

депресії у емігрантів, що може бути пов'язане з побоюваннями щодо можливості продовження роботи за кордоном у зв'язку з психічним захворюванням. Водночас у хворих на психогенну депресію вплив чинника еміграції (рееміграції) на прояви депресії є найбільшим, а у хворих на органічні депресивні розлади — найменшим. Найбільш виразними прояви тривожних розладів є у емігрантів, а найменш виразними — серед не емігрантів. Реемігрантам притаманний високий рівень тривожності, однак значна виразність астено-депресивних та апато-депресивних проявів у цій групі значною мірою нівелює прояви тривоги. Виявлені закономірності мають бути враховані під час розроблення лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів для емігрантів та реемігрантів.

Список літератури

1. Міграція в Україні: факти і цифри [Текст] / Міжнародна організація з міграції. — К. : Представництво МОМ в Україні, 2011. — 7 с.
2. Щорічна Доповідь про стан дотримання та захисту прав і свобод людини в Україні Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини [Текст]: Постанова Верховної Ради України від 05.04.2011 року № 3194-VI // Голос України. — 2011. — № 35. — С. 23—29.
3. Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to the Netherlands [Text] / [J. P. Selten, N. Veen, W. Feller et al.] // British Journal of Psychiatry. — 2001. — № 178. — P. 367—372.
4. The mental health of migrants [Text] / [B. E. Gavin, B. D. Kelly, A. Lane et al.] // Irish Medical Journal. — 2001. — Vol. 94. — P. 229—230.

5. Lauber C. Patterns of Psychiatric Inpatient Care in Migrants: Results from Switzerland [Text] / C. Lauber, B. Lay, W. Rossler // Swiss Medical Weekly. — 2006. — № 135. — P. 50—56.

6. Иванова М. В. Психическое здоровье мигрантов (клинический, социально-психологический и реабилитационный аспекты) [Текст] : дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.01.18 «Психиатрия» / Марина Владимировна Иванова ; НИИ психического здоровья СО РАМН. — Томск, 2007. — 205 с.

7. Некоторые особенности психологической адаптации мигрантов [Электронный ресурс] / В. Б. Колянов, В. П. Борjak, Н. В. Барнаш, Л. В. Михайленко. — Режим доступа : http://migrocenter.ru/conferences-kavkaz-m_kavkaz030

8. Кириленко Я. Интердисциплинарные аспекты миграции [Текст] / Я. Кириленко, Е. Чуманская // Таврический журнал психиатрии. — 2011. — Т. 15. — № 2 (55). — С. 52—53.

9. Hamilton M. A rating scale for depression by Max Hamilton [Text] / M. Hamilton // Journal of Neurology, Neurosurgery, Psychiatry. — 1960. — № 23. — P. 56—62.

10. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating [Text] / M. Hamilton // British Journal of Medical Psychology. — 1959. — № 32. — P. 50—55.

Надійшла до редакції 27.01.2016 р.

ВЕНГЕР Олена Петрівна, кандидат медичних наук, доцент кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Державного вищого навчального закладу «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України», м. Тернопіль; e-mail: op_venger@mail.ru

VENGER Olena, MD, PhD, Associate Professor of Department of Neurology, Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the State Higher Educational Institution "I. Ya. Horbachevskyi's Ternopil State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine", Ternopil; e-mail: op_venger@mail.ru

УДК 616.895.8-008.47

К. Ю. Закаль

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ НАРУШЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛАЙЕНСА У БОЛЬНЫХ С НЕПРЕРЫВНЫМ ТИПОМ ТЕЧЕНИЯ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

К. Ю. Закаль

Клініко-психопатологічні чинники порушення медикаментозного комплаєнсу у хворих на параноїдну шизофренію з безперервним типом перебігу

K. Yu. Zakal

Clinical and psychopathological factors of a poor medicamental compliance in patients with a continuous course of paranoid schizophrenia

