Н. Н. Психодинамические подходы к пониманию депрессии [Текст] / Н. Н. Иванова // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 3(64). — С. 125—126.

8. Лесная, Н. Н. Типы комплайенса больных с алкогольной зависимостью [Текст] / Н. Н. Лесная // Вісник Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна. Психологія. — 2007. — № 771. — С. 35—41.

9. Лутова, Н. Б. Комплаенс в психиатрии и способ его оценки [Текст] / Н. Б. Лутова, Н. Г. Незнанов, В. Д. Вид // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2008. — № 1. — С. 19—24.

10. Марута, Н. А. Депрессивные расстройства у жителей сельской местности (клинико-психопатологическая характеристика, диагностика и лечение) [Текст] / Н. А. Марута, Ж. И. Матвиенко, И. Л. Вовк; — К.: ООО «Печатная Лавка», 2011. — 146 с.

11. Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии [Текст]: методические рекомендации / НИПНИ им. В. М. Бехтерева: сост.: Н. Б. Лутова и др. — СПб., 2007. — 24 с.

12. Семенова, О. Н. Факторы, влияющие на приверженность к терапии: параметры ВОЗ и мнение пациентов кардиологического отделения [Текст] / О. Н. Семенова, Е. А. Наумова // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. — 2013. — Т. 3. — № 3. — С. 507—511.

13. Смулевич, А. Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей [Текст] / А. Б. Смулевич; — М.: Медицинское информационное агентство, 2007. — 256 с.

14. Соколова, Е. Т. Перспективы системной модели комплайенса [Текст] / Е. Т. Соколова // Клиническая психология в здравоохранении и образовании : тез. докл. — М., 2011. — С. 24—30.

15. Arfaoui, S. Therapeutic compliance in schizophrenia: the influence of psychotic symptoms and the insight [Electronic Resource] / S. Arfaoui, H. Zalila, O. Zouari, A. Boussetta. — Prague : 20th European Congress of Psychiatry, 2012. — Vol. 28, Suppl. 1. — P.1205/CD. — Mode of access : URL : http://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338(13)76349-1/abstract

16. Birnbaum, H. Assessing the relationship between compliance with antidepressant therapy and costs among employees in the United States [Electronic Resource] / H. Birnbaum, R. Ben-Hamadi, D. Kelley, et al. — Lisbon : 17th European Congress of Psychiatry, 2009. — P.01-110/CD. — Mode of access : URL : http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(09)70731-X

17. Jin, J. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective [Text] / J. Jin, G. Sklar, S. C. Li // Ther Clin. Risk Manag. — 2008. — Vol. 4. — P. 269—286.

18. Moon-Soo, L. Evaluation of factors influencing antidepressant medication compliance in outpatient treatment of depressive disorders in Korea [Electronic Resource] / L. Moon-Soo, Y. Jae-Won, A. Hyonggin, K. Seung-Hyun. — Lisbon: 17th European Congress of Psychiatry, 2009. — P01-122. — Mode of access : URL : http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(09)70743-6

19. Savada, N. Persistence and compliance to antidepressant treatment in patients with depression: a chart review [Text] / N. Savada, H. Uchida, T. Suzuki // European neuropsychopharmacology. — 2009. — Vol. 19, suppl. 3. — P. 370.

Надійшла до редакції 16.03.2015 р.

МАРУТА Наталья Александровна, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научно-исследовательской работе Государственного учреждения «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины» (ГУ «ИНПН НАМН Украины»), г. Харьков; e-mail: mscience@ukr.net

ЖУПАНОВА Дарья Александровна, внештатный научный сотрудник отдела неврозов и пограничных состояний ГУ «ИНПН НАМН Украины», г. Харьков, e-mail: mscience@ukr.net

MARUTA Nataliia, Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Director of State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("INPN of the NAMS of Ukraine" SI), Kharkiv e-mail: mscience@ukr.net

ZHUPANOVA Daria, Out-Staff Researcher of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv; e-mail: mscience@ukr.net