

На правах рукописи

ШЛАФЕР

Александр Михайлович

**МЕТОД КОМПЛАЕНС-ТЕРАПИИ В СИСТЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Специальности: 14.01.06 — «Психиатрия»

19.00.04 — «Медицинская психология»

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург

2012

Работа выполнена в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева

Научные руководители: доктор медицинских наук

Бутома Борис Георгиевич,

доктор медицинских наук

Бабин Сергей Михайлович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, руководитель отделения детской психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева

Макаров Игорь Владимирович,

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры клинической психологии Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена

Кулаков Сергей Александрович

Ведущая организация: Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Защита состоится 29 марта 2012 года в 10 часов 30 минут на заседании Совета (Д 208.093.01) по защите докторских и кандидатских диссертаций при Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева по адресу: 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Института им. В.М. Бехтерева

Автореферат разослан 28 февраля 2012 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук, профессор

Чехлатый Евгений Иванович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. По данным литературы, частота случаев несоблюдения больными схемы приема антипсихотических препаратов колеблется в пределах 11 – 80% (Lacro J. et al., 2002). Весьма значимым фактором является наличие у пациентов доверительных отношений, а также взаимопонимания и должного контакта с лечащим врачом, заинтересованного участия в процессе терапии, позволяющих минимизировать нарушения ими предписанных медицинских рекомендаций. Эти обстоятельства делают необходимым создание так называемого терапевтического альянса, поддержание которого является важным показателем врачебного профессионализма и залогом успешной терапии (Незнанов Н.Г., Вид В.Д., 2004; Кулаков С.А., 2004; Лутова Н.В. и др., 2007).

R. Kemp с соавт. (2000) разработали метод комплаенс-терапии для лечения больных с острыми смешанными психотическими состояниями, направленный на улучшение выполнения пациентами врачебных рекомендаций, касающихся психофармакотерапии. Преимущества комплаенс-терапии состоят в том, что для ее осуществления требуется 6 – 12 психотерапевтических сессий, это практичное и легко реализуемое вмешательство в реальных клинических условиях (Рычкова О.В., 2007; Бабин С.М. и др., 2011). Акцент на сотрудничестве в рамках терапевтического взаимодействия хорошо согласуется с растущей заинтересованностью медицинских работников в соблюдении прав пациентов и, одновременно, с пониманием необходимости повышения полномочий пользователей психиатрической помощи (Коцюбинский А.П. и др., 1999; Круглов Л.С., 2006). Метод комплаенс-терапии мало известен отечественным специалистам, хотя в рандомизированных контролируемых исследованиях получены данные о его эффективности (Maj M., Sartorius N., 2005).

Эти обстоятельства послужили основанием для выполнения данной работы и обуславливают ее актуальность.

Цель исследования: адаптировать и научно обосновать применение метода комплаенс-терапии в лечении больных шизофренией на этапе формирования ремиссии, а также изучить его эффективность.

Для достижения поставленной цели необходимо было решить следующие **задачи:**

1. Определить механизмы лечебного действия, разработать тактику применения метода комплаенс-терапии у больных шизофренией на этапе формирования ремиссии.
2. Разработать содержание психотерапевтических мероприятий, определяющих метод комплаенс-терапии, с учетом клинико-психологических характеристик больных шизофренией и специфики психотерапии пациентов с эндогенными заболеваниями в условиях психиатрических стационаров.
3. Исследовать эффективность комплаенс-терапии в системе лечения больных шизофренией в стационарных условиях на этапе формирования ремиссии.

4. Изучить связь комплаенс-терапии, проводимой больным шизофренией на этапе формирования ремиссии, с характером отношения пациентов к соблюдению режима терапии (комплаенсом).

Научная новизна. Данные проведенного исследования впервые позволили определить и обосновать основное направление механизма лечебных воздействий метода комплаенс-терапии применительно к больным шизофренией, что обеспечило сокращение сроков их пребывания в стационаре, уменьшение частоты повторных госпитализаций, а также повысило качество жизни пациентов. Разработаны задачи комплаенс-терапии, определены организационные условия и конкретное содержание проводимых психотерапевтических мероприятий. Полученные результаты способствуют повышению эффективности и экономичности оказания психиатрической помощи больным с хроническими психическими заболеваниями в условиях специализированных лечебных учреждений Российской Федерации.