В статье представлены результаты сравнительного анализа клинико-психопатологических особенностей больных с высоким и низким уровнями медикаментозного комплаенса при параноидной шизофрении с непрерывным течением. Выделены конкретные клинико-психопатологические особенности эндогенного процесса, выступающие предикторами формирования низкого и высокого медикаментозного комплаенса у больных параноидной шизофренией с непрерывным течением. Полученные данные представляют практическую ценность и могут служить в качестве диагностических маркеров и терапевтических мишеней формирования медикаментозного комплаенса у данного контингента больных.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, непрерывный тип течения, медикаментозный комплаенс, клинико-психопатологические особенности

У статті подані результати порівняльного аналізу клінічно-психопатологічних особливостей хворих з високим і низьким рівнями медикаментозного комплаєнсу при параноїдній шизофренії з безперервним перебігом. Виокремлено конкретні клініко-психопатологічні особливості ендogenousного процесу, які є предикторами формування низького та високого медикаментозного комплаєнсу у хворих на параноїдну шизофренію з безперервним типом перебігу. Отримані дані становлять практичну цінність і можуть служити як діагностичні маркери формування медикаментозного комплаєнсу та мішені терапії даного контингенту хворих.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, безперервний тип перебігу, медикаментозний комплаєнс, клініко-психопатологічні особливості

In the article there were presented the findings of comparative analysis of clinical and psychopathological characteristics of patients who had high and low levels of medicamental compliance in continuous course of paranoid schizophrenia. There were determined the specific clinical and psychopathological peculiarities of endogenous process, that were the predictors for formation of high and low medicamental compliance in patients with continuous course of paranoid schizophrenia. The obtained data are of practical value and they can be used as diagnostic markers and therapeutic targets for formation of medicamental compliance in this group of patients.

Key words: paranoid schizophrenia, continuous course, medicamental compliance, clinical and psychopathological characteristics

Интерес к проблеме оптимизации комплаенса больных шизофренией в последние годы вырос в связи с тем, что внимание психиатров фокусируется не только на лечении шизофрении, но и на предупреждении ее рецидивов, а в профилактике рецидивов этой болезни важное значение имеет уровень комплаенса [1—3, 5, 10]. Согласно данным литературных источников, распространенность низкой приверженности терапии у больных шизофренией составляет 48,4 % (в США), 11,8 % (в Австралии), 40,3 % (в Нигерии), 30 % (во Франции) и 58,4 % (в Норвегии) [2, 9, 11].

При нарушениях комплаенса у больных шизофренией значительно снижается эффективность лечения, формируется полипрагмазия, увеличивается количество и тяжесть обострений, частота антисоциальных поступков и суицидального поведения. Так, пропуск больным приема препаратов до 10 дней приводит к повышению вероятности госпитализации с 6,4 % до 11,9 %, при пропусках в терапии до 30 дней вероятность госпитализации увеличивается до 16,1 %, при пропусках в терапии более 30 суток вероятность госпитализации увеличивается до 21,6 % [2].

Вышеперечисленные негативные медико-социальные последствия нарушений приверженности терапии обуславливают необходимость изучения клинических коррелятов и предикторов формирования низкого и высокого уровней медикаментозного комплаенса (МК) для разработки конкретных программ его восстановления.

Вышеизложенное и определило цель настоящего исследования — изучить клинко-психопатологические факторы формирования нарушений МК у пациентов с непрерывным типом течения (НТ) параноидной шизофрении (ПШ).

Выборку исследования составили 64 больных параноидной шизофренией с непрерывным типом течения: 31 больной — с высоким уровнем МК и 33 больных — с низким уровнем МК.

В качестве инструментария исследования использовали шкалу оценки медикаментозного комплаенса (Лутова Н. Б., 2006); шкалу оценки позитивной и негативной симптоматики (PANSS) (Мосолов, С. Н., 2001); шкалу оценки негативной симптоматики (SANS) (Лутова Н. Б., 2007); шкалу оценки продуктивной психопатологической симптоматики (BPRS) (Лутова Н. Б., 2007); опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) (Derogatis L. R., 1975); шкалу оценки глобального функционирования (GAF) (Лутова Н. Б., 2007); шкалу суицидального риска Лос-Анджелесского суицидологического центра (Старшенбаум Г. В., 2005) [2, 4, 6—8].

