

УДК: 89-008.441.13:159.922:615.214

*Л.Ф. Шестопалова, Н.М. Лісна***ПСИХОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ КОМПЛАЄНСА ОСІБ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ**

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

Ключові слова: алкогольна залежність, комплаєнс, мотивація до лікування, рівень суб'єктивного контролю, відношення до хвороби

Сучасна концепція реабілітації осіб з залежністю від психоактивних речовин (ПАР) передбачає побудову системи лікарських заходів, які носять характер тривалих терапевтичних програм. У цих умовах особливого значення набуває проблема комплаєнсу. Недодержання хворими терапевтичного режиму значно знижує ефективність лікування, а приховування від лікаря порушень режиму призводить до помилок при виборі подальших методів лікування.

Вважають, що рівень комплаєнсу залежить від багатьох специфічних та неспецифічних факторів, які пов'язані з пацієнтом, з лікарем та з організацією лікування. Серед тих, що пов'язані з пацієнтом, виділяються фактори, які утруднюють комплаєнс: тривога та страх, дезорганізація мислення, негативізм, соціопатичні тенденції, анозогнозія, амбівалентність, знижена (нестійка) критика [10]. Суттєво, що є дані про вплив преморбідних особливостей пацієнтів на їх комплаєнс [11]. Так, хворі з істеричними рисами відрізняються легковажним та недбалим ставленням до лікування. Вони використовують лікарські засоби для маніпулювання оточуючими, для них актуальним є ризик залежності від лікаря. Хворі з обсесивними рисами пунктуально виконують призначення лікаря, прийом ліків перетворюють в ритуал, що ускладнює їх відміну. Самолікування або зловживання психотропними засобами властиве особистостям з невротичною структурою, психічно незрілим або схильним до ситуаційно тривожних реакцій.

Відомо, що терапевтичний режим не обме-

жується схемою прийому лікарських препаратів, а містить цілий комплекс рекомендацій для зміни життєвого стилю та поведінки пацієнта, які підтримують хворобу [2,7]. М.М. Кабанов [5], розглядаючи реабілітацію як системне бачення хворого, вказує на чималі труднощі на шляху до реалізації будь-якої реабілітаційної програми. Досягнення високого рівня комплаєнсу, з його точки зору, неможливе без подолання страху пацієнта перед спілкуванням з лікарем, перед діагнозом, без усвідомлення ним прийнятної для свого статусу «внутрішньої картини хвороби». Крім того, комплаєнс залежить від психологічних особливостей пацієнта (рівня емпатії, вміння спілкуватися та ін.) та стилю роботи медичного закладу, його репутації, професіоналізму персоналу.

В деяких дослідженнях вивчалась залежність комплаєнсу від клінічної ситуації та терапевтичної програми. Стверджується, що поряд з «особливими» рисами комплаєнсу, які властиві природі конкретної хвороби, особисті фактори, що впливають на його рівень, мало специфічні [12].

Не зважаючи на зростання інтересу до проблеми комплаєнсу, кількість системних досліджень у цій галузі суттєво відстає від робіт, присвячених різноманітним аспектам психофармакології та психотерапії. Практично не вивчалися психологічні фактори, які впливають на формування комплаєнсу хворих з залежністю від ПАР.

Метою дослідження було визначення психологічних факторів, які впливають на формування комплаєнсу у осіб з алкогольною залежністю.

Матеріали та методи дослідження

Для реалізації даної мети використовувались такі методики:

1. Опитувальник для вивчення установок до лікування, розроблений у Психоневрологічному інституті ім. В. М. Бехтерева (2002 р.) [6];

2. Методика оцінки мотивів вживання алкоголю, запропонована В. Ю. Зав'яловим [4];

3. Методика визначення рівня суб'єктивного контролю (РСК) [9];

4. Методика Кеттела для оцінки особистіс-

них особливостей [1];

5. Методика «Тип ставлення до хвороби» для дослідження типу реагування на захворювання [8];

. Для визначення рівня комплаєнсу застосовувалася розроблений нами опитувальник («Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 21140 від 06.07.2007 р., видане Державним департаментом інтелектуальної власності»), який являє собою набір питань з варіантами відповідей відповідно до різноманітних аспектів дотримання хворими терапевтичного режиму. Опитувальник дозволяє діагностувати рівні комплаєнсу: повний, частковий та низький.