Впервые обоснована и оценена эффективность использования краткосрочного метода комплаенс-терапии у больных шизофренией в стационарных условиях на этапе формирования ремиссии, а также проведен анализ и оценка его влияния на процесс комплаенса и оптимизацию лечения.

Теоретическая и практическая значимость работы. Адаптирован новый метод психотерапии (комплаенс-терапии) для лечения больных шизофренией на этапе формирования ремиссии. Автором обоснованы цели и задачи, изучены механизмы лечебного действия, разработан и детально описан алгоритм метода комплаенс-терапии у больных, страдающих шизофренией. Особенности метода являются его краткосрочный характер, практическая направленность и расширение целей, от направленных только на следование схеме приема психофармакотерапии к более широкому соблюдению всех врачебных рекомендаций.

В работе наглядно продемонстрирована эффективность метода комплаенс-терапии, основной терапевтической целью которого является формирование комплаенса у больных шизофренией. Полученные результаты позволяют определить важные, терапевтически значимые характеристики пациентов, направленное воздействие на которые может быть одной из главных общих целей врача в лечении конкретной группы больных.

Разработанный метод комплаенс-терапии является хорошо структурированной системой психотерапевтических мероприятий, он может использоваться в обучающих программах при переподготовке и повышении квалификации врачей-психиатров и психотерапевтов и медицинских психологов.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Метод комплаенс-терапии представляет собой психотерапевтический комплекс, интегрирующий положения, принципы и техники когнитивно-поведенческого

направления психотерапии и мотивационного интервьюирования. Основной его целью является улучшение соблюдения терапевтических рекомендаций больными шизофренией, что уменьшает сроки стационарного этапа их терапии и препятствует формированию явлений госпитализма.

2. Метод комплаенс-терапии является новым экономичным и при этом эффективным способом психотерапевтического воздействия, который, после соответствующей подготовки, могут использовать специалисты в области охраны психического здоровья при работе с больными шизофренией на этапе формирования у них ремиссии.

3. Комплаенс-терапия в качестве краткосрочного психотерапевтического вмешательства приводит к положительным изменениям, включающим улучшение отношения пациентов к фармакотерапии, к врачу, ближайшему окружению, а также повышает удовлетворенность проводимым лечением и уровень осознания имеющихся проблем.

4. Предлагаемый метод комплаенс-терапии направлен на коррекцию дезадаптивного поведения, снижение самостигматизации и негативного отношения к терапевтическому альянсу, которые оказывают выраженное влияние на соблюдение больными врачебных рекомендаций.

Апробация работы. Основные положения диссертации докладывались на IV Международной (XIII Всероссийской) Пироговской студенческой научной медицинской конференции (2009); на 16th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry and the XXIX. International Symposium of the German Academy of Psychoanalysis. March 21st – 25th 2011, Psychiatric Hospital of the Ludwig-Maximilians-University Munich — Munich (2011); на межрегиональной научно-практической конференции «Реабилитация в психиатрии: проблемы и перспективы», Оренбург, 9 – 10 июня 2011 г.

Публикации. По материалам диссертации опубликованы 10 научных работ, в том числе 3 в изданиях, входящих в перечень ВАК для опубликования материалов кандидатских диссертаций.

Структура и объем диссертации. Объем диссертации 230 страниц текста компьютерного набора. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов и списка использованной литературы. Указатель литературы включает 364 источника, из них 185 на русском и 179 на иностранных языках. Работа иллюстрирована 24 таблицами и 5 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Общая характеристика пациентов

Исследование больных проводилось в Оренбургской областной клинической психиатрической больнице №2. Диагностический процесс соответствовал критериям

Международной классификации болезней (10-й пересмотр), глава V — психические и поведенческие расстройства.

Было обследовано 90 больных с диагнозами, верифицированными по МКБ-10, относящимися к рубрике F2. Для включения в исследование пациенты должны были соответствовать следующим критериям:

- 1) выявленной клинической картины, наблюдаемой в остром периоде заболевания, рубрике F2 МКБ-10;
- 2) наличие у больных в момент обследования основных психопатологических характеристик этапа формирования ремиссии;
- 3) возраст от 18 до 60 лет;
- 4) уровень образования — от среднего до высшего.