Анализ выраженности позитивных и негативных симптомов показал, что у больных с высоким МК значительно чаще, по сравнению с больными с низким МК, отмечалась минимальная степень выраженности следующих симптомов: нарушений спонтанности и плавности речи в 41,9 % и 18,2 % случаев, соответственно, при $p < 0,01$ и ухода в аутистические переживания — в 48,4 % и 27,3 % случаев, при $p < 0,01$ (табл.).

Выраженность и распространенность клинко-психопатологических проявлений параноидной шизофрении с непрерывным типом течения у больных с высоким и низким медикаментозным комплаенсом (по результатам шкалы PANSS)

Позитивные и негативные симптомы	Выраженность (степень)	Распространенность			
		Больные ПШ НТ высоким МК (n = 31)		Больные ПШ НТ низким МК (n = 33)	
		абс.	% ± m	абс.	% ± m
P1. Бредовые идеи	отсутствует	—	—	—	—
	минимальная	2	6,5 ± 0,6	1	3,0 ± 0,7
	слабая	3	9,7 ± 0,9	3	9,1 ± 1,2
	умеренная	5	16,1 ± 1,4	6	18,2 ± 2,2
	средняя	15	48,4 ± 4,8	14	42,4 ± 4,6
	сильная крайняя	6	19,3 ± 1,9	8	24,2 ± 2,6
P2. Расстройства мышления	отсутствует	—	—	—	—
	минимальная	—	—	—	—
	слабая	2	6,5 ± 0,6	2	6,1 ± 0,9
	умеренная	4	12,9 ± 1,1	5	15,2 ± 1,7
	средняя	20	64,5 ± 6,6	22	66,7 ± 7,5
	сильная крайняя	5	16,1 ± 1,4	4	12,1 ± 1,4
P3. Галлюцинаторное поведение	отсутствует	—	—	1	3,0 ± 0,7
	минимальная	2	6,5 ± 0,6	3	9,1 ± 1,2
	слабая	12	38,7 ± 3,8	10	30,3 ± 3,0
	умеренная	16	51,6 ± 5,1	17	51,5 ± 5,8
	средняя	1	3,2 ± 0,4	2	6,1 ± 0,9
	сильная крайняя	—	—	—	—
P4. Возбуждение	отсутствует	2	6,5 ± 0,6	3	9,1 ± 1,2
	минимальная	5	16,1 ± 1,4	3	9,1 ± 1,2
	слабая	12	38,7 ± 3,8	14	42,4 ± 4,6
	умеренная	10	32,3 ± 2,7	11	33,3 ± 3,7
	средняя	2	6,5 ± 0,6	1	3,0 ± 0,7
	сильная крайняя	—	—	1	3,0 ± 0,7

Продолжение табл.