Під комплаєнсом ми розуміли свідоме додержання хворим терапевтичного режиму та співробітництво зі спеціалістами. У рамках даного підходу були виділені такі основні визначення:

по-перше, комплаєнс розглядався як клініко-психологічний феномен, який формувався в процесі терапевтичних відносин та був результатом узгодженості поглядів пацієнта і лікаря на прояви захворювання, методи лікування та оцінку дій;

по-друге, терапевтичний режим передбачав відмову хворого від вживання алкоголю, дотримання ним схеми прийому лікарських препара-

тів, відвідування індивідуальних психокорекційних занять;

по-третє, комплаєнс називався повним, якщо хворі дотримувалися режиму тверезості, своєчасно приймали призначені лікарські засоби та співпрацювали зі спеціалістами (лікарем, психологом) протягом основного лікувального курсу та підтримуючої терапії. Частковим комплаєнсом вважалось виконання лікарських призначень із епізодичними порушеннями (змінною дозування та часу приймання), участь в психокорекційній програмі з пропуском декількох занять та збереженням або поодиноким порушенням режиму тверезості. Низьким рівнем комплаєнсу вважалися регулярні порушення режиму тверезості, відмова або мінімальна участь в психокорекційній роботі, частковий прийом лікарських препаратів.

Всього було обстежено 45 чоловіків з алкогольною залежністю. Діагностика психічних та поведінкових порушень, характерних для синдрому алкогольної залежності (F 10.2), проводилась відповідно до Міжнародної класифікації захворювань 10-го перегляду (МКБ-10).

Хворі були обстежені на початковому етапі лікування (на 7 – 10-й день перебування в наркологічному стаціонарі).

Результати дослідження та їх обговорення

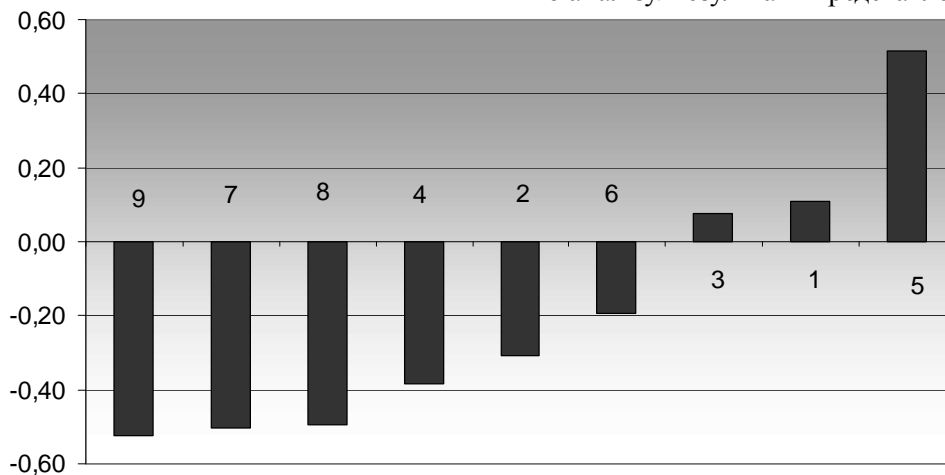
Серед усіх обстежених повний вид комплаєнсу діагностувався у 11 (24,44%) чоловік, частковий – у 24 (53,33%), низький – у 10 (22,22%).

Серед мотиваційних факторів, що впливали на формування комплаєнсу розглядалися мотивація вживання алкоголю та наявні терапевтичні настанови.

Виявилось, що для більшості хворих були характерні традиційні (соціально обумовлені -

12,08±0,26), гедоністичні (обумовлені бажанням отримати задоволення - 10,65±0,41) та атарактичні (пов'язані з бажанням нейтралізувати негативні переживання - 10,20±0,43) мотиви вживання алкоголю.

Було проведено дослідження зв'язку показника рівня комплаєнсу та показників мотивації вживання алкоголю за допомогою кореляційного аналізу. Результати представлені на рис. 1.



