

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛАЙЕНСА БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ И СИСТЕМА ЕГО ПСИХОКОРРЕКЦИИ

Проф. Л. Ф. ШЕСТОПАЛОВА, Н. Н. ЛЕСНАЯ

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», Харьков

На основе динамического психодиагностического обследования 90 лиц с синдромом алкогольной зависимости описан феномен комплайенса, определены его основные характеристики, структура и роль в терапевтическом процессе. Выделены различные уровни комплайенса — полный, частичный, низкий; создана его типология, включающая конструктивный, формальный, пассивный, симбиотический, нестабильный, негативистический и дефицитарный типы. Разработана, апробирована и внедрена система психокоррекции, направленная на повышение мотивации к лечению и оптимизацию соблюдения терапевтического режима у больных с алкогольной зависимостью. Доказана ее высокая эффективность.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, комплайенс, терапевтический режим, мотивация к лечению, отношение к болезни, психокоррекция.

Лечение и реабилитация лиц с синдромом алкогольной зависимости по-прежнему остается одной из актуальных медико-социальных проблем в Украине. Несмотря на разнообразие фармакологических и психотерапевтических подходов, нацеленных на формирование и стабилизацию ремиссий при алкогольной зависимости, эффективность терапии этого заболевания крайне ограничена. Одной из основных причин возникновения рецидивов и повторных госпитализаций считается низкая комплайентность больных, т. е. несоблюдение ими назначений врача [1, 2].

Проблема нарушения терапевтического режима существовала на всех этапах развития медицинской науки. Еще две тысячи лет назад Гиппократ обращал внимание врачей на «ложь пациента в приеме лекарств» [3]. Однако лишь в последнее десятилетие эта тема стала предметом самостоятельных исследований [4–8]. В процессе изучения проблемы возник и закрепился англоязычный термин «комплаенс» (compliance — согласие, податливость, уступчивость, приспособление и разделение взглядов), который прочно вошел в медицинскую литературу, но имеет несколько определений. Наиболее часто под комплайенсом понимается согласие на лечение, сотрудничество с врачом и выполнение всех требований терапии [9].

По данным литературы, частота случаев несоблюдения схемы приема лекарственных препаратов среди больных психиатрического профиля колеблется в пределах 11–80% [10]. Более точные данные получить нелегко, так как круг надежных и недорогих методов контроля лекарственной терапии весьма ограничен (наиболее достоверным является мониторинг содержания препарата в плазме крови). Помимо того, что нарушения лекарственного режима сами по себе значительно снижают

эффективность лечения, сокрытие от врача этих нарушений ведет к ошибкам при выборе последующих методов лечения, а также искажениям контакта в системе отношений терапевтического альянса. Еще сложнее складывается ситуация с изменением жизненного стиля и поведения пациента, столь необходимым при лечении психических заболеваний. В целом, только одна треть взрослых больных неукоснительно соблюдают рекомендации по лечению, треть — соблюдают их частично, а остальные вообще отрицают эту необходимость [11].

Такая картина характерна не только для пациентов психиатрического профиля. Известно, что при лечении большинства хронических соматических заболеваний результаты в значительной степени зависят от соблюдения больным лекарственного режима и модификации стиля жизни, которые призваны повысить функциональную активность и снизить риск рецидива. Однако в недавнем обзоре исследований результатов лечения гипертонии, диабета и астмы отмечается, что полностью придерживаются схемы приема лекарств не более 40% больных, а предписанной им диеты — менее 30% [12]. Есть также данные, что около 50% всей информации, полученной от врача, пациенты попросту забывают, а в 30% случаев неправильно воспринимают врачебные рекомендации. Показано, что требования терапии хуже всего выполняются пациентами с низким социально-экономическим статусом, ограниченной семейной и социальной поддержкой или сопутствующим серьезным психическим расстройством.

