

УДК: 159.922:616.89-008.441.13:615.851

*Л.Ф. Шестопалова, Н.Н. Лесная***УРОВНИ И ТИПЫ КОМПЛАЙЕНСА БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

ГУ “Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины”

Ключевые слова: алкогольная зависимость, отношение к болезни, мотивация к лечению, терапевтический режим, комплаиенс

Проблема лечения и реабилитации лиц с алкогольной зависимостью остается актуальной, несмотря на многочисленные исследования в этой области [2;5;7;9]. Активный поиск новых медикаментозных средств, направленных на купирование острых проявлений синдрома отмены, подавление патологического влечения к алкоголю и коррекцию соматических расстройств, способствовал выделению ряда препаратов, доказавших свою эффективность [16;17]. Однако для получения желаемого результата эти препараты необходимо принимать длительно и на регулярной основе, а несоблюдение этих условий резко снижает эффективность терапии. В этой связи, важнейшим условием успеха лечения является достижение оптимального уровня комплаенса [3;6;13].

Следует отметить, что понятие «комплаиенс» в научной литературе имеет несколько определений. Ряд авторов подчеркивают бихевиоральный контекст комплаенса, когда поведение пациента соответствует полному объему предоставляемой медицинской помощи и определяется согласованностью взглядов больного и врача на проявления заболевания и методы лечения [6;15;18]. COMPLAIENCE также определяют как “приверженность” терапии в противовес “согласию с лечением”, подчеркивая тем самым активное и самостоятельное отношение пациента к лечению, а не вынужденное или пассивное принятие лечебных воздействий [19-20]. COMPLAIENCE соотносят с понятием “готовность лечиться” и соблюдением лечебного режима [22]. Это определение охватывает получение различных видов помощи, регулярное посещение клиники и соблюдение лечебных рекомендаций специалистов.

По данным литературы среди больных наркологического профиля частота случаев несоблюдения схемы приема лекарственных препаратов колеблется в пределах 11-80%. Имеются данные о росте уровня нарушения терапевтического режима стационарных больных по мере про-

должения лечения во внебольничных условиях [11;21].

Однако, такая картина характерна не только для пациентов наркологического профиля. Обзор исследований в области лечения диабета, гипертонии и астмы у взрослых свидетельствует о том, что менее 30% пациентов, проходящих курс лечения по поводу этих заболеваний, соблюдают предписанные изменения диеты и/или поведения, которые призваны повысить их функциональную активность и снизить риск рецидива [14]. В целом, треть взрослых больных безотносительно от диагноза неукоснительно соблюдают рекомендации по лечению, треть – только частично, а остальные отрицают их необходимость [11].

К пониманию комплаенса как осознанного выполнения пациентом рекомендаций врача склоняется М.М.Кабанов [10]. Автор подчеркивает, что степень стигматизации и выраженность комплаенса зависят от стиля работы медицинского учреждения, его репутации, профессионализма персонала, его психологических качеств (эмпатии, умения общаться и др.).

Несмотря на очевидную значимость этой проблемы, до настоящего времени остаются недостаточно изученными ее сложные вопросы. Тот факт, что термин «комплаиенс», прочно вошедший в медицинскую литературу, имеет несколько определений, указывает на неоднозначное понимание этого феномена. Кроме того, недостаточно изучены особенности комплаенса больных с алкогольной зависимостью, не определены стратегии поддержания его оптимального уровня в течение долгосрочного курса лечения, отсутствует адекватный психодиагностический инструментарий для исследования уровня и динамики комплаенса в процессе терапии. Решению данного круга вопросов и было посвящено это исследование.

Целью исследования явилась разработка типологии комплаенса больных с алкогольной зависимостью на основе изучения психологичес-

ких факторов его формирования на этапе ста-

новления терапевтической ремиссии.

### Методы и организация исследования

Исследование проводилось на клинических базах отделения профилактики и лечения алкоголизма ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины». Было обследовано 90 больных с синдромом алкогольной зависимости (F 10.2). Больные получали стандартное противоалкогольное фармакологическое лечение с включением психокоррекционной программы по разработанной для данного исследования методике (Свідоцтво про реєстрацію авторського права № 25325, від 15.08.2008.). Средний возраст пациентов составил – 35,94±2,35 лет.