Примітка: Показники мотивації - 1 – традиційні; 2 – субмісивні; 3 – псевдокультуральні; 4 – гедоністичні; 5 – атарактичні; 6 – гіперактивні; 7 – «похмільні»; 8 – адиктивні.

Рис. 1. Результати кореляційного аналізу рівня комплаєнсу та мотивів вживання алкоголю

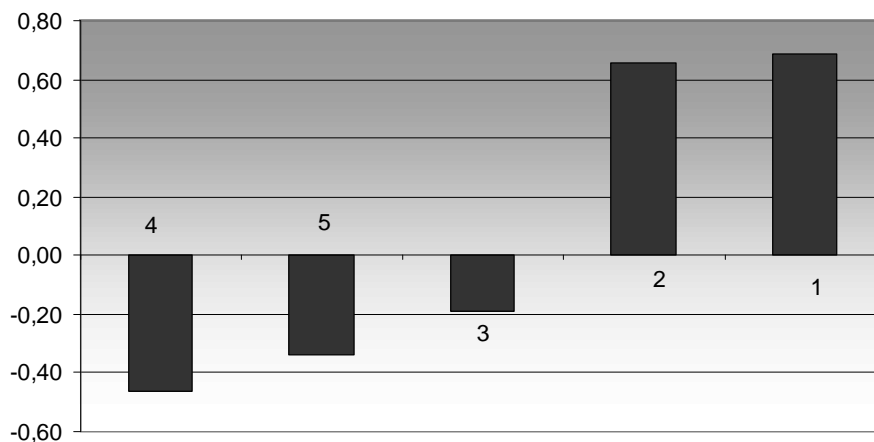
Так, достовірний позитивний кореляційний зв'язок був встановлений з показником, який відповідає атарактичним мотивам вживання алкоголю ($r_{x;y} = 0,51$). Дані мотиви, як відомо, пов'язані з бажанням нейтралізувати напругу, тривогу, страх за допомогою алкоголю. На нашу думку, високий рівень комплаєнсу пацієнтів з атарактичною мотивацією вживання алкоголю пояснювався наявністю у них позитивних очікувань відносно можливих ефектів лікування, а саме, очікування допомоги у вирішенні внутрішнього особистісного конфлікту, або в налагоджуванні взаємовідносин із близькими людьми.

Була виявлена негативна кореляція з показником, який відображає виразність власне патологічних мотивів (шкали 7, 8, 9 – $r_{x;y} = -0,50$; $r_{x;y} = -0,49$; $r_{x;y} = -0,52$ відповідно), які проявлялися на клінічному рівні у формі хворобливої тяги. До них належали: «похмільні» мотиви, які були виражені у прагненні за допомогою алкоголю зняти прояви синдрому відміни, психофізичний дискомфорт; адиктивні мотиви, які відображали «пристрасть» до алкоголю, фіксацію у свідомості хворобливого потягу до нього та мотиви самопошкодження. Ці мотиви вживан-

ня алкоголю відповідають хронізації хворобливих симптомів, що відобразалося у зміні усієї мотиваційної сфери особистості хворого. Відповідно до отриманих даних, встановлено, що чим більш вираженими були власне патологічні мотиви вживання алкоголю у осіб з алкогольною залежністю, тим частіше вони були схильні порушувати встановлений лікувальний режим.

Негативний кореляційний зв'язок з показником комплаєнсу мали також показники, які відображають гедоністичні (шкала 4; $r_{x;y} = -0,69$) та субмісивні мотиви вживання алкоголю (шкала 2; $r_{x;y} = -0,31$). Хворим з такими мотивами було властиво співвідносити поняття «випивка» з веселим проведенням часу, розвагою, приємним спілкуванням. Хворим важко було протистояти обставинам, які провокують вживання алкоголю, а лікувальні процедури та режим тверезості сприймався важким, небажаним обов'язком.

Дослідження терапевтичних настанов виявило, що найчастіше зустрічались настанови на досягнення симптоматичного покращення ($13,12 \pm 0,46$) та пасивну позицію ($12,03 \pm 0,65$) у лікуванні. Було встановлено також зв'язок показника рівня комплаєнсу з показниками, які відображають мотивацію до лікування (рис. 2).