В работах, посвященных вопросу эффективности терапии алкогольной зависимости, одним из наиболее значимых прогностических факторов названа приверженность лечению [13, 14]. Авторами приводятся данные, что пациенты, посещающие

психокоррекционные занятия и соблюдающие назначенную схему лекарственной терапии, как правило, воздерживаются от употребления алкоголя и добиваются позитивных изменений в социальном функционировании в течение 6–12 мес после окончания лечения или, во всяком случае, на этот период сохраняется терапевтический эффект. Однако большинство лиц, вовлеченных в терапию зависимости, либо преждевременно ее прекращают, либо игнорируют советы врача продолжать принимать лекарства и посещать психокоррекционные занятия после завершения лечебного курса.

Нужно отметить, что в последние годы в связи с изменением парадигмы лечения психических заболеваний интерес исследователей к проблеме комплайенса заметно вырос [15–17]. В свете идей гуманизации терапевтического процесса современная оценка результатов лечения фокусируется не только на динамике психопатологических симптомов как терапевтической самоцели, а включает и ряд параметров, касающихся качества жизни пациента и его семьи. Эта оценка должна отражать и меру комплайенса как определяющего фактора системы отношений «врач — больной». Такой подход придает решению проблемы комплайенса особое значение и заставляет обращаться к поиску наиболее адекватных форм терапевтического сотрудничества.

Несмотря на очевидную теоретическую и практическую значимость изучения данной проблематики, на сегодняшний день в медицинской психологии еще слабо разработан понятийный аппарат, описывающий феномен комплайенса, отсутствуют систематизированные представления о закономерностях его формирования и функционирования, остаются неразработанными основные психодиагностические критерии. Существующие исследования в этой области, как правило, теоретически недостаточно обоснованы, немногочисленны и фрагментарны, а исследования комплайенса больных с алкогольной зависимостью вообще остаются единичными. Все это и обусловило актуальность данной работы.

Целью исследования явилось изучение психологических факторов формирования, уровней, типов комплайенса больных с алкогольной зависимостью и создание на этой основе системы психокоррекции, направленной на повышение мотивации к лечению и соблюдение рекомендованного терапевтического режима.

Было обследовано 90 лиц с синдромом алкогольной зависимости. Всех обследованных разделили на две группы. Первую (основную) составили больные, получавшие традиционную противоалкогольную фармакотерапию и рациональную психотерапию, а также специальную, разработанную нами, систему психокоррекции для оптимизации комплайенса (всего 60 больных). Во вторую группу (сравнения) вошли пациенты, получавшие только фармакотерапию и рациональную психотерапию согласно общепринятым

стандартам (всего 30 больных). Средний возраст больных составил $36,15 \pm 0,56$ лет. Большая часть пациентов (55,55%) была госпитализирована повторно и находилась на стационарном и дальнейшем амбулаторном лечении.

В работе использовался комплекс психодиагностических методик, среди которых: «Мотивы потребления алкоголя», «Отношение пациента к болезни и лечению», 16-факторный опросник личности Р. Б. Кеттелла, «Уровень субъективного контроля», «Тип отношения к болезни», «Уровни и типы комплайенса больных с алкогольной зависимостью» [18]. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью методов определения достоверности различий (с использованием t-критерия Стьюдента — Фишера, U-критерия Уилкоксона — Манна — Уитни, точного метода Фишера) и корреляционного анализа (коэффициент ранговой корреляции Спирмена).

В рамках исследования были выдвинуты следующие теоретические положения.

Комплајенс рассматривается как сложный динамический клиничко-психологический феномен, формирующийся в процессе терапевтического взаимодействия как результат согласованности взглядов пациента и врача на проявления заболевания, методы лечения и эффекты терапии. По сути, комплајенс — это комплекс представлений, убеждений и действий пациента, обеспечивающий процесс соблюдения терапевтического режима.

Комплајенс формируется на основе осознанного восприятия симптомов болезни, представлений о ее возможных последствиях и ожиданий конкретных терапевтических результатов. Эти субъективные переживания, их элементы и связи между ними носят как адекватный, так и неадекватный характер.

Комплајентностью больного называется степень соответствия его поведения лечебно-реабилитационным мероприятиям.

Комплајенс имеет сложную структуру, которую составляют три функциональных блока: *сенсорно-эмоциональный* блок включает непосредственные впечатления и переживания, вызванные ситуацией лечения; *логический* представляет систему оценок и суждений для объяснения необходимости лечения и его эффектов; *поведенческий* сформирован мотивами, действиями и поступками по реализации терапевтической программы.

