

*Д. А. Жупанова*  
**УЛУЧШЕНИЕ КОМПЛАЙЕНСА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЯМИ  
 (КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА ТЕРАПИИ И ОЦЕНКА ЕЁ ЭФФЕКТИВНОСТИ)**

*Д. О. Жупанова*  
**Поліпшення комплайенса у пацієнтів з депресіями  
 (комплексна система терапії та оцінка її ефективності)**

*D. O. Zhupanova*  
**Improvement of compliance in patients with depression  
 (integrated system of therapy and evaluation of its effectiveness)**

В статье представлены результаты разработки, внедрения в практику и оценка эффективности комплексной системы терапии, направленной на улучшение медикаментозного комплайенса (МК) у пациентов с депрессивными расстройствами.

Разработанная комплексная система лечебных мероприятий, направленных на улучшение МК больных депрессией, базируется на следующих принципах: терапевтического сотрудничества; системного и индивидуально-ориентированного подходов; дифференцированных мероприятий.

Мероприятия программы были направлены на группы факторов, способствующих ухудшению МК у пациентов с депрессией (факторы, связанные с болезнью, личностью пациента, с принимаемым препаратом, социально-психологические факторы и факторы организации медицинской помощи). Система включала применение фармако- и психотерапии, психообразования, а также социально-психологические мероприятия.

Оценка эффективности разработанной комплексной системы терапии свидетельствовала о её преимуществах перед традиционно используемыми методами.

**Ключевые слова:** депрессивные расстройства, медикаментозный комплайенс, фармакотерапия, психотерапия, психообразование, оценка эффективности, качество жизни

У статті подано результати розроблення, впровадження у практику та оцінення ефективності комплексної системи терапії, спрямованої на поліпшення медикаментозного комплайенсу (МК) у пацієнтів з депрессивними розладами.

Розроблена комплексна система лікувальних заходів, спрямованих на поліпшення МК хворих на депресію, базується на таких принципах: терапевтичної співпраці; системного та індивідуально-орієнтованого підходів; диференційованих заходів.

Заходи програми були спрямовані на групи чинників, що сприяють погіршенню МК у пацієнтів з депресією (чинники, пов'язані з хворобою, особистістю пацієнта, із прийнятим препаратом, соціально-психологічні чинники і фактори організації медичної допомоги). Система включала застосування фармако- та психотерапії, психоосвіту, а також соціально-психологічні заходи.

Оцінка ефективності розробленої комплексної системи терапії свідчила про її переваги перед традиційно використовуваними методами.

**Ключові слова:** депресивні розлади, медикаментозний комплайенс, фармакотерапія, психотерапія, психоосвіта, оцінення ефективності, якість життя

The article presents the results of the development, practical application and evaluation of an integrated system of therapy aimed at improving of medicament compliance (MC) in patients with depressive disorders.

The comprehensive system of medical measures, aimed at improving of the MC in patients with depression, is based on the following principles: a therapeutic cooperation; systemic and individual-oriented approaches; differentiated activities.

Program activities were aimed at groups of factors that contribute to the deterioration of the MC in patients with depression (factors associated with the disease, the patient's individuality, with the drug, that patient is taking, with social and psychological factors and factors of medical care organization). The system involved the application of pharmacological and psychotherapy, psychoeducation and psychosocial activities.

The evaluation of effectiveness of the developed complex system of therapy testified of its advantages over the traditionally used methods.

**Keywords:** depressive disorders, medicament compliance, pharmacological and psychotherapy, psychoeducation, the evaluation of effectiveness, quality of life

Медико-социальные последствия депрессий во многом определяются низкой эффективностью антидепрессивной терапии. Среди причин, обуславливающих недостаточную эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий при депрессии, выделяют клинические и психологические [3, 4, 7, 16, 22, 24].

Среди клинических факторов ведущими являются клинико-психопатологическая структура депрессий, течение заболевания, выраженность ангедонии и степень тяжести депрессии в целом, коморбидные соматические и психические расстройства [6, 9, 27]. Психологические факторы определяются личностными особенностями пациента, сохранностью механизмов адаптации, а также приверженностью к терапии — комплаентностью [1, 8, 19, 28].

Поэтому целью нашего исследования явилась разработка, внедрение в практику и оценка эффективности комплексной системы терапии, направленной на улучшение медикаментозного комплайенса у пациентов с депрессивными расстройствами.