Примітка: 1 – настанова на інсайт; 2 – настанова на зміну поведінки; 3 – настанова на досягнення симптоматичного покращення; 4 – настанова на «вторинну вигоду» від хвороби; 5 – пасивна позиція.

Рис. 2. Результати кореляційного аналізу рівня комплаєнсу та мотивів лікування.

Показник настанови на досягнення інсайту, тобто розуміння прихованих причин хвороби, хворобливих змін особистості та можливостей терапії (шкала 1; $r_{x;y} = 0,69$), а також показник настанови на зміну поведінки (шкала 2; $r_{x;y} = 0,66$) позитивно корелювали з показником сформованого комплаєнсу. Така мотивація була характерна для хворих, які усвідомлюють наявність хвороби, а також необхідність лікування та, у зв'язку з цим, критично розглядають свою «алкогольну» поведінку.

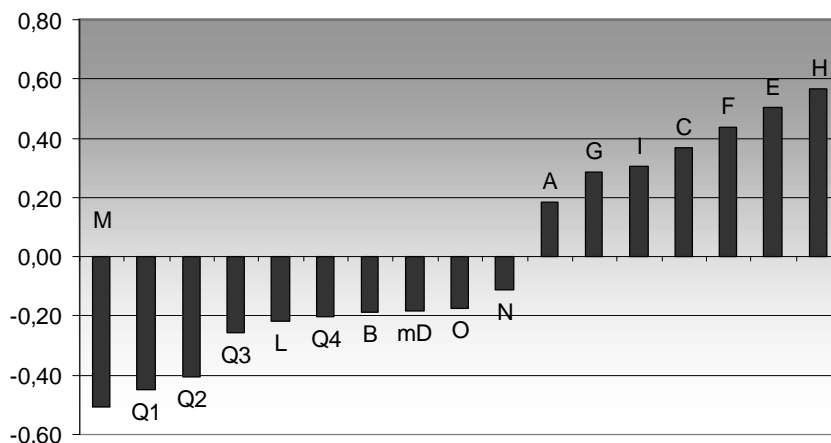
Негативна кореляція була встановлена з показниками, які відображають настанову на отримання «вторинного виграшу» від хвороби (шкала 4; $r_{x;y} = -0,46$) та настанову на пасивну позицію в лікуванні (шкала 5; $r_{x;y} = -0,34$). Вибір даних настанов був характерним для хворих, які очікують, що саме перебування у лікарні забезпечить їх потребу в безпеці, стане приводом для відкладання рішення важливих життєвих питань та уникнення відповідності за близьких. Пасивна настанова передбачала вимушене

звернення до лікаря під тиском рідних, обтяжливе перебування в стаціонарі та формальне, поверхневе ставлення до лікування, інколи, приховану опозицію до вимог лікувального режиму. Хворі часто пропускали візити до лікаря, ухилялися від участі в психокорекційній роботі.

Дослідження впливу особистісних особливостей на комплаєнс призводилось за допомогою методики Кеттела. З урахуванням максимальних та мінімальних оцінок, які були отримані по факторам опитувальника, для обстежених характерним був профіль, що умовно відбивався формулою FHO – Q2CB, тобто, домінуючими рисами хворих були імпульсивність, лабільність настрою, тривожність, вразливість, конформізм у поєднанні з конкретністю, ригідністю мислення.

Відносно показників цієї методики за допомогою кореляційного аналізу були отримані наступні результати (рис. 3): Фактори H (гх:у = 0,57) и E (гх:у = 0,50), F (гх:у = 0,44), які відображають ступінь соціальної активності, фактор C (гх:у = 0,37) – емоційну стійкість і фактор I (гх:у = 0,31) – здатність до емпатії отримали по-