Соблюдение терапевтического режима означает согласие с предлагаемой формой лечения, реализуемое в выполнении лекарственных назначений, изменении стиля жизни и поведения, поддерживающих болезнь, и активном участии в психокоррекционной программе.

В соответствии с уровнем соблюдения режима нами были выделены полный, частичный и низкий варианты комплайенса:

полному (20,00% обследованных больных) соответствует прием более 80% назначенной медикаментозной схемы лечения с четким соблюдением

дозировки и времени приема, следование инструкциям относительно предписанного режима трезвости и активное участие в психокоррекционной работе;

частичному (62,22% пациентов) — соблюдение схемы приема лекарств с некоторыми нарушениями (изменением дозировки или времени приема) в пределах 20–80% от назначенного лечения, эпизодические нарушения режима трезвости и участие в психокоррекционной программе с пропуском нескольких занятий;

низкому (17,78% больных) — соблюдение менее чем 20% лекарственных назначений, игнорирование терапевтических советов по поддержанию режима трезвости и отказ или минимальное участие в психокоррекционной работе.

На основании результатов исследования мотивов потребления алкоголя, мотивов лечения, типа отношения к болезни и индивидуально-ти-

пологических особенностей были установлены следующие различия между больными с разным уровнем комплайенса (табл. 1).

В соответствии с представленными результатами больные с полным комплайенсом преимущественно характеризуются: 1) атарактической мотивацией, отражающей желание нейтрализовать негативные переживания с помощью алкоголя; 2) терапевтической установкой на достижение инсайта (т. е. понимание скрытых причин болезни, болезненных изменений личности и возможностей терапии) и установкой на изменение поведения, свидетельствующей о принятии необходимости лечения; 3) сенситивным и эргопатическим типами отношения к болезни, указывающими на обеспокоенность в связи с заболеванием, опасение возможного неблагоприятного отношения к себе окружающих, а также стремление сохранить возможность активной трудовой деятельности;

Таблица 1

Результаты исследования мотивов потребления алкоголя, мотивов лечения, типа отношения к болезни и индивидуально-типологических особенностей у больных с разным уровнем комплайенса

	Показатели психодиагностических методик	Полный комплайенс	Частичный комплайенс	Низкий комплайенс
Мотивы потребления алкоголя	Гедонистические	9,18±0,56	12,31±0,32*	10,65±0,41
	Атарактические	15,67±0,56*	12,71±0,65	10,17±0,87
	Гиперактивации	12,43±0,35	16,33±0,48	19,03±0,08*
	Похмельные	13,22±0,98	17,24±0,25	19,83±0,58*
	Аддиктивные	5,25±0,34	4,12±0,42	8,67±0,64*
Мотивы лечения	Установка на инсайт	13,18±0,56*	11,82±0,21	8,33±0,89
	на изменение поведения	15,67±0,56*	12,71±0,65	10,17±0,81
	на симптоматическое улучшение	10,22±0,51	13,12±0,46**	12,55±0,35
	на получение «вторичного выигрыша» от болезни	11,22±0,98	17,24±0,25	19,83±0,58*
Тип отношения к болезни	Эргопатический	21,43±0,34*	14,80±0,45	8,98±0,58
	Сенситивный	22,65±0,54*	16,94±0,87	14,05±0,69
	Анозогнозический	7,28±0,69	12,69±0,63	14,08±0,12*
	Неврастенический	12,62±0,86	16,00±0,25*	10,85±0,79
	Апатический	1,65±0,24	4,69±0,44	7,83±0,58*
	Меланхолический	3,25±0,05	5,44±0,13	15,17±0,55*
Уровень субъективного контроля	Общая интернальность	5,30±0,27	4,94±0,97	3,87±0,58**
	Интернальность			
	в области здоровья и болезни	6,87±0,26	2,91±0,29*	6,05±0,31
	в области достижений	7,57±0,55*	4,57±0,24	4,12±0,36
	в области профессиональных отношений	6,26±0,98*	4,39±0,39	4,15±0,65
16 PF	Профильная оценка (факторы с максимальным значением)	EGN	HFO	FQ2M
	Профильная оценка (факторы с минимальным значением)	MFO	LCQ2	GBQ3

* различия достоверны по отношению к другим подгруппам, $p < 0,05$; ** различия достоверны по отношению к первой подгруппе, $p < 0,05$.