В основу разработанной системы положены результаты изучения медикаментозного комплайенса (МК) у 217 пациентов с депрессивными расстройствами (депрессивным эпизодом и рекуррентной депрессией).

Разработанная комплексная система лечебных мероприятий, направленных на восстановление МК больных депрессией, базируется на следующих принципах: терапевтического сотрудничества; системного и индивидуально-ориентированного подходов; дифференцированных мероприятий.

Согласно результатам исследования, клинико-психопатологическими особенностями депрессивного эпизода (F32.1, F32.2), сопровождающегося отсутствием и частичным МК, являлись: астено-анергический вариант депрессии со снижением работоспособности и психофизической активности, быстрой истощаемостью психической деятельности, расстройством внимания, снижением критики к болезни, трудностями в принятии решений, безразличием, «уходом в себя», унынием и неудовлетворенностью собой.

К основным патопсихологическим факторам формирования состояний отсутствия и частичного МК у больных с депрессивным эпизодом относятся акцентуированные аффективно-ригидные и циклотимические личностные особенности с тенденцией к акцентуации; неудовлетворенные потребности в активной деятельной жизни, в свободе и независимости поступков, действий и в уверенности в себе; социально-психологическая

дезадаптация с принятием себя и эскапизмом; низкие показатели качества жизни в сфере работоспособности, личностной реализации и общего восприятия жизни; анозогнозическая и эргопатическая формы внутренней картины болезни (ВКБ).

Предикторами нарушения МК у пациентов этой группы были: снижение установки на сотрудничество с врачом; уклонение от приема лекарств (или прием препаратов, но только под контролем медперсонала, родственников, или пассивное согласие на прием медикаментов, при отсутствии надежды на их эффект, или согласие на прием препаратов, при наличии сомнений в их эффективности); отсутствие информации о времени ожидаемого начала действия препаратов; наличие частичной критики к болезни или осознание болезни

на уровне наличия критики к симптомам; коморбидность со злоупотреблением алкоголем; побочные действия медикаментов в форме сонливости (седации), прибавки массы тела, ослабленного сексуального влечения.

С учетом вышеизложенных факторов разработана комплексная программа улучшения МК, включающая мероприятия, направленные на следующие группы факторов: факторы, связанные с болезнью; с личностью пациента; с принимаемым препаратом; сопутствующие факторы, способствующие нарушению МК (клинические, психологические и социально-психологические).

Мероприятия, направленные на устранение вышеперечисленных факторов, и ожидаемые результаты представлены по К. Роджерсу в таблице 1.

Таблица 1. Программа восстановления медикаментозного комплайенса у больных с депрессивным эпизодом