Больные обследовались по следующим психодиагностическим методикам: «Исследование мотивации потребления алкоголя» (МПА) [8], «16-ти факторный опросник Кеттелла» [4], «Оп-

росник для изучения отношения пациента к болезни лечению» [11]; методика определения уровня субъективного контроля (УСК) [1]; методика психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБ) [12], а также опросник «Уровни и типы комплайенса больных с алкогольной зависимостью», разработанный для данного исследования (Свідоцтво про реєстрацію авторського права №21140, від 06.07.2007). Обработка полученных эмпирических данных осуществлялась с помощью методов определения достоверности различий (по t-критерию Стьюдента-Фишера, U-критерию Уилкоксона-Манна-Уитни, точного метода Фишера) и методов многомерной статистики (коэффициент ранговой корреляции Спирмена).

### Результаты исследования и их обсуждение

Мы рассматриваем комплайенс как комплекс представлений, убеждений и действий пациента, обеспечивающий процесс соблюдения терапевтического режима. В основе формирования комплайенса лежат субъективные модели симптомов и прогноза заболевания, а также модель ожидаемых результатов лечения.

В нашем понимании, комплайенс имеет сложную многокомпонентную структуру, которая образована тремя основными блоками: сенсорно-эмоциональным, логическим и поведенческим. Сенсорно-эмоциональный блок включает непосредственные впечатления и переживания, вызванные ситуацией лечения. Логический блок составляет система оценок и суждений, используемая больным для объяснения необходимости лечения и его эффектов. Поведенческий блок представляют мотивы, действия и поступки по реализации терапевтической программы.

На основании результатов проведенного исследования выявлено, что комплайенс больных с алкогольной зависимостью различается по своему уровню и может быть полным, частичным или низким. Полный комплайенс предполагает своевременный прием (более чем в 80% случаев) назначенных лекарственных средств, выполнение основных врачебных предписаний по изменению жизненного стиля и поведения, поддерживающих болезнь, и активное участие в психокоррекционных занятиях. Частичный комплайенс диагностируется при соблюдении лекарственных назначений с эпизодическими на-

рушениями (от 20% до 80% случаев), частичном соблюдении нелекарственных рекомендаций врача и участии в психокоррекционной программе с пропусками занятий. Низкому уровню комплайенса соответствует минимальное выполнение лекарственных назначений (менее чем в 20% случаев), игнорирование терапевтических советов врача и отказ или пассивное участие в психокоррекционной работе.

С учетом уровня комплайенса все обследованные были разделены на три группы: больные с полным комплайенсом составили 17,8%, с частичным - 62,8% и с низким - 20%.

В таблице 1 представлены результаты исследования мотивов потребления алкоголя, мотивов лечения, типа отношения к болезни, уровня субъективного контроля и индивидуально-типологических особенностей у больных с разным уровнем комплайенса (представлены показатели, имеющие достоверные различия,  $p < 0,05$ ).

Для больных, имеющих полный комплайенс, характерно доминирование атакратических мотивов потребления алкоголя, терапевтических установок на понимание скрытых причин болезни и изменение проблемного поведения, сензитивного и эргопатического типов отношения к болезни, интернального локуса контроля в области достижений и в профессиональной области, а также социальная активность, практичность и способность адекватно оценивать свое состояние. Для пациентов с частичным комплайенсом характерно преобладание гедонистичес-

кой мотивации при потреблении алкоголя, установка на достижение симптоматического улучшения, неврастенический тип отношения к болезни, низкий уровень субъективного контроля в сфере здоровья и лечения, а также импульсивность, беспечность и конформизм. Для больных с низким уровнем комплайенса преимущественно характерны мотивы гиперактивации поведе-

ния, похмельные и аддиктивные мотивы при употреблении алкоголя, установка на получение «вторичного выигрыша» от заболевания, анозогнозический, апатический и меланхолический типы отношения к болезни, общий низкий уровень субъективного контроля, а также конфликтность, небрежность, ригидность и конкретность мышления.