Таблица 2

Характеристика типов комплайенса больных с алкогольной зависимостью

Тип комплайенса	Характеристика типа
Конструктивный	Осознание симптомов и последствий болезни, установка на получение помощи и трезвость, доверие к врачу, стабильность при выполнении требований терапии
Формальный	Частичное осознание болезни, внешние установки на получение помощи, избирательность в отношении методов лечения, формальное отношение к терапевтическим договоренностям
Пассивный	Слабые побудительные функции мотивов, инертность, фаталистические установки, обесценивание результатов лечения, пассивное подчинение лечебным процедурам
Симбиотический	Неуверенность в оценке болезни и лечения, стремление избежать ответственности, тревожность, зависимость от врача, инфантильное поведение
Нестабильный	Спонтанность, непоследовательность, недостаточная организованность, амбивалентное отношение к лечебным рекомендациям, импульсивное поведение
Негативистический	Отрицание болезни, отсутствие эмпатии, сопротивление терапевтическим мерам и осуществление действий, противоположных требованиям и ожиданиям врача
Дефицитарный	Проявления когнитивного дефицита, отсутствие критики к болезни, равнодушное или эйфорическое поведение

4) интернальностью в области достижений и в области профессиональных отношений, т. е. уверенностью в себе, более активной позицией относительно организации как собственной профессиональной деятельности, так и деятельности, связанной с лечением; 5) социальной активностью, практичностью и адекватностью самооценки.

У больных с частичным комплайенсом доминируют: 1) традиционные и гедонистические мотивы потребления алкоголя, согласно которым прием спиртного ассоциируется с развлечением и приятным времяпровождением, а режим трезвости — с нежелательными обязанностями и самоограничениями; 2) установка на достижение симптоматического улучшения, т. е. стремление снизить степень физического дискомфорта и желание научиться «контролируемому» потреблению алкоголя; 3) сенситивный и неврастенический типы отношения к болезни, что указывает на амбивалентную, нестабильную оценку своего заболевания и эффектов терапии; 4) низкая интернальность в области здоровья и лечения, согласно которой больные в вопросах терапевтического режима в основном полагались на врача и медицинский персонал, считая свое выздоровление скорее их заботой, чем своей; 5) импульсивность, тревожность, доверчивость и конформизм.

Пациенты с низким комплайенсом преимущественно отличались наличием: 1) мотивов гиперактивации поведения, «похмельных» и адиктивных мотивов при потреблении алкоголя, что связано с выраженностью болезненного влечения к алкоголю и обуславливается полной сформированностью синдрома отмены и патологическим изменением всей мотивационной сферы личности; 2) установки на получение «вторичного выигрыша» от болезни, связанной с ожиданием, что само заболевание обеспечит потребность в безопасности, станет поводом для откладывания решения важных жизненных вопросов и избегания ответственности за близких; 3) меланхолического и апатического отношения к болезни, т. е. пессимистических оценок в плане своего выздоровления, обесценивания эффектов лечения, а также слабом осознании последствий заболевания или безразличия к ним; 4) низкого общего уровня субъективного контроля; 5) конфликтности, небрежности и когнитивного снижения.

Наряду с уровнями нами были выделены различные типы комплайенса (табл. 2), а именно: конструктивный (4,44%), формальный (15,56%), пассивный (18,89%), симбиотический (11,11%), нестабильный (27,78%), негативистический (7,78%) и дефицитарный (14,44%). Психодиагностическими критериями выделенных типов явились показатели степени критичности к симптомам и последствиям болезни, доверия к врачу, информированности о применяемых методах лечения, удовлетворенности терапевтическими результатами, готовности к изменению жизненного стиля и поддержки семьи.

На основании полученных данных была разработана и внедрена система психокоррекции, цель которой — повышение мотивации больных с алкогольной зависимостью к лечению и оптимизация их комплайенса.