Мишень терапевтических воздействий	Методы восстановления медикаментозного комплайенса	Ожидаемые результаты
<b>1. Воздействия на факторы, связанные с болезнью</b>		
1.1. Астено-анергический вариант депрессии со снижением работоспособности и психофизической активности, истощаемостью психической деятельности, трудностями в принятии решений, безразличием, «уходом в себя», унынием, неудовлетворенностью собой; 1.2. Частичная критика к болезни или осознание болезни на уровне наличия критики к симптомам	1. Фармакотерапия (агомелатин 25—50 мг/сут или сертралин 50—100 мг/сут длительностью 3—6 месяцев); 2. Индивидуальная когнитивная психотерапия по Beck A. T.; 3. Групповая когнитивно-поведенческая терапия (методы наводнения, экспозиции, контроля последствий, моделирующего поведения); 4. Аутогенная релаксация с глубоким дыханием и формулами самовнушения, направленными на самоконтроль эмоций и поведения в значимых стрессовых ситуациях	1. Осознание основных причин и механизмов формирования депрессивного состояния и негативного отношения к лечению; 2. Выявление и коррекция ошибочных умозаключений, когнитивных искажений, поведенческих и эмоциональных реакций, приводящих к усилению депрессивного состояния и формированию негативного отношения к медикаментозному лечению; 3. Стабилизация психического состояния больных и выработка ими адекватного эмоционального и поведенческого реагирования на факторы, провоцирующие депрессивную форму реагирования и негативное отношение к медикаментозной терапии
<b>2. Воздействия на факторы, связанные с личностью пациента</b>		
2.1 Акцентуированные аффективно-ригидные и циклотимические личностные особенности с тенденцией к акцентуации; 2.2 Неудовлетворенная потребность уверенности в себе; 2.3 Социально-психологическая дезадаптация с принятием себя и эскапизмом; 2.4 Анозогнозическая и эргопатическая формы ВКБ	1. Клиент-центрированная психотерапия; 2. Групповая работа в «тренинг-группах»	1. Выявление и коррекция ошибочных умозаключений, когнитивных искажений и поведенческих реакций, связанных с особенностями аффективно-ригидной и циклотимической акцентуаций личности; 2. Выработка и закрепление навыков и умений управления своим поведением и эмоциональными реакциями при появлении первых признаков депрессивного расстройства; 3. Осознание причин и механизмов формирования состояний неуверенности и непринятия себя и выработка корректирующего поведения; 4. Формирование навыков в поведении по принятию ответственности за свои решения и поступки
<b>3. Воздействия на факторы, связанные с принимаемым препаратом</b>		
3.1 Побочные действия медикаментов в форме седации, уменьшения продолжительности сна, прибавки массы тела, ослабленного сексуального влечения и других	1. Оптимизация (замена, подбор режима приема и сопутствующих средств коррекции и т. д.) медикаментозной терапии депрессии, направленная на устранение побочных действий медикаментов; 2. Образовательные программы (информация об основных механизмах действия и ожидаемых результатах лечения, обсуждение возможных побочных эффектов лекарств и действий пациентов в случае их появления); 3. Медикаментозная терапия возможных побочных эффектов назначенных фармакопрепаратов	1. Улучшение переносимости лечения, устранение или ослабление побочных действий медикаментозной терапии депрессии; 2. Снижение субъективного ощущения и значимости побочных действий медикаментозной терапии (в случаях их устойчивости на определенный период)
3.2 Уклонение от приема лекарств или их прием, но только под контролем медперсонала, родственников, или пассивное согласие на прием медикаментов, при отсутствии надежды на их эффект, или согласие на прием препаратов, при наличии сомнений в их эффективности	1. Индивидуальная рациональная психотерапия (методы разъяснения, убеждения, отвлечения и переключения внимания); 2. Образовательные программы (разъяснение больному ошибочности его взглядов); 3. Упрощение лекарственного режима (по возможности)	Самостоятельный прием лекарств, активное отношение к приему препаратов, понимание необходимости их приема, интерес к параметрам терапии, отсутствие необоснованных опасений относительно медикации, высокая оценка использования медикаментов

Мишень терапевтических воздействий	Методы восстановления медикаментозного комплайенса	Ожидаемые результаты
<b>4. Воздействия на сопутствующие факторы нарушения МК</b>		
4.1 Последствия перенесенной черепно-мозговой травмы и сопутствующая хроническая патология нервной системы	1. Медикаментозная терапия; 2. Физиотерапия; 3. Немедикаментозные методы лечения	Восстановление и поддержание функционального состояния ЦНС, регресс неврологических симптомов
4.2 Сопутствующая алкогольная зависимость	1. Медикаментозная терапия (средства, направленные на снятие проявлений абстиненции и устранение влечения к алкоголю); 2. Рациональная терапия (методы разъяснения, убеждения)	1. Выработка и закрепление навыков и умений управления своим поведением и эмоциональными реакциями при появлении влечения к алкоголю; 2. Формирование стойкой ремиссии; 3. Выработка форм поведения, способствующих закреплению установки на трезвый образ жизни
4.3 Низкая установка на сотрудничество с врачом (низкий терапевтический альянс); 4.4 Отсутствие информации о времени ожидаемого начала и других особенностях действия препаратов	1. Индивидуальная рациональная психотерапия (методы разъяснения, убеждения); 2. Образовательные программы (формирование мотивации к сотрудничеству, формулирование и конкретизация терапевтических целей и ожидаемого эффекта)	1. Формирование терапевтического альянса, чувства доверия к врачу и программе лечения; 2. Наличие полной информации о времени ожидаемого начала действия медикаментозных средств
4.5 Неудовлетворенная потребность в активной деятельной жизни, в свободе и независимости поступков и действий; 4.6 Низкие показатели качества жизни по шкале личностной реализации	Социально-психологическое консультирование и социально-средовое сопровождение	1. Формирование у пациента реализуемой жизненной цели; 2. Реориентация больных на реализуемые и доступные цели, в случаях наличия у пациентов нереализуемых жизненных целей и смыслов; 3. Вовлечение больных в различные виды деятельности, способствующие личностной реализации и активной деятельной жизни (реализация креативного потенциала больного, деятельность на общественных началах, досуговая деятельность, участие в общественных организациях, деятельность, связанная с увлечениями и хобби и т. д.)