Следует подчеркнуть, что пациенты, включенные в исследование, находились на этапе стационарного лечения, что подразумевает относительно выраженный уровень психопатологических расстройств.

Рабочая группа по разработке критериев и обоснованию консенсуса ремиссий при шизофрении (Andreassen N.C. et al., 2005) определяет ремиссию как состояние, в котором у пациентов отмечается улучшение основных симптомов до такой степени, что любые остаточные симптомы заболевания имеют такую слабую выраженность, что не оказывают значимого влияния на поведение пациента, при этом выраженность этих симптомов ниже того порога, который необходим для постановки начального диагноза шизофрении. Как и российские авторы (Гречко Т.Ю., Гречко Ю.Н., 2008), представители рабочей группы считают, что для полной оценки состояния больных необходимо учитывать не только клинические проявления, но и аспекты социального и трудового функционирования больных. В нашем исследовании можно говорить лишь о начальном периоде формирования ремиссии — о формировании медикаментозной (терапевтической) ремиссии (Мосолов С.Н., 2002).

Критериями исключения пациентов из исследования служили:

- 1) выраженная психопатологическая симптоматика в момент обследования, препятствующая психотерапевтическим интервенциям;
- 2) глубокий дефект;
- 3) сопутствующие органические заболевания ЦНС;
- 4) тяжелая соматическая патология в фазе декомпенсации.

Рандомизация пациентов проводилась методом случайной выборки без учета характеристик больных; при этих условиях из списка случайной последовательности больных выбирались нечетные номера. Все больные дали информированное согласие на участие в исследовании.

Исследуемую группу составили больные параноидной формой шизофрении F20.0 — 79 человек (88 %) и простой формой шизофрении F20.6 — 11 человек (12 %). Выра-

женность психопатологической симптоматики в процессе проводимой терапии у этих пациентов за время их лечения в стационарном отделении больницы в значительной степени редуцировалась, что позволило расценивать клинический статус пациентов в рамках формирующейся ремиссии и включить их в исследуемую группу больных, среди которых было 43 мужчины (47,8 %) и 47 женщин (52,2 %), в возрасте от 22 до 56 лет, средний возраст составил 38 лет.

Большая часть больных, включенных в исследование, находилась в наиболее трудоспособном возрасте, что требовало мероприятий, способствующих их трудовой и профессиональной реабилитации. Все пациенты были дееспособны.

Оценка актуальной симптоматики у больных проводилась дважды: на момент поступления в психиатрический стационар и непосредственно перед началом проведения комплаенс-терапии. Актуальная психопатологическая симптоматика определялась клиническим методом и с дополнительным использованием ряда психопатологических шкал. В процессе клинического интервьюирования определялись ведущие на данный момент синдромы, степень выраженности психопатологических расстройств, нозологическая принадлежность заболевания, начало этапа формирования ремиссии. Частота встречаемости психопатологических синдромов у больных шизофренией, участвовавших в исследовании, приведена в табл. 1.

Продолжительность заболевания у большей части больных (62 человека или 70%) составила менее десяти лет. Только у 30 % больных (28 человек) длительность заболевания была более 10 лет, при этом 15 % (14 человек) болели свыше 16 лет. В исследуемой выборке преобладали пациенты с подострыми психотическими расстройствами без выраженных негативных расстройств и конечных дефектных состояний.

Таблица 1

Частота встречаемости психопатологических синдромов у больных шизофренией, включенных в исследование

Психопатологические синдромы	Исследуемая группа	
	Число больных	%
Неврозоподобный	5	6
Психопатоподобный	3	3
Астено-депрессивный	2	2
Апато-депрессивный	6	7
Тревожно-депрессивный	15	17
Депрессивно-параноидный	16	18
Паранойяльный	2	2
Галлюцинаторно-параноидный	38	42
Ипохондрический (параноидный)	3	3
Всего	90	100

До включения в исследование больным проводился традиционный курс стационарного лечения, который включал в себя нейролептики и антидепрессанты. Корректоры, транквилизаторы и нормотимики назначались по показаниям. Средняя длительность лечения больных до проведения комплаенс-терапии составляла $36,6 \pm 5,3$ дня. На момент исследования больные получали средние (среднесуточные) дозы препаратов, которые были меньшими, чем назначаемые им в активной фазе заболевания и которые, по мере улучшения психического состояния и приближения к моменту выписки из стационара, приближались к поддерживающим.