зитивну кореляцію з рівнем комплаєнсу. Отримані дані підтвердили той факт, що впевнені, активні хворі мають достеменно більш високий рівень виконання лікарських рекомендацій, ніж не впевнені в своїх силах, тривожні пацієнти. Негативна кореляція була отримана з показником фактору M – «Практичність – розвинена уява» (гх:у = – 0,51). Так, хворі з низькими оцінками за даної шкалою, яким була властива практичність, уважність до дрібниць, орієнтація на загальноприйняті норми, мали повніший комплаєнс, ніж хворі з високими оцінками, які характеризувалися як люди з розвинутою уявою, орієнтовані на свій внутрішній світ, але при цьому непрактичні і, як наслідок, нездатні точно виконувати терапевтичні рекомендації. Також мали негативну кореляцію показники факторів Q1 – «консерватизм –радикалізм» (гх:у = – 0,45) та Q2 – «конформізм –нонконформізм» (гх:у = – 0,41). Ці дані, напевно, вказують на те, що конформізм та прихильність до загальноприйнятих норм поведінки є тими особистісними якостями, які полегшують прийняття пацієнтом рекомендацій лікаря та вироблення узгодженого плану дій.



Примітка: фактори H-„сміливість”, E-„домінантність”, F-„експресивність”, C-„емоційна стійкість”, M-„непрактичність”, Q1-„радикалізм, критичність”, Q2-„нонконформізм”.

Рис. 3. Результати кореляційного аналізу рівня комплаєнсу та особистісних факторів Кеттела.

Однією з важливіших клінічних та соціально-психологічних характеристик особистості є ступінь активності людини в досягненні своїх цілей, міра самостійності поведінки, рівень розвитку відповідальності за те, що з нею відбувається. Ця загальна характеристика впливає на більшість аспектів поведінки людини, та набуває особливого значення у діяльності, пов'язаній з лікуванням та одужанням. Рівень відповідальності хворих вивчався за допомогою методики РСК. У більшості обстежених (33 або 73%) хворих діагностувався екстернальний локус контролю, що відображало зниження

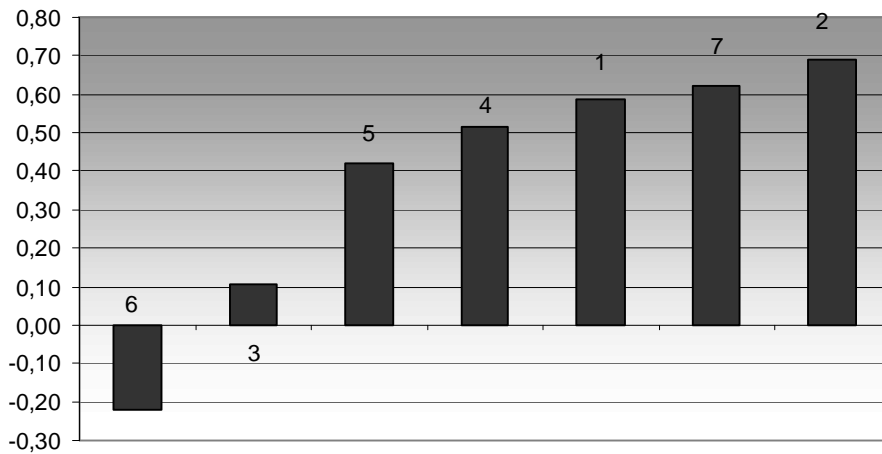
здібності до відповідальності та регулювання своєї поведінки.

Результати кореляційного аналізу показника рівня комплаєнсу та показників методики РСК представлені на рис. 4.

Так, достовірний позитивний кореляційний зв'язок був встановлений між показниками рівня комплаєнсу та показником загальної інтернальності (Ію; гх:у = 0,59). Високий показник за даною шкалою відповідає високому рівню суб'єктивного контролю на будь-якими значущими ситуаціями. Це означає, що пацієнти з високим рівнем суб'єктивного контролю почували себе

відповідальними за те, як складалося їх життя в цілому, а в процесі лікування при виконанні ліку-

вальних інструкцій здатні були проявляти необхідну обов'язковість та старанність.



Примітка: 1 – Іо, загальна інтернальність; 2 – Ід, в галузі досягнень; 3 – Ін, в галузі невдач; 4 – Іп, в галузі професійної діяльності; 5 – Ис, в галузі сімейних взаємовідносин; 6 – Им, в міжособистісних стосунках; 7 – Из, по відношенню до здоров'я та хвороби.

Рис. 4. Результати кореляційного аналізу рівня комплаєнсу та рівня суб'єктивного контролю.