Таблица 1

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

Психодиагностические показатели методик		Полный комплайенс	Частичный комплайенс	Низкий комплайенс
МПА	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 ± ,08*
	Похмельные	13,22 ± 0,98	17,24 ±0,25	19,83 ± ,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 ± 0,87
	- на симптоматическое улучшение	10,22±0,51	13,12±0,46*	12,05±0,35
	- на получение «вторичной выгоды» от болезни	11,22± 0,98	17,24 ±0,25	19,83 ±0,58*
ТОБ	Эргопатический	21,43±0,34 *	14,80± 0,45	8,98 ± 0,58
	Сензитивный	22,65 ± 0,54 *	16,94 ± 0,87	14,05 ± 0,69
	Анозогнозический	7,28 ± ,069	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 ± ,044	7,83 ± 0,58 *
	Меланхолический	3,25 ± 0,05	5,44 ± 0,13	15,17 ±0,55*
УСК	Общая интернальность	5,30±0,27	4,94 ± 0,97	3,87 ± 0,58*
	-в отношении здоровья и болезни	6,87±0,26	3,91±0,29*	5,25±0,31
	-в области достижений	7,57 ± ,055*	4,57 ± 0,24	4,12 ± 0,36
	- в области производственных отношений	6,26 ± 0,98*	4,39 ± ,039	4,15 ± 0,65
16 PF	Профильная оценка (макс. факторы)	EGN	HFO	FQ2M
	Профильная оценка (мин. факторы)	MFO	LCQ2	GBQ3
* - различия достоверны по отношению к другим группам, p<0,05				

Дальнейшее изучение психологических факторов формирования комплайенса позволило выделить диагностические критерии, на основе которых была разработана его типология. К основным критериям относятся: критичность в отношении симптомов и последствий болезни, степень доверия к врачу, информированность о методе лечения, удовлетворенность терапевти-

ческими результатами, готовность к изменению жизненного стиля и наличие поддержки семьи. В соответствии с данными критериями у обследованных больных выделены конструктивный, формальный, пассивный, симбиотический, нестабильный, негативистический и дефицитарный типы комплайенса. Ниже представлены основные характеристики выделенных типов:

1. Конструктивный тип, являющийся наиболее благоприятным, характеризуется осознанием симптомов и последствий болезни, установкой на трезвость, доверием к врачу и стабильностью при соблюдении требований терапии.

2. Формальный тип отличается частичным осознанием болезни, установкой на достижение симптоматического улучшения, избирательностью в отношении методов лечения и формальным отношением к соблюдению терапевтических договоренностей.

3. Пассивному типу свойственны слабые побудительные функции мотивов, фаталистические установки, обесценивание результатов лечения и пассивное подчинение лечебным процедурам.

4. Симбиотический тип характеризуется неуверенностью в оценке симптомов и результатов лечения, избеганием ответственности, тревожностью, зависимостью от врача и инфантильным поведением.

5. Нестабильный тип отличается спонтанностью, недостаточной организованностью, амбивалентным отношением к лекарственным препаратам и импульсивным поведением.

6. Негативистическому типу характерно отрицание болезни, отсутствие эмпатии, выраженное сопротивление и осуществление действий, противоположных требованиям и ожиданиям врача.

7. Дефицитарному типу свойственны проявления когнитивного дефицита, т.е. отсутствие конструктивной критики, снижение памяти, а также безразличное или эйфорическое поведение.

На начальном этапе лечения у больных были диагностированы: нестабильный тип – в 30,0% случаев, пассивный – 18,3%, формальный – 15,5%, симбиотический – 13,3%, дефицитарный – 11,7%, негативистический – 6,7% и конструктивный – 4,5 %.

Для оптимизации различных типов комплайенса нами разработана система психокоррекции, основанная на мотивационной модели «поэтапных изменений», предложенной DiClemente С.С.,

Prochaska J.O. (1982) [22]. Ключевой концепцией этой модели является «готовность к изменениям», которая рассматривается как внутреннее состояние, чувствительное к воздействию внешних факторов. Ведущими принципами мотивационного подхода являются: обратная связь (полное и объективное информирование о всех последствиях употребления алкоголя); акцент на личной ответственности (разрушение игры в «Алкоголика» - алкогольная зависимость, прежде всего, является проблемой пациента, а не его окружения); предоставление свободы выбора в определении целей и методов осуществления изменений; эмпатия (принятие пациента со всеми достоинствами и недостатками); способствование эффективной самореализации (помощь в актуализации личностных ресурсов).

Система психокоррекции состоит из 5-ти модулей, которые направлены на формирование мотивации к различному по длительности отказу от алкоголя, поддержанию здорового образа жизни, развитию навыков социального функционирования, а также мотивации к длительному приему поддерживающей медикаментозной терапии и своевременному обращению к врачу в случае срыва.