Позитивные и негативные симптомы	Выраженность (степень)	Распространенность			
		Больные ПШ НТ высоким МК (n = 31)		Больные ПШ НТ низким МК (n = 33)	
		абс.	% ± m	абс.	% ± m
P5. Идеи величия	отсутствует	29	93,5 ± 9,9	31	93,9 ± 10,9
	минимальная	2	6,5 ± 0,6	2	6,1 ± 0,9
	слабая	—	—	—	—
	умеренная	—	—	—	—
	средняя	—	—	—	—
	сильная	—	—	—	—
P6. Подозрительность, боязнь преследования	отсутствует	—	—	—	—
	минимальная	1	3,2 ± 0,4	—	—
	слабая	4	12,9 ± 1,1	3	9,1 ± 1,2
	умеренная	5	16,1 ± 1,4	5	15,2 ± 1,7
	средняя	7	22,6 ± 2,2	8	24,2 ± 2,6
	сильная	14	45,2 ± 4,6	16	48,5 ± 5,4
P7. Враждебность	отсутствует	26	83,9 ± 8,7	29	87,9 ± 10,3
	минимальная	3	9,7 ± 0,9	—	—
	слабая	1	3,2 ± 0,4	2	6,1 ± 0,9
	умеренная	1	3,2 ± 0,4	1	3,0 ± 0,7
	средняя	—	—	—	—
	сильная	—	—	1	3,0 ± 0,7
N1. Притуплённый аффект	отсутствует	—	—	—	—
	минимальная	3	9,7 ± 0,9	1	3,0 ± 0,7
	слабая	12	38,7 ± 3,8**	—	—
	умеренная	7	22,6 ± 2,2	5	15,2 ± 1,7
	средняя	5	16,1 ± 1,4	12	36,4 ± 4,1**
	сильная	4	12,9 ± 1,1	13	39,4 ± 4,4**
N2. Эмоциональная отчужденность	отсутствует	—	—	—	—
	минимальная	1	3,2 ± 0,4	—	—
	слабая	4	12,9 ± 1,1	3	9,1 ± 1,2
	умеренная	21	67,7 ± 6,9	18	54,5 ± 6,1
	средняя	5	16,1 ± 1,4	11	33,3 ± 3,7**
	сильная	—	—	1	3,0 ± 0,7
N3. Скучная коммуникабельность	отсутствует	—	—	—	—
	минимальная	1	3,2 ± 0,4	—	—
	слабая	3	9,7 ± 0,9	5	15,2 ± 1,7
	умеренная	6	19,3 ± 1,9	5	15,2 ± 1,7
	средняя	19	61,3 ± 6,3	22	66,7 ± 7,5
	сильная	1	3,2 ± 0,4	1	3,0 ± 0,7
N4. Пассивно-апатичная социальная отстраненность	отсутствует	—	—	—	—
	минимальная	1	3,2 ± 0,4	—	—
	слабая	7	22,6 ± 2,2**	1	3,0 ± 0,7
	умеренная	11	35,5 ± 3,4*	7	21,2 ± 2,5
	средняя	6	19,3 ± 1,9	11	33,3 ± 3,7*
	сильная	5	16,1 ± 1,4	12	36,4 ± 3,8**
N5. Нарушение абстрактного мышления	отсутствует	—	—	—	—
	минимальная	3	9,7 ± 0,9	2	6,1 ± 0,9
	слабая	7	22,6 ± 2,2	6	18,2 ± 2,2
	умеренная	10	32,3 ± 2,7	12	36,4 ± 4,1
	средняя	11	35,5 ± 3,4	12	36,4 ± 4,1
	сильная	—	—	1	3,0 ± 0,7
N6. Нарушение спонтанности и плавности речи	отсутствует	5	16,1 ± 1,4	6	18,2 ± 2,2
	минимальная	13	41,9 ± 4,1**	6	18,2 ± 2,2
	слабая	10	32,3 ± 2,7	12	36,4 ± 4,1
	умеренная	3	9,7 ± 0,9	5	15,2 ± 1,7
	средняя	—	—	4	12,1 ± 1,4
	сильная	—	—	—	—