Как свидетельствуют представленные данные, среди мероприятий, направленных на факторы, связанные с болезнью, выделены фармакотерапия и психотерапия. Фармакотерапия включает применение антидепрессантов сроком 3—6 месяцев (агомелатин 25—50 мг/сут или сертралин 50—100 мг/сут), психотерапия реализуется с помощью индивидуальной когнитивной психотерапии по Бекк А. Т., групповой когнитивно-поведенческой терапии и аутогенной тренировки [14, 18, 21, 23]. Психотерапия проводится в первые 2 месяца 3 раза в неделю, последующие 3—5 месяцев — 1—2 раза в неделю.

Комплекс методов, направленных на группу факторов, связанных с личностью пациента, реализовывали с применением клиент-центрированной психотерапии по К. Роджерсу и групповой работы в «группах встреч» [15, 20].

Воздействия на факторы, связанные с принимаемыми препаратами, включали оптимизацию лекарственной терапии (доза, кратность приема, длительность, механизм действия), использование психообразовательных программ и рациональной психотерапии [10, 14]. Длительность психообразования составляет 1 месяц (2—3 раза в неделю), применения рациональной психотерапии — 1—2 месяца (2—3 раза в неделю).

Воздействия на сопутствующие факторы нарушения МК состояли в использовании фармакотерапии, физиотерапии и немедикаментозных методов лечения при наличии сопутствующей патологии. При коморбидной алкогольной зависимости применяется медикаментоз-

ная терапия и психотерапия (рациональная длительностью до 3-х месяцев) [10, 12]. При слабой установке на сотрудничество с врачом и отсутствии информации о времени начала и других особенностях действия лекарственных средств использовали психообразовательные техники и рациональная психотерапия (длительность — 1 месяц) [5, 13].

Для коррекции социально-психологических факторов, влияющих на нарушение МК, применяли социально-психологическое консультирование и социально-средовое сопровождение [11, 23].

Согласно результатам проведенного исследования, клиника рекуррентной депрессии (F33.1, F33.2), сопровождающаяся отсутствием и частичным МК, характеризуется дисфорическим вариантом депрессии с суицидальными мыслями, повышенной чувствительностью к критике, чувством вины, ригидностью аффекта, враждебностью, возбуждением, неудовольствием, гневом, возмущением и гиперестезией.

Основными патопсихологическими факторами формирования состояния отсутствия и частичного МК у больных с рекуррентной депрессией являются: акцентированные или с тенденцией к акцентуации возбудимые личностные особенности; неудовлетворенные потребности в материально обеспеченной жизни, в счастливой семейной жизни, в хороших и верных друзьях; социально-психологическая дезадаптация с ухудшением функционирования в социальной и профессиональной сферах, с неприятием других и эмоциональным дис-

комфортом; низкі показателі якості життя в сферах міжличностного взаємодіяння, личностної реалізації і загального сприйняття життя; неврастенична і егоцентрична форми ВКБ.

При виборі методів відновлення МК у хворих рекуррентною депресією необхідно враховувати наступні предиктори і клінічні ознаки відсутності і частинного МК: відсутність сім'ї, погані матеріально-бутові умови життя; наявність супутньої хронічної патології шлунково-кишкового тракту (ЖКТ); негативне ставлення до приймаємих препаратів внаслідок суб'єктивно тягарних побічних дій, відсутності ефекту або ставлення до медикаментів як до «хімічних», «не природних» речовин, які можуть стати шкідливими для організму;

неудовлетвореність режимом прийому препаратів; недоступність медикаментів по фінансовим причинам; частинна критика до хвороби; низький рівень адекватності лікарського нагляду поза загострення; побічні дії препаратів у формі напруження, набір ваги тіла, еректильної дисфункції, головних болю.