При разработке программы психокоррекции учитывались типологические особенности комплайенса больных, в результате чего были созданы соответствующие для каждого типа алгоритмы применения психокоррекции и определены наиболее адекватные психокоррекционные стратегии.

Применение системы психокоррекции началось в первую неделю поступления больных на лечение. Частота сессий составляла 3 раза в неделю, а длительность – 60-90 мин. Полный курс включал 9 сеансов в течение основного периода противоалкогольного лечения и 3 сеанса после его окончания.

Динамика показателей типов комплайенса представлена на диаграмме (рис. 1).

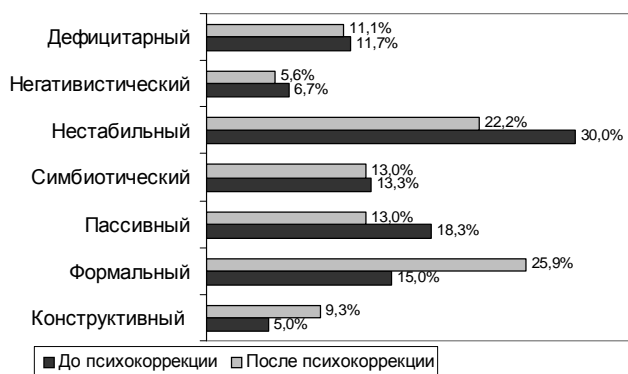


Рис.1. Динамика показателей типов комплайенса в процессе психокоррекции.

Результаты исследования динамики типов комплайенса свидетельствуют, что в начале лечения комплайенс носил преимущественно нестабильный или формально-пассивный характер. В меньшей степени на данном этапе были представлены черты негативистического и конструктивного типов комплайенса. В результате проведения системы психокоррекции достоверно снизились показатели пассивного и нестабильного типов комплайенса ( $p < 0,05$ ), а показатели формального и конструктивного типа возросли ( $p < 0,05$ ). Данный факт свидетельствует о том, что у большинства больных в процессе лечения улучшилось качество соблюдения терапевтического режима за счет формирования и стабилизации более критического отношения к симптомам и прогнозу заболевания, доверия к данной терапевтической программе и готовности к изменению проблемного поведения. Это, в свою очередь, указывает на адекватность применения психокоррекционных стратегий в отношении данных типов комплайенса. При этом динамические показатели дефицитарного и симбиотического типов не имели достоверных изменений, что указывает на недостаточность данной психокоррекционной тактики в отношении этих типов и необходимость дальнейших разработок.

Выводы:

1. Комплайенс представляет собой сложный динамический клинико-психологический феномен, в основе формирования которого лежат субъективные модели симптомов и прогноза заболевания, а также модель ожидаемых результатов лечения. Комплайенс – это комплекс представлений, убеждений и действий пациента, обеспечивающий процесс соблюдения терапевтического режима.

2. У больных с алкогольной зависимостью выделены различные уровни и типы комплайенса. В соответствии с уровнем соблюдения терапевтического режима комплайенс может быть полным, частичным или низким, а по своему типу – конструктивным, формальным, пассивным, симбиотическим, нестабильным, негативистическим или дефицитарным.

3. Система психологической коррекции, направленная на оптимизацию процесса соблюдения терапевтического режима у больных с алкогольной зависимостью, разработанная на основе принципов мотивационной терапии с учетом типологических особенностей комплайенса больных, служит эффективным инструментом формирования позитивных терапевтических установок и вовлечению пациентов в долгосрочные противорецидивные программы.

*Л.Ф. Шестопалова, Н.М. Лісна*

## **РІВНІ ТА ТИПИ КОМПЛАЄНСА ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ**

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН

Розглянуті сучасні уявлення про проблему комплаєнса осіб з алкогольною залежністю. Представлена типологія комплаєнса відповідно до провідних терапевтичних установок і особистісних особливостей хворих. Розроблена система психокорекції несприятливих типів комплаєнса. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 69-74).

*L.F. Shestopalova, N.N. Lesnaya*

## **LEVELS AND TYPES OF COMPLIANCE IN ALCOHOL DEPENDENT PATIENTS**

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of Academi of Medical Sciences of Ukraine

In the presented article modern pictures are considered of problem of the compliance in alcohol dependent persons are described. Typology of compliance presented in accordance with the leading therapeutic settings and personality features of patients. Pathways of psychological intervention to correct malign variances of therapeutically alliance are guessed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 69-74).