Позитивные и негативные симптомы	Выраженность (степень)	Распространенность			
		Больные ПШ НТ высоким МК (n = 31)		Больные ПШ НТ низким МК (n = 33)	
		абс.	% ± m	абс.	% ± m
N7. Стереотипное мышление	отсутствует	5	16,1 ± 1,4	3	9,1 ± 1,2
	минимальная	4	12,9 ± 1,1	5	15,2 ± 1,7
	слабая	5	16,1 ± 1,4	6	18,2 ± 2,2
	умеренная	16	51,6 ± 5,1	16	48,5 ± 5,4
	средняя	1	3,2 ± 0,4	3	9,1 ± 1,2
	сильная	—	—	—	—
G1. Ипохондрическая мнительность	отсутствует	13	41,9 ± 4,1	12	36,4 ± 4,1
	минимальная	7	22,6 ± 2,2	7	21,2 ± 2,5
	слабая	8	25,8 ± 2,3	10	30,3 ± 3,0
	умеренная	3	9,7 ± 0,9	4	12,1 ± 1,4
	средняя	—	—	—	—
	сильная	—	—	—	—
G2. Тревожное состояние	отсутствует	17	54,8 ± 5,5	16	48,5 ± 5,4
	минимальная	10	32,3 ± 2,7	10	30,3 ± 3,0
	слабая	3	9,7 ± 0,9	5	15,2 ± 1,7
	умеренная	1	3,2 ± 0,4	2	6,1 ± 0,9
	средняя	—	—	—	—
	сильная	—	—	—	—
G3. Чувство вины	отсутствует	26	83,9 ± 8,7	24	72,7 ± 8,0
	минимальная	5	16,1 ± 1,4	5	15,2 ± 1,7
	слабая	—	—	4	12,1 ± 1,4
	умеренная	—	—	—	—
	средняя	—	—	—	—
	сильная	—	—	—	—
G4. Напряженность	отсутствует	15	48,4 ± 4,8	16	48,5 ± 5,4
	минимальная	14	45,2 ± 4,6	15	45,5 ± 5,1
	слабая	1	3,2 ± 0,4	—	—
	умеренная	1	3,2 ± 0,4	2	6,1 ± 0,9
	средняя	—	—	—	—
	сильная	—	—	—	—
G5. Манерность и позирование	отсутствует	25	80,6 ± 8,4	24	72,7 ± 8,1
	минимальная	6	19,3 ± 1,9	6	18,2 ± 2,2
	слабая	—	—	1	3,0 ± 0,7
	умеренная	—	—	1	3,0 ± 0,7
	средняя	—	—	1	3,0 ± 0,7
	сильная	—	—	—	—
G6. Депрессия	отсутствует	20	64,5 ± 6,6	22	66,7 ± 7,5
	минимальная	8	25,8 ± 2,3	7	21,2 ± 2,5
	слабая	3	9,7 ± 0,9	2	6,1 ± 0,9
	умеренная	—	—	1	3,0 ± 0,7
	средняя	—	—	—	—
	сильная	—	—	1	3,0 ± 0,7
G7. Моторная заторможенность	отсутствует	28	90,3 ± 9,5	26	78,8 ± 9,0
	минимальная	3	9,7 ± 0,9	4	12,1 ± 1,4
	слабая	—	—	2	6,1 ± 0,9
	умеренная	—	—	1	3,0 ± 0,7
	средняя	—	—	—	—
	сильная	—	—	—	—
G8. Отказ от сотрудничества	отсутствует	6	19,3 ± 1,9**	2	6,1 ± 0,9
	минимальная	21	67,7 ± 6,9**	5	15,2 ± 1,7
	слабая	2	6,5 ± 0,6	—	—
	умеренная	1	3,2 ± 0,4	12	36,3 ± 4,1**
	средняя	1	3,2 ± 0,4	12	36,3 ± 4,1**
	сильная	—	—	2	6,1 ± 0,9
	отсутствует	—	—	—	—
	минимальная	—	—	—	—
	слабая	—	—	—	—
	умеренная	—	—	—	—
	средняя	—	—	—	—
	сильная	—	—	—	—