Методологической базой разработанной системы психокоррекции послужили принципы и подходы гуманистической модели психотерапии, а также последние разработки методов когнитивно-бихевиоральной терапии и теории мотивационного усиления.

Система психокоррекции имеет многомодульную структуру и включает мотивацию к терапевтическому сотрудничеству; повышение критичности к болезненным проявлениям; коррекцию амбивалентного отношения к лечению; мотивацию к изменению проблемного поведения, к долгосрочному приему лекарств; тренинг самоуправления; закрепление моделей оптимального соблюдения

Структура системы психокоррекции

Модули системы психокоррекции	
Ориентация и мотивация к сотрудничеству (2 ч)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Установление отношений доверия и партнерства. 2. Выяснение общих представлений о болезненных нарушениях и ожидаемых результатах лечения. 3. Выявление и коррекция нереалистических ожиданий от терапии. 4. Формулирование и конкретизация целей лечения. 5. Формирование представлений о терапевтическом режиме. 6. Рассмотрение симптомов как мишеней терапии. 7. Акцентирование самостоятельного решения о начале лечения.
Расширение самосознания и повышение критичности (4 ч)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диагностика индивидуальных особенностей. 2. Осмысление различий между полученными и нормативными данными. 3. Хронологический анализ жизни. 4. Осознание сильных и слабых сторон личности. 5. Рассмотрение причинно-следственной связи между не критичностью и возникновением проблем. 6. Анализ и оптимизация копинг-механизмов. 7. Обсуждение последствий досрочного окончания лечения.
Коррекция амбивалентности и дестигматизация (4 ч)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Анализ противоалкогольной терапии, проводившейся в прошлом. 2. Информирование об основных механизмах болезни, ее прогнозе и применяемых методах лечения. 3. Принятие диагноза и «декатастрофизация» состояния. 4. Выявление и коррекция фаталистических установок. 5. Определение опосредованных выгод лекарственной терапии. 6. Актуализация представлений о трезвости как свободно выбранной стратегии. 7. Обсуждение трудностей выполнения режима.
Мотивация к долгосрочному приему лекарственных средств (ЛС) (2 ч)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обсуждение причин выбора назначенных ЛС. 2. Разработка совместно с больным долгосрочной схемы приема ЛС. 3. Информирование об основных механизмах действия и ожидаемых эффектах препаратов. 4. Обсуждение возможных побочных эффектов лекарств и действий в случае их появления. 5. Акцентирование выгод проведения полного курса лечения.
Мотивация к изменению образа жизни и поведения (4 ч)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Анализ реальных и потенциальных проблем, связанных с алкоголем. 2. Выявление ущерба из-за пьянства во всех сферах жизнедеятельности. 3. Инициация конфронтации алкогольных мотивов с другими мотивами. 4. Осознание разницы между стереотипными действиями и выбором поведения. 5. Принятие ответственности за перемены. 6. Выработка решения о необходимости внешнего контроля и поддерживающей терапии.
Тренинг самоуправления (2 ч)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Анализ личностных жизненных целей. 2. Выработка тактики целеполагания и прогнозирования. 3. Рассмотрение факторов высокого риска возникновения рецидива. 4. Расширение диапазона альтернативной деятельности.
Формирование установки на поддерживающее лечение (4 ч)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Осмысление позитивных эффектов и трудностей терапии. 2. Определение главной линии дальнейшего соблюдения режима. 3. Обсуждение вопросов дальнейшего личностного роста. 4. Усиление ощущений контроля над болезнью и самоэффективности. 5. Установление графика посещений специалистов. 6. Подведение итогов

режима. Психокоррекционная программа рассчитана на 20 часов интенсивных занятий на протяжении основного лечебного курса (табл. 3).