На основі вищеперелічених факторів розроблена програма комплексного удосконалення МК у хворих з рекуррентною депресією, включаючи заходи, спрямовані на наступні групи факторів: фактори, пов'язані з хворобою; з особистістю хворого; з приймаємих препаратом; соціально-психологічні фактори; фактори організації медичної допомоги.

Комплекс заходів, що входять до програми, представлений у таблиці 2.

Таблиця 2. Програма відновлення медикаментозного комплайенсу хворих з рекуррентною депресією

Мішень терапевтичних впливів	Засоби відновлення медикаментозного комплайенсу і курс їх застосування	Очікувані результати
<b>1. Впливи на фактори, пов'язані з хворобою</b>		
1.1 Дисфоричний варіант депресії з підвищеною чутливістю до критики, почуттям провини, ригідністю афекта, ворожобністю, збудженням, невдоволенням, гнівом, збуренням; 1.2 Суїцидальні думки; 1.3 Частинна критика до хвороби	1. Фармакотерапія депресії (миртазапін 15—30 мг/сут або кветіапін 50—300 мг/сут тривалістю 6—12 місяців) і супутньої патології ЖКТ; 2. Індивідуальна когнітивна психотерапія за Беком А. Т.; 2. Індивідуальна кризовий психотерапія за Старшенбаумом Г. В.; Індивідуальна психотерапія проводиться курсом до 2 місяців з частотою сеансів 3 рази на тиждень, з наступним переходом на 1—2-разове відвідування психотерапевтичних груп, курсом 6—12 місяців	1. Освідомлення основних причин і механізмів формування депресії, негативного ставлення до медикаментозного лікування; 2. Виявлення і корекція помилкових узагальнень, когнітивних спотворень, поведінкових і емоційних реакцій, що призводять до посилення депресивного стану, негативного ставлення до медикаментозної терапії; 3. Стабілізація психічного стану хворих і виробка ними адекватного емоційного і поведінкового реагування на фактори, що провокують депресивну і аутоагресивну форму реагування і негативне ставлення до лікувальної терапії
<b>2. Впливи на фактори, пов'язані з особистістю хворого</b>		
2.1 Акцентовані або схильні до акцентуації збудливі особистісні риси; 2.2 Неудовлетворення потреби в добрих і вірних друзях; 2.3 Соціально-психологічна дезадаптація з погіршенням функціонування в соціальної і професійній сферах, з неприйняттям інших і емоційним дискомфортом; 2.4 Неврастенична і егоцентрична форми ВКБ	1. Личностно-орієнтована реконструктивна психотерапія; 2. Метод прогресивної м'язової релаксації з словесними формулами самовнушення, спрямованими на управління реакціями збудливого кола	1. Освідомлення основних причин і механізмів формування збудливого типу емоційної реакції і поведінки; 2. Виявлення і корекція помилкових узагальнень і когнітивних спотворень, пов'язаних з особливостями збудливої акцентуації особистості і що призводять до посилення депресивного стану і формуванню негативного ставлення до медикаментозної терапії; 3. Виробка хворим навиків і умінь адекватного емоційного і поведінкового реагування на фактори, що провокують збудливу форму реагування; 4. Закріплення вироблених форм емоційного і поведінкового реагування, виключаючих збудливі механізми і спрямовані на удосконалення комунікативних якостей особистості і її ефективності спілкування
<b>3. Впливи на фактори, пов'язані з приймаємих препаратом</b>		
3.1 Побічні дії препаратів у формі напруження, набір ваги тіла, еректильної дисфункції, головних болю	1. Оптимізація (заміна, вибір дози, режиму прийому і супутніх засобів корекції і т. д.) медикаментозної терапії депресії, спрямована на зменшення побічних дій препаратів; 2. Освітні програми (інформація про основні механізми дії і очікуваних ефектів препаратів, можливих побічних ефектів ліків і діях хворих в разі їх виникнення); 3. Медикаментозна терапія побічних ефектів	1. Удосконалення переносимості лікування, звільнення або послаблення побічних дій медикаментозної терапії депресії; 2. Зменшення суб'єктивного почуття і значимості побічних дій медикаментозної терапії (в ситуаціях їх неминимовності)
3.2 Неудовлетвореність режимом прийому препаратів	Формування режиму прийому медикаментозних засобів, зручного для хворого	Удовлетвореність режимом прийому препаратів