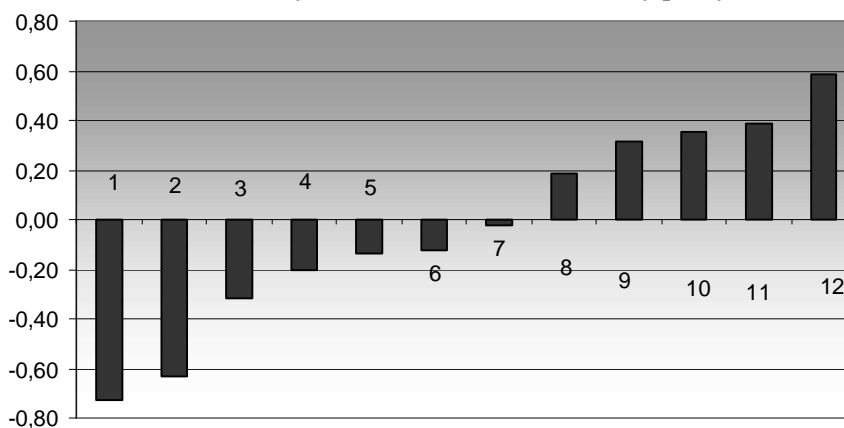
Позитивна кореляція була встановлена також з показниками наступних шкал:

- інтернальності в галузі досягнень (Ід; $r_{xy} = 0,69$), що відповідало високому рівню суб'єктивного контролю над емоційно позитивними подіями та ситуаціями. Така установка сприяла більш оптимістичному погляду на ефекти лікування та їх більшій впевненості у собі;
- інтернальності у виробничих стосунках (Іп; $r_{xy} = 0,52$), що означало більш активну позицію цих хворих стосовно організації власної професійної діяльності, в своєму просування по службі;
- інтернальності в сімейних стосунках (Іс;

$r_{xy} = 0,42$), що визначало відповідальність за події в сімейному житті;

- інтернальності по відношенні до здоров'я та хвороби (Из; $r_{xy} = 0,62$). Ці дані свідчили про взаємозв'язок фактору відповідальності хворих за своє здоров'я та свій спосіб життя – з одного боку, та дотриманням ними терапевтичного режиму – з іншого.

За результатами методики „Тип ставлення до хвороби” характерним для обстежених виявився дифузний тип ставлення до хвороби, який характеризувався домінуванням шкал сензитивного, неврастеничного, тривожного та ергопатичного типу реагування.



Примітка: 1 – апатичний, 2 – меланхолійний, 3 – анозогнозичний, 4 – неврастеничний, 5 – параноїальний, 6 – тривожний, 7 – дисфоричний, 8 – іпохондричний, 9 – егоцентричний, 10 – ергопатичний, 11 – гармонійний, 12 – сензитивний.

Рис.5. Результати кореляційного аналізу рівня комплаєнсу та типів відношення до хвороби.

На рис. 5 відображені дані кореляційного аналізу показника комплаєнсу з показниками шкал методики «Тип ставлення до хвороби». Був виявлений наступний кореляційний зв'язок: по-

зитивний з показниками сензитивного ($r_{xy} = 0,59$), гармонійного ($r_{xy} = 0,39$), ергопатичного ($r_{xy} = 0,35$) і егоцентричного ($r_{xy} = 0,32$) типів ставлення до хвороби; негативний – з апатич-

ним (гх:у = - 0,73), меланхолійним (гх:у = - 0,63) та анозогнозичним (гх:у = - 0,31) типами. Виходячи із отриманих даних, такі характеристики хворих як їх занепокоєння можливим несприятливим враженням, яке може справити на оточуючих звістка про захворювання; побоювання, що оточуючі стануть зневажливо ставитися до них; прагнення зберегти можливість активної трудової діяльності, а також здатність адекватно оцінювати свій стан, сприяли становленню більш повного комплаєнсу. Навпаки, слабке усвідомлення хвороби, байдужість до наслідків захворювання, знецінення ефектів лікування, незацікавленість в одужанні, песимістичний і разом з тим споживчий погляд, розповсюджений на все навколо, ускладнювали формування позитивних терапевтичних установок і, як наслідок, забезпечували низький рівень комплаєнсу.