Позитивные и негативные симптомы	Выраженность (степень)	Распространенность			
		Больные ПШ НТ высоким МК (n = 31)		Больные ПШ НТ низким МК (n = 33)	
		абс.	% ± m	абс.	% ± m
G9. Неестественное содержание мышления	отсутствует	7	22,6 ± 2,5	6	18,2 ± 2,2
	минимальная	20	64,5 ± 6,6	19	57,6 ± 7,0
	слабая	4	12,9 ± 1,1	6	18,2 ± 2,2
	умеренная	—	—	2	6,1 ± 0,9
	средняя	—	—	—	—
	сильная	—	—	—	—
G10. Дезориентация	отсутствует	25	80,6 ± 8,4	23	69,7 ± 7,9
	минимальная	5	16,1 ± 1,4	7	21,2 ± 2,5
	слабая	1	3,2 ± 0,4	—	—
	умеренная	—	—	2	6,1 ± 0,9
	средняя	—	—	1	3,0 ± 0,7
	сильная	—	—	—	—
G11. Нарушение внимания	отсутствует	15	48,4 ± 4,8	12	36,4 ± 4,1
	минимальная	14	45,2 ± 4,6	17	51,5 ± 5,8
	слабая	1	3,2 ± 0,4	—	—
	умеренная	1	3,2 ± 0,4	2	6,1 ± 0,9
	средняя	—	—	1	3,0 ± 0,7
	сильная	—	—	—	—
G12. Недостаточность суждений и критики	отсутствует	—	—	—	—
	минимальная	5	16,1 ± 1,4	3	9,1 ± 1,2
	слабая	10	32,3 ± 2,7**	2	6,1 ± 0,9
	умеренная	11	35,5 ± 3,4**	5	15,2 ± 1,7
	средняя	4	12,9 ± 1,1	14	42,4 ± 4,9**
	сильная	1	3,2 ± 0,4	9	27,3 ± 2,8**
G13. Расстройство воли	отсутствует	4	12,9 ± 1,1	—	—
	минимальная	11	35,5 ± 3,4**	3	9,1 ± 1,2
	слабая	7	22,6 ± 2,2	6	18,2 ± 2,2
	умеренная	6	19,3 ± 1,9	18	54,5 ± 6,1**
	средняя	3	9,7 ± 0,9	5	15,2 ± 1,7
	сильная	—	—	1	3,0 ± 0,7
G14. Плохое управление импульсивностью	отсутствует	21	67,7 ± 6,9	22	66,7 ± 7,5
	минимальная	10	32,3 ± 2,7	11	33,3 ± 3,7
	слабая	—	—	—	—
	умеренная	—	—	—	—
	средняя	—	—	—	—
	сильная	—	—	—	—
G15. Уход в аутистические переживания	отсутствует	6	19,3 ± 1,9	6	18,2 ± 2,2
	минимальная	15	48,4 ± 4,8*	9	27,3 ± 2,8
	слабая	8	25,8 ± 2,3	10	30,3 ± 3,0
	умеренная	2	6,5 ± 0,6	3	9,1 ± 1,2
	средняя	—	—	2	6,1 ± 0,9
	сильная	—	—	2	6,1 ± 0,9
G16. Активная социальная устранимость	отсутствует	3	9,7 ± 0,9	—	—
	минимальная	15	48,4 ± 4,8	16	48,5 ± 5,4
	слабая	8	25,8 ± 2,3	9	27,3 ± 2,8
	умеренная	5	16,1 ± 1,4	6	18,2 ± 2,2
	средняя	—	—	2	6,1 ± 0,9
	сильная	—	—	—	—
G16. Крайняя	отсутствует	—	—	—	—
	минимальная	—	—	—	—
	слабая	—	—	—	—
	умеренная	—	—	—	—
	средняя	—	—	—	—
	сильная	—	—	—	—

Примечание. Различия статистически достоверны: * — при $p < 0,05$; ** — при $p < 0,01$

При этом у больных ПШ НТ с низким МК преобладали следующие клинико-психопатологические симптомы, по сравнению с больными с высоким МК: притупленный аффект в сильной степени выраженности (в 75,8 % и 29,0 % случаев, при $p < 0,01$); эмоциональная отчужденность в средней степени выраженности (в 33,3 % и 16,1 % случаев, при $p < 0,01$); пассивно-апатическая социальная отстраненность в сильной степени выраженности (в 69,7 % и 35,4 % случаев, при $p < 0,05$); отказ от сотрудничества в средней степени выраженности (в 72,6 % и 6,4 % случаев, при $p < 0,01$); недостаточность суждений и критики в сильной степени выраженности (в 69,7 % и 16,1 % случаев, при $p < 0,01$); а также расстройство воли в умеренной степени выраженности (в 54,5 % и 19,3 % случаев, при $p < 0,01$).

Детальный анализ особенностей негативной симптоматики у больных ПШ НТ с высоким и низким МК по данным шкалы SANS показал, что у больных ПШ НТ с низким МК негативная симптоматика была более выражена — $75,7 \pm 18,7$ балла (при $p < 0,05$), чем у больных ПШ НТ с высоким МК ($54,7 \pm 8,6$ балла) (рис. 1).

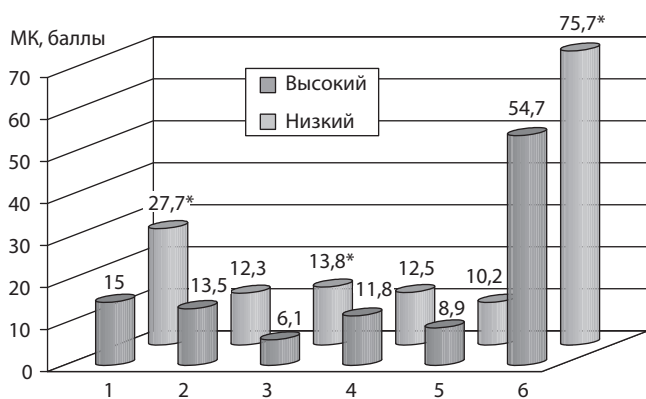


Рис. 1. Средние значения выраженности негативной симптоматики у больных ПШ НТ с высоким и низким МК