Мишень терапевтических воздействий	Средства восстановления медикаментозного комплайенса и курс их использования	Ожидаемые результаты
3.3 Негативное отношение к принимаемым препаратам, вследствие субъективно тягостных побочных действий, отсутствия эффекта или отношение к медикаментам как «химическим», «не природным» веществам, которые могут оказаться вредными для организма	Индивидуальная рациональная психотерапия (методы разъяснения, убеждения, отвлечения и переключения внимания)	Самостоятельный прием лекарств, активное отношение к приему препаратов, понимание необходимости их приема, интерес к параметрам терапии, отсутствие необоснованных опасений относительно медикации, высокая оценка использования медикаментов
<b>4. Воздействия на социально-психологические факторы, нарушающие МК</b>		
4.1 Отсутствие семьи; 4.2 Неудовлетворенная потребность в счастливой семейной жизни	1. Групповая психотерапия	1. Осмысление и отреагирование семейных травматических событий; 2. Выработка благоприятных и гармоничных отношений в семье; 3. Выработка умений, способствующих вступлению в брак (для холостых и незамужних больных); 4. Привлечение семьи в процесс терапии депрессии больного
4.3 Плохие материально-бытовые условия жизни; 4.4 Неудовлетворенная потребность в материально обеспеченной жизни; 4.5 Низкие показатели качества жизни по шкалам личностной реализации и межличностного взаимодействия	2. Социально-психологическое консультирование, социально-средовое сопровождение и коррекция взаимоотношений в трудовом коллективе; 3. Методы и средства профессиональной реориентации, профессионального обучения, переобучения и адекватного трудоустройства	1. Восстановление профессионального статуса или адаптация больного к новому профессиональному статусу; 2. Восстановление социального положения пациента или формирование реальной цели с реориентацией и реадаптацией больных, в случаях невозможности восстановления прежнего социального статуса; 3. Реориентация больных с нереализуемых жизненных целей и смыслов на реализуемые и доступные цели; 4. Вовлечение больных в различные непрофессиональные виды деятельности (реализация креативного потенциала больного, деятельность на общественных началах, досуговая деятельность, участие в общественных организациях, деятельность, связанная с увлечениями и хобби, и т. д.) (для больных, находящихся на пенсии или не имеющих возможности трудоустроиться)
<b>5. Воздействия на факторы организации медицинской помощи</b>		
5.1 Низкий уровень адекватности врачебного наблюдения вне обострения	Обеспечение адекватного врачебного наблюдения пациента вне обострения (во время ремиссии) депрессивного расстройства	Удовлетворенность уровнем адекватности наблюдения врачом пациента вне обострения депрессивного расстройства
5.2 Недоступность медикаментов по финансовым причинам	Подбор средств лечения с учетом финансовых возможностей больного или включение пациента в региональные программы; Мониторинг состояния пациента (телефонные консультации)	Доступность медикаментов и других средств лечения депрессии и сопутствующей соматической патологии

Воздействия на факторы, обусловленные болезнью, включали применение фармакотерапии (миртазапин 15—30 мг/сут или кветиапин 50—300 мг/сут, длительностью 6—12 месяцев), индивидуальной когнитивной психотерапии по Векс А. Т. и индивидуальной кризисной психотерапии по Старшенбауму Г. В. (при наличии суицидального поведения) [17, 21].

Психотерапию проводили с частотой 3 раза в неделю длительностью до 2-х месяцев, с последующим переходом на 1—2-разовое посещение психотерапевтических групп курсом 6—12 месяцев.

Коррекцию личностных факторов проводили с помощью лично-ориентированной реконструктивной психотерапии и прогрессивной мышечной релаксации со словесными формулами самовнушения, направленными на управление реакциями возбудимого круга [2, 12, 26].

Индивидуальная психотерапия проводится курсом до 2-х месяцев с частотой сеансов 3 раза в неделю, с последующим переходом на 1—2-разовое посещение в не-

делю психотерапевтических групп, курсом до 8—10 месяцев. Метод прогрессивной мышечной релаксации проводится 2—3 раза в неделю, в течение 2—3-х месяцев.