При разработке программы психокоррекции учитывались типологические особенности комплайенса больных, на основе чего были созданы соответствующие для каждого типа психокоррекционные модели и определены приоритетные направления работы. Так, с пациентами, у которых диагностировался комплайенс:

конструктивного типа, — проводилась минимальная коррекционная работа, основными стратегиями которой были информирование и нормализующее логическое объяснение, нацеленные на предупреждение преждевременного прекращения лечения;

формального — трансформация внешних установок на лечение во внутренние, снижение выраженности неадекватных защитных реакций, осознание и принятие своих чувств;

негативистического — снятие системы отрицания и формирование навыков управления негативными переживаниями;

пассивного — преодоление изоляции, снижение чувства страха и недоверия к лечебным программам, вовлечение в принятие совместных решений;

симбиотического — предупреждение формирования зависимости от врача или лекарственной зависимости, развитие чувства самодостаточности и ответственности за результаты лечения;

нестабильного — избегание оценок и аргументирования, обучение навыку распознавания симптомов и постепенное введение режима с выдачей точных письменных рекомендаций;

дефицитарного — формирование осознанного отношения к симптомам болезни как к мишеням лекарственной терапии, выработка простой схемы приема лекарств и усиление поддержки семьи.

В соответствии с динамическими показателями комплайенса на разных этапах лечения установлено, что в конце основного лечебного курса его уровень в основной группе был достоверно ($p < 0,05$) выше, чем в группе сравнения (81,55% и 65,07% соответственно). В последней он характеризовался тенденцией к снижению и наиболее низким был на стадии поддерживающей терапии (19,51% против 59,85% в основной).

Было установлено, что на этапе завершения лечения у больных, участвовавших в психокоррекционной работе, достоверно ($p < 0,05$) возросли показатели конструктивного и формального типов комплайенса, тогда как у больных из группы сравнения доминировал нестабильный тип, который часто сопровождался срывами и возвращением к употреблению алкоголя.

Л и т е р а т у р а

1. *Ершов О. Ф., Рыбакова Т. Г., Шабанов П. Д.* Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия.— СПб.: ЭЛБИ, 2002.— 192 с.
2. *Крупицкий Е. М.* Применение фармакологических средств для стабилизации ремиссий и профилактики рецидивов при алкоголизме: зарубежные исследования // *Вопр. наркологии.*— 2003.— № 3.— С. 51–61.
3. *Гиттократ.* Избранные книги / Перевод с греческого проф. В. И. Руднева.— М.: Гос. изд. биол. и мед. литературы, 1936.— 736 с.
4. *Банщикова Ф. Р.* Комплайенс в психиатрии: реальность и перспективы // *Обзор психиатрии и мед. психологии.*— 2006.— № 4.— С. 9–11.
5. Выраженность алекситимии и уровень комплайенса у больных, перенесших инфаркт миокарда / М. В. Коркина, М. А. Цивилько, О. А. Кисляк, С. В. Бухарева // *Соц. и клин. психиатрия.*— 1999.— Т. 9, вып. 4.— С. 20–23.
6. *Любов Е. Б.* Проблема несоблюдения лекарственного режима в психиатрической практике // *Соц. и клин. психиатрия.*— 2001.— Т. 11, вып. 1.— С. 89–101.
7. *Bebbington P. E.* The content and context of compli-

Показатель участия в противорецидивной терапии в основной группе больных составил 71,66%, а в группе сравнения — 36,66%, т. е. почти вдвое большая часть больных, получавших психокоррекцию, соглашалась с требованиями терапии и посещала специалистов в установленные сроки после завершения основного курса.

Катамнестическое наблюдение в течение одного года после лечения показало, что стойкая мотивация отказа от употребления алкоголя сохранилась у 65,00% больных из основной группы, а в группе сравнения этот показатель составил 26,66% ($p < 0,05$).

Таким образом, на основании приведенных данных можно заключить, что формирование оптимального комплайенса у больных с алкогольной зависимостью является надежным предиктором эффективности лечебно-реабилитационного процесса, а применение психокоррекционных стратегий, специально направленных на улучшение качества соблюдения терапевтического режима, приводит к более успешным результатам, чем использование методик, имеющих широкие цели. С нашей точки зрения, учитывая всю сложность и мультифакторность рассмотренной проблемы, целесообразно продолжать работу по повышению точности диагностики нарушений режима и определить круг адекватных и информативных психометрических инструментов для оценки комплайенса. Представляется перспективным также дальнейший поиск специфических, прицельных и компактных подходов, направленных на повышение уровня комплайенса, включающих организацию работы с медицинским персоналом и с микросоциальным окружением больного.