Условные обозначения: 1 — уплощение и ригидность аффекта; 2 — нарушения речи; 3 — апатоабулические расстройства; 4 — ангедония — асоциальность; 5 — нарушение внимания; 6 — общая оценка; различия статистически достоверны: * — при $p < 0,05$

Наиболее выраженными компонентами негативной симптоматики у больных ПШ НТ с низким МК были уплощение и ригидность аффекта ($27,7 \pm 4,8$ балла, при $p < 0,05$), а также апатоабулические расстройства ($13,8 \pm 3,1$ балла, при $p < 0,05$), по сравнению с больными с высоким МК — $15,0 \pm 3,5$ и $6,1 \pm 1,9$ балла соответственно.

При анализе особенностей продуктивной симптоматики (по шкале BPRS) больных ПШ НТ с высокой и низкой степенью МК статистически значимых различий выявлено не было.

Результаты анализа выраженности психопатологической симптоматики по результатам опросника SCL-90-R позволяют констатировать, что в группе больных ПШ НТ с низким МК чаще отмечалась выраженная психотическая симптоматика, по сравнению с больными с высоким МК (в 78,8 % случаях и 54,8 % случаев, при $p < 0,05$), а также чаще фиксировался высокий уровень психического дистресса (GSI) (в 63,6 % и 45,2 % случаев, при $p < 0,05$) (рис. 2).

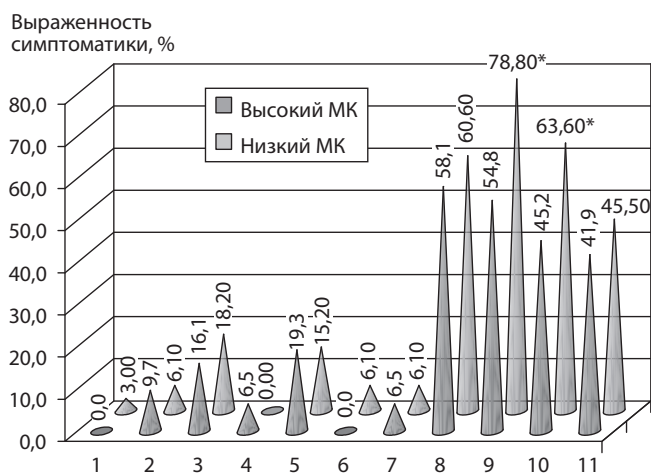


Рис. 2. Выраженность психопатологической симптоматики у больных ПШ НТ с высоким и низким МК (по данным опросника SCL-90-R)

Условные обозначения: Шкалы: 1 — соматизации; 2 — обсессивно-компульсивных расстройств; 3 — межличностной сензитивности; 4 — депрессии; 5 — тревожности; 6 — враждебности; 7 — фобической тревожности; 8 — паранойяльных симптомов; 9 — психотизма; 10 — индекс GSI; 11 — индекс PSDI; различия статистически достоверны: * — при $p < 0,05$;

По уровню глобального социального функционирования (шкала GAF) больные ПШ НТ с низким МК характеризовались более низкими показателями ($35,7 \pm 12,4$ балла, что соответствует низкому уровню), по сравнению с больными с высоким МК ($50,4 \pm 10,1$ балла, при $p < 0,05$, что соответствует среднему уровню).

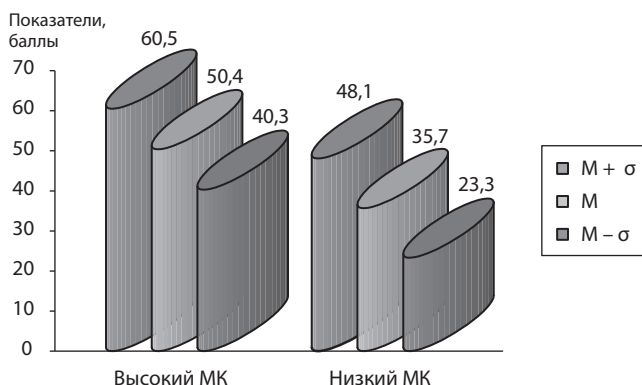


Рис. 3. Выраженность глобального социального функционирования (по данным шкалы GAF) у больных ПШ НТ с высоким и низким МК

различия статистически достоверны при $p < 0,05$;

По результатам исследования суицидального риска больных ПШ НТ (по данным шкалы Лос-Анджелесского суицидологического центра) статистически значимых различий между больными с высокой и низкой степенью МК также выявлено не было.