Воздействия на факторы, обусловленные лекарственным средством (принимаемым препаратом), базировались на оптимизации медикаментозной терапии (подбор дозы, режима приема, замена препарата, использование корректоров); применении средств, направленных на устранение побочных эффектов (головная боль, эректильная дисфункция); проведение образовательных программ (информация о механизмах действия, эффективности, возможных побочных эффектах и мероприятиях по их преодолению); а также проведении медикаментозной терапии, направленной на устранение побочных эффектов. Данный комплекс включал также использование рациональной психотерапии с целью коррекции негативного отношения к применяемым фармакопрепаратам, методы разъяснения, убеждения, отвлечения и переключения внимания.

Программа мероприятий по восстановлению МК при рекуррентной депрессии включала воздействия на социально-психологические факторы. Такие воздействия реализовывали с помощью групповой психотерапии, социально-психологического консультирования, социально-средового сопровождения, а также средств профессиональной реориентации, обучения и адекватного трудоустройства [11, 12].

Групповая психотерапия проводится курсом до 2-х месяцев с частотой сеансов 3 раза в неделю, с последующим переходом на 1—2-разовое посещение в неделю психотерапевтических групп, курсом до 10 месяцев.

Воздействия на факторы организации медицинской помощи были направлены на обеспечение адекватного врачебного наблюдения пациента вне обострения, подбор средств лечения с учетом финансовых возможностей пациента или включение его в региональные программы, а также телефонный мониторинг его состояния.

В апробации разработанной дифференцированной системы психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий, направленных на восстановление МК участвовали: 62 больных депрессией (F32.1, F32.2 и F33.1, F33.2) с отсутствием и частичным МК, которые составили основную группу обследованных. Контрольная группа состояла из 65 больных с теми же формами патологии (F32.1, F32.2 и F33.1, F33.2) и аналогичными нарушениями МК.

Основная группа больных прошла курс терапии депрессии в соответствии с разработанной комплексной системой мероприятий, направленных на восстановление МК. Контрольная группа больных прошла только курс традиционной терапии депрессии.

Оценка клинической эффективности (с учетом восстановления МК) комплексной системы мероприятий показала, что у пациентов, лечившихся в соответствии с описанными принципами, выздоровление зарегистрировано в 35,5 % случаев, улучшение — в 43,5 %, отсутствие динамики — у 21,0 %. У больных группы сравнения, где пациенты получали терапию без учета особенностей МК, результаты лечения были иными: выздоровление зафиксировано у 21,3 %, улучшение — у 30,8 %, отсутствие позитивной динамики — у 33,8 %, ухудшение состояния — у 13,8 % (все показатели характеризовались статистически достоверными различиями).

Вышеуказанное свидетельствует об эффективности разработанной комплексной системы мероприятий.

### Список литературы

1. 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-конференції, 25—27 лютого 2010 р., м. Київ. — К., 2010. — С. 52—54.
2. Бурлачук, Л. Ф. Психотерапия. Психологические модели [Текст] / Л. Ф. Бурлачук, А. С. Кочарян, М. Е. Жидко. — СПб.: Питер, 2009. — 496 с.
3. Денисенко, М. М. Клинико-психопатологические предикторы суицидального поведения у больных экзогенными и эндогенными депрессиями [Текст] / М. М. Денисенко // Таврический журнал психиатрии. — 2010. — Т. 14. — № 4(53). — С. 13—19.
4. Кожина, А. М. Современные подходы к терапии депрессивных расстройств [Текст] / А. М. Кожина, Л. М. Гайчук // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 3(64). — С. 129.
5. Шестопалова Л. Ф. Комплаенс больных с алкогольной зависимостью : монография [Текст] / Л. Ф. Шестопалова, Н. Н. Лесная. — Харьков : ХНУ имени В. Н. Каразина, 2012. — 156 с.
6. Краснов, В. Н. Расстройства аффективного спектра [Текст] / В. Н. Краснов; — М.: Практическая медицина, 2011. — 432 с.
7. Кучер, Е. О. Проблема комплаенса у больных с рекуррентным депрессивным расстройством [Текст] : автореф. дис. на соис-

кание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.18 / Кучер Евгения Олеговна. — СПб., 2009. — 21 с.

8. Лутова, Н. Б. Комплаенс и психопатологическая симптоматика [Текст] / Н. Б. Лутова // Обзорные психиатрии и медицинской психологии — 2012 — № 3. — С. 59—64.