Висновки:

1. Формування рівня комплаєнсу хворих з алкогольною залежністю детермінується складним сполученням психологічних факторів, серед яких основними є мотиви вживання алкоголю, наявні настанови до лікування, тип ставлення до хвороби, рівень суб'єктивного контролю,

а також деякі індивідуально - типологічні особливості.

2. До факторів, що сприяють підвищенню рівня комплаєнсу відносяться атарактичні мотиви вживання алкоголю, терапевтичні настанови на інсайт та зміну поведінки, інтернальність у галузі досягнень та по відношенню до здоров'я, сензитивно-ергопатичний тип ставлення до хвороби і такі особливості характеру як товариськість, практичність й конформізм. Фактори, що знижують рівень комплаєнсу, пов'язані з гедоністичними та власне патологічними мотивами вживання алкоголю, настановами на пасивну позицію та отримання „вторинного виграшу” від знаходження на лікуванні, апатичним або меланхолійним ставленням до захворювання й такими особистісними характеристиками як критичне ставлення до оточуючих та нонконформізм.

3. Врахування даних результатів може служити основою для створення спеціальних психокорекційних програм, спрямованих на підвищення мотивації до лікування, оптимізацію терапевтичного співробітництва та збереження ремісії хворих з алкогольною залежністю.

Л.Ф. Шестопалова, Н.Н. Лесная

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЛАЙЕНСА БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

В статье рассмотрены психологические факторы, детерминирующие формирование комплаенса больных с алкогольной зависимостью, среди них: мотивация к лечению, уровень субъективного контроля, тип отношения к болезни, индивидуально – типологические особенности. Выделены три вида комплаенса – полный, частичный и низкий. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2008. — № 3 (20). — С. 61-67).

L.F. Shestopalova, N.N. Lesnaya

PSYCHOLOGICAL FACTORS OF COMPLIANCE IN ALCOHOL DEPENDENT PERSONS

Institute of neurology, psychiatry and narcology AMS Ukraine

In the presented article the psychological factors of compliance in alcohol dependent persons are described. Motivation to the treatment, the patients's different subjective control, type of attitude to the disease, the patients's personality characteristics are determined. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 3 (20). — P.61-67).

Література

1. Батаршев А. В. Психодиагностика пограничных расстройств личности и поведения. – М.:Изд-во Института Психотерапии, 2004. – 320 с.
2. Валентик Ю. В. Мишени психотерапии в наркологии // Лекции по наркологии. – М., 1999. – С.140 – 176.
3. Ерышев О. Ф., Рыбакова Т. Г. Динамика ремиссий при алкоголизме и противорецидивное лечение. Т. 136. Спб., изд. Психоневролог. ин-та им. В. М. Бехтерева, 1996, 190с.
4. Завьялов В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. – Новосибирск: Наука, 1988. – 198с.
5. Кабанов М. М. Охрана психического здоровья и проблемы стигматизации и комплаенса. Ж-л «Социальная и клиническая психиатрия», 1998, Т. 8, № 2. с. 58 – 62.

6. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. – Л.: Медицина, 1982. – 272 с. Когнитивная психотерапия расстройств личности / Под ред. А. Бека и А. Фримена. – Спб: Питер.– 2002. – 544 с.
7. Материалы ООН. Инвестиции в лечение наркомании – документ для обсуждения на уровне лиц, ответственных за разработку политики. А. Т. Маклееллан. // Ж. Наркология, М., 2005, № 4.- С.18 – 62.
8. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни. Методические рекомендации. Ленинград, 1987. – 26 с.
9. Методика определения уровня субъективного контроля (УСК). Методические рекомендации. Ленинград, 1984. – 22 с.

10. Corrigan, P. W., Liberman, R.P., Engel, J.D. (1990). From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry* 41, 1203 – 1211.

11. Diamond, R.J. (1983). Enhancing medication use in

schizophrenic patients. *Journal of Clinical Psychiatry* 44, 7 – 14.

12. Kemp R, David A. Compliance Therapy: An Intervention Targeting Insight and Treatment Adherence in Psychotic Patients.// *B. M. J.* – 1996, – Vol.312 – P345-349.

Поступила в редакцию 18.10.2008