В целом, результаты проведенного исследования позволяют выделить следующие клинико-психопатологические особенности эндогенного процесса, выступающие риск-факторами формирования низкого МК у больных ПШ НТ: выраженная психотическая симптоматика с высоким уровнем психического дистресса GSI;

наличие в клинике ПШ в сильной степени выраженности пассивно-апатичной социальной отстраненности, недостаточности суждений и критики, притупленного аффекта; в средней степени выраженности эмоциональной отчужденности; в умеренной степени выраженности расстройства воли; а также отказа от сотрудничества в средней степени выраженности; высокий уровень негативной симптоматики (уплощение и ригидность аффекта, апатоабулические расстройства); низкий уровень социального функционирования (выраженное ухудшение функционирования в различных социальных сферах, таких как работа, учеба, семейные отношения, общение и т. д.).

При этом клинико-психопатологическими факторами формирования высокого МК выступают не выше среднего уровня выраженность негативной симптоматики; средний и выше уровень социального функционирования; отсутствие (или минимальная выраженность) ухода в аутистические переживания и нарушений спонтанности и плавности речи.

Полученные в ходе исследования данные представляют практическую ценность и могут служить в качестве диагностических маркеров и терапевтических мишеней формирования медикаментозного комплаенса у данного контингента больных.

Список литературы

1. Марута, Н. А. Проблемы раннего вмешательства в психоз: фармакологические и психосоциальные технологии / Н. А. Марута // *Здоров'я України*. — 2014. — № 2 (29). — С. 42—43.
2. Метод прогнозирования медикаментозного комплаенса в психиатрии : методические рекомендации / НИПНИ им. В. М. Бехтерева : сост.: Н. Б. Лутова и др. — СПб., 2007. — 24 с.
3. Мишиев, В. Д. Проблема комплаенса в современной психиатрии / В. Д. Мишиев // *Психічне здоров'я*. — 2007. — № 1(10). — С. 67—69.
4. Мосолов, С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств / С. Н. Мосолов. — М., 2001. — 238 с.
5. Сидоренко Т. В. Повышение приверженности к терапии — дополнительный путь оптимизации эффективности лечения хронических заболеваний / Т. В. Сидоренко // *Неврологический вестник*. — 2010. — Т. XLII. — Вып. 1. — С. 84—87.
6. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. — М.: «Когито-Центр», 2005. — С. 68—69.
7. Шкала медикаментозного комплаенса. Новая медицинская технология / [Н. Б. Лутова, А. В. Борцов, А. Я. Вукс, В. Д. Вид]. — СПб.: Изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2006 — 35 с.
8. Derogatis, L. R. The SCL-90-R / L. R. Derogatis // *Clinical Psychometric Research*. — Baltimore, 1975. — P. 1—134.
9. Fleischhacker, W. W. Adherence/compliance: a multifaceted challenge / W. W. Fleischhacker // *World Psychiatry*. — 2013. — Vol. 12(3). — P. 232—233.
10. EPA guidance on the quality of mental health services / [W. Gaebel, T. Becker, B. Janssen et al.] // *Eur. Psychiatry*. — 2012. — Vol. 27(2). — P. 87—113.
11. Relationship between therapeutic modalities and treatment compliance in schizophrenia / O. Zouari, H. Zalila, S. Arfaoui et al.]. — Prague: 20th European Congress of Psychiatry, 2012. — P. 1333 / CD.

Надійшла до редакції 20.01.2016 р.

ЗАКАЛЬ Катерина Юрьевна, соискатель ученой степени кандидата медицинских наук, 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
ZAKAL Kateryna, Competitor for PhD degree, Out-Staff Researcher 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