9. Марута, Н. А. Возможности антидепрессивной терапии в XXI веке [Текст] / Н. А. Марута // Нейро News. — 2008. — № 6 (11). — С. 24—30.

10. Незнанов, Н. Г. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике [Текст] / Н. Г. Незнанов. — СПб.: Питер, 2008. — 528 с.

11. Павленок, П. Д. Технологии социальной работы в различных сферах жизнедеятельности [Текст] / П. Д. Павленок. — М.: Инфра-М, 2009. — 384 с.

12. Психотерапия [Текст] / Б. Д. Карвасарский. — М.; СПб.: Питер, 2008. — 672 с.

13. Пшук, Н. Г. Медико-психологічні фактори зниження прихильності до антиретровірусної терапії у ВІЛ-інфікованих пацієнтів [Текст] / Н. Г. Пшук, Н. П. Кирилюк // Медична психологія. — 2010. — Т. 5. — № 3(19). — С. 44—47.

14. Решетников, М. М. Базисное руководство по психотерапии [Текст] / М. М. Решетников. — М.: Речь, 2012. — 784 с.

15. Роджерс, К. Клиент-центрированная психотерапия. Теория, современная практика и применение [Текст] / К. Роджерс. — М.: Психотерапия, 2007. — 560 с.

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

17. Старшенбаум, Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия [Текст] / Г. В. Старшенбаум. — М.: Когнито-Центр, 2005. — 376 с.

18. Харитонов, С. В. Руководство по когнитивно-поведенческой психотерапии [Текст] / С. В. Харитонов. — М.: Психотерапия, 2009. — 176 с.

19. Шестопалова, Л. Ф. Особенности комплаенса больных с алкогольной зависимостью и система его психокоррекции [Текст] / Л. Ф. Шестопалова, Н. Н. Лесная // Международный медицинский журнал. — 2011. — № 3. — С. 6—12.

20. Ялом, И. Групповая психотерапия. Теория и практика [Текст] / И. Ялом. — М.: Психотерапия, 2007. — 576 с.

21. Beck, A. T. Depression: Causes and Treatment [Текст] / A. T. Beck; — Philadelphia : University of Pennsylvania Press, 2006. — 183 p.

22. 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: 17<sup>th</sup> European Congress of Psychiatry, 2009. — P. 01—110 / CD. — Mode of access : URL : [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(09\)70731-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(09)70731-X)

23. Хайл-Эверс, А. Базисное руководство по психотерапии [Текст] / А. Хайл-Эверс, Ф. Хайгл, Ю. Отт. — СПб.: «Восточно-Европейский Институт Психоанализа», «Речь», 2001. — 784 с.

24. Kasper, S. Understanding and treating depression [Electronic Resource] / S. Kasper. In: Abstracts of the 20<sup>th</sup> European Congress of Psychiatry, Prague, 2012 // European Psychiatry. — 2012. — Vol. 27, Suppl. 1. — SOA03-01.

25. Influence of socio-demographic factors on therapeutic compliance in schizophrenia [Electronic Resource] / A. Khanfir, H. Zalila, S. Hechmi et al. — Ibid. — P. 1257/CD.

26. Мак-Каллоу, Дж. (McCullough J. P.) Лечение хронической депрессии [Текст] / Дж. Мак-Каллоу. — СПб.: «Речь», 2003. — 368 с.

27. Nutt, D. Antidepressant pharmacotherapy — 2009 and beyond [Electronic Resource] / D. Nutt. — Tallinn : 10<sup>th</sup> ECNP, 2009 // European Neuropsychopharmacology. — May 2009. — Vol. 19, Suppl. 2. — P. S108–S109. — Mode of access : [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-977X\(09\)70119-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-977X(09)70119-1)

28. Persistence and compliance to antidepressant treatment in patients with depression: a chart review [Electronic Resource] / N. Savada, H. Uchida, T. Suzuki et al. // BMC Psychiatry. — 2009. — Vol. 19, suppl. 38. — P. 370. — Mode of access : URL : <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/9/38>.

*Надійшла до редакції 27.04.2015 р.*

**ЖУПАНОВА Дарья Александровна**, внештатный научный сотрудник отдела неврозов и пограничных состояний Государственного учреждения «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины», г. Харьков; e-mail: mscience@ukr.net

**ZHUPANOVA Darya**, Out-Staff Researcher of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv; e-mail: mscience@ukr.net