### *Литература*

1. Бажин, Е. Р. Методика определения уровня субъективного контроля (УСК) [Текст] / Е. Р. Бажин, Е. А. Голынкина, А. М. Эткинд // Методические рекомендации. - Ленинград, 1984. - 22 с.  
2. Балашова, Т. Н. Применение техник мотивационного интервью в работе с пациентами, имеющими алкогольные проблемы [Текст] / Т. Н. Балашова, Л. Собелл // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. - 2007. - №1. - С. 4-7.  
3. Банщикова, Ф. Р. Комплаенс в психиатрии: реальность и перспективы [Текст] / Ф. Р. Банщикова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. - 2006. - Т. 03, №4. - С. 14-16.

4. Батаршев, А. В. Психодиагностика пограничных расстройств личности и поведения [Текст] / А. В. Батаршев. - М.: Издательство Института психотерапии, 2004. - 320 с.  
5. Валентик, Ю. В. Мишени психотерапии в наркологии [Текст] / Ю. В. Валентик // Лекции по наркологии. - М.: «Нолиж», 1999. - С. 140-176.  
6. Долгов, С. А. Проблема частых госпитализаций психически больных [Текст] / С. А. Долгов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. - 1995. - № 4. - С. 103—106.  
7. Ерышев, О. Ф. Алкогольная зависимость: формирование,

течение, противорецидивная терапия [Текст] / О. Ф. Ерышев, Т. Г. Рыбакова, П. Д. Шабанов. - СПб: Элби-СПб, 2002. - 192 с.

8. Завьялов, В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости [Текст] / В. Ю. Завьялов. - Новосибирск: Наука, 1988. - 198 с.

9. Иванец, Н. Н. Зависимость от психоактивных веществ – стратегия лечения [Текст] / Н. Н. Иванец // Вопросы наркологии. - 1990. - № 2. - С. 3-7.

10. Кабанов, М. М. Охрана психического здоровья и проблемы стигматизации и комплайенса [Текст] / М. М. Кабанов // Социальная и клиническая психиатрия. - 1998. - Т.8, № 2 - С. 58-62.

11. Клиническая психология [Текст] / Под ред. Б. Д. Карвасарского. - СПб: ПИТЕР, 2007. - 959 с.

12. Личко, А. Е. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни [Текст] / А. Е. Личко, Н. Я. Иванов // Методические рекомендации. - Ленинград, 1987. - 26 с.

13. Любов, Е. Б. Проблема несоблюдения лекарственного режима в психиатрической практике [Текст] / Е. Б. Любов // Социальная и клиническая психиатрия. - 2001. - Т. 11, вып 1.- С. 89-101.

14. Мосолов, С. Н. Резистентность к психофармакотерапии и методы ее преодоления. [Текст] / С. Н. Мосолов // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2002. - Т. 4. - С. 132—136.

15. Незнанов, Н. Г. Проблема комплаенса в клинической психиатрии [Текст] / Н. Г. Незнанов, В. Д. Вид // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2004.- Т. 06, №4. - С. 9-13.

16. Пятницкая, И. Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей [Текст] / И. Н. Пятницкая. - М: Медицина, 2008. - 639 с.

17. Ялтонский, В. М. Мотивационная терапия [Текст] / В. М. Ялтонский, Н. А. Сирота // Наркология. - 2003. - №4. - С. 41-44.

18. Adams, C. E. Depot fluphenazine versus oral fluphenazine for those with schizophrenia [Text] / C. E Adams., M Eisenbruch // Cochrane Library. Oxford: Update Software. - 2001. - Issue 3.

19. Bebbington, P. E. The content and context of compliance [Text] / P. E. Bebbington // Clin. Psychopharmacol. - 1995; - Vol. 9. - P. 41—50.

20. Corrigan, P. W. From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia [Text] / P. W. Corrigan, R. P. Liberman, J. D. Engel // Hospital and Community Psychiatry. - 1990. - Vol. 41, - P. 1203-1211.

21. Insull, W. The problem of compliance to cholesterol altering therapy [Text] / W. J. Insull // Inter Med. - 1997. - Vol. 241. - P. 317–25.

22. Kemp, R. Compliance Therapy: An Intervention Targeting Insight and Treatment Adherence in Psychotic Patients [Text] / R. Kemp, A. David. // B. M. J. - 1996. - Vol. 312 - P. 345-349.

Поступила в редакцию 16.06.2010