- ance // *Int. Clin. Psychopharmacol.*— 1995.— Vol. 9.— P. 41–50.
8. *Blackwell B.* Compliance // *Psychother.*— 1992.— Vol. 58.— P. 161–167.
9. *Кабанов М. М.* Охрана психического здоровья и проблема стигматизации и комплаенса // *Соц. и клин. психиатрия.*— 1997.— № 4.— С. 58–62.
10. *Мосолов С. Н.* Современный этап развития психотерапии // *Рос. мед. журн.*— 2002.— Т. 10, № 12–13.— С. 64–68.
11. *Незнамов Н. Г., Вид В. Д.* Проблема комплаенса в клинической психиатрии // *Психиатрия и психофармакотер.*— 2004.— Т. 06, № 4.— С. 213–214.
12. Материалы ООН. Инвестиции в лечение наркомании — документ для обсуждения на уровне лиц, ответственных за разработку политики / Под ред. А. Т. Маклеллан // *Наркология.*— 2005.— № 4.— С. 18–62.
13. *Валентик Ю. В.* Мишени психотерапии в наркологии // *Лекции по наркологии.*— М.: Нолиж, 2000.— С. 140–176.
14. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ / Под ред.

- Ю. В. Валентика и Н. А. Сироты.— М.: Литера-2000, 2002.— 256 с.
15. *Corrigan P. W., Liberman R. P., Engel J. D.* From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia // *Hospital and Community Psychiatry*.— 1990.— Vol. 41.— P. 1203–1211.
16. *Littrell K., Jones-Vaughn J. E, MacFarlane J.* Соблюдение режима лечения в психиатрии: что должен знать каждый врач, лечащий больных шизофренией // *Психиатрия и психофармакотер.*— 2005.— № 7 (4).— С. 23–27.
17. *Вид В. Д.* Психоаналитическая психотерапия при шизофрении.— СПб.: Институт им. В. М. Бехтерева, 1993.— 236 с.
18. *Лесная Н. Н.* Исследование типов комплаенса у больных с алкогольной зависимостью // *Вестн. Харьк. нац. ун-та. Сер. «Психология».*— 2007.— № 771.— С. 155–159.

ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛАЄНСА ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ ТА СИСТЕМА ЇЇГО ПСИХОКОРЕКЦІЇ

Л. Ф. ШЕСТОПАЛОВА, Н. М. ЛІСНА

На основі динамічного психодіагностичного обстеження 90 осіб із синдромом алкогольної залежності описано феномен комплаєнса, визначено його основні характеристики, структуру і роль у терапевтичному процесі. Виділено різні рівні комплаєнса — повний, частковий, низький; створено його типологію, що включає конструктивний, формальний, пасивний, симбіотичний, нестабільний, негативістичний і дефіцитарний типи. Розроблено, апробовано та впроваджено систему психокорекції, спрямовану на підвищення мотивації до лікування і оптимізацію дотримання терапевтичного режиму у хворих на алкогольну залежність. Доведено її високу ефективність.

Ключові слова: алкогольна залежність, комплаєнс, терапевтичний режим, мотивація до лікування, ставлення до хвороби, психокорекція.

COMPLIANCE PECULIARITIES IN PATIENTS WITH ALCOHOL ADDICTION AND A SYSTEM OF ITS PSYCHOCORRECTION

L. F. SHESTOPALOVA, N. N. LESNAYA

Compliance phenomenon is described based on dynamic psychodiagnostic investigation of 90 patients with syndrome of alcohol addiction. Its main characteristics, structure and role in the therapeutic process are determined. Various compliance levels (complete, partial, low) were distinguished. Its typology including constructive, formal, passive, symbiotic, unstable, negativistic and deficit types was created. A system of psychocorrection aimed at increase of motivation to treatment and optimization of therapeutic regimen in patients with alcohol addiction was developed, tested and introduced into practice. Its high efficacy was proven.

Key words: alcohol dependence, compliance, therapeutic regimen, motivation to treatment, attitude to disease, psychocorrection.

Поступила 30.05.2011