Методы исследования

Применялись клинико-психопатологический, экспериментально-психологический и статистический методы.

Экспериментально-психологическое исследование проводилось дважды — на диагностическом этапе при включении больных в группу для проведения комплаенс-терапии (до начала интегрированного лечения) и после проведения комплаенс-терапии (после проведения интегрированного лечения). Из экспериментально-психологических методов были использованы: 1) Шкала медикаментозного комплаенса, разработанная в Институте им. В.М. Бехтерева Н.Б. Лутовой, В.Д. Видом с соавт. (2007); 2) Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90- Revised — SCL-90-R), созданный L.R. Derogatis и соавт. (1974) и адаптированный Н.В. Тарабриной (2001); 3) Опросник субъективной удовлетворенности лечением в психиатрическом стационаре, разработанный Н.Б. Лутовой, В.Д. Видом с соавт. (2007); 4) Методика для исследования стадий психотерапевтических изменений URICA, созданная McConaughy E.A. et al. (1983), 5) Опросник «Самостигматизация», разработанный в Научном центре психического здоровья РАМН И.И. Михайловой (2004); 6) Методика «Копинг-тест» (Lazarus R., Folkman S., 1984).

Все полученные в работе результаты были обработаны различными статистическими методами по компьютерной программе SPSS 19.0. В частности, использовались: первичные описательные статистики — меры центральной тенденции (среднее (M) и медиана (Md)), меры изменчивости (стандартное отклонение (σ), дисперсия (D), асимметрия (As) и эксцесс (Ex)); проверка нормальности распределения проводилась с помощью критериев асимметрии и эксцесса, а также критерия нормальности Колмогорова-Смирнова; сравнение средних при соответствии нормальному распределению осуществлялось по критерию t-Стюдента для зависимых (связных) выборок, при несоответствии — по критерию T-Вилкоксона. Статистически значимыми принимались результаты при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основной *целью метода комплаенс-терапии* является улучшение соблюдения лечебных рекомендаций у больных шизофренией на этапе формирования ремиссии, что обеспечивает сокращение сроков пребывания в стационаре, уменьшение частоты повторных госпитализаций, повышение качества жизни пациентов указанной нозологической группы.

Как показало исследование, для достижения такой цели необходимым условием является решение следующих *задач*:

1. Развитие устойчивого терапевтического альянса между специалистом в области охраны психического здоровья и больным с хроническим эндогенным психическим расстройством.

2. Формирование у пациента понимания существующих взаимосвязей между обострением хронического психического заболевания, отказом от рекомендуемой психофармакотерапии и различными неблагоприятными психосоциальными факторами.

3. Повышение у пациента критического отношения к заболеванию, к проводимой психофармакотерапии, психотерапии и психосоциальной терапии; в клинко-психологическом плане — улучшение саморегуляции, самосознания и самооценки, как показателей повышения сохранности личностно-мотивационной сферы больных шизофренией на этапе формирования ремиссии.

4. Обеспечение регулярного приема психотропных лекарственных средств больными шизофренией на этапе формирования ремиссии на стационарном и амбулаторном этапах терапии.

5. Повышения уровня самоконтроля, самостоятельности и ответственности пациента в отношении к своему здоровью путем формирования активной позиции в проводимых лечебно-профилактических мероприятиях.

При этом для постановки и решения таких задач необходим учет *механизмов лечебного действия комплаенс-терапии* у больных шизофренией на этапе формирования ремиссии. Следует подчеркнуть, что разные ученые выделяют при комплаенс-терапии неодинаковое число общих психотерапевтических факторов/механизмов. Так, К. Grawe (1997) различает «компетентность в совладании/преодолении» («*mastery/coping*»), «прояснение и коррекцию значений» («*clarification of meaning*»), «актуализацию проблемы» и «активацию ресурсов».

Проведенное исследование позволило подтвердить, что механизм «компетентность в совладании/преодолении» при комплаенс-терапии проявляется в постепенном формировании у пациента навыков усвоения оценки и контроля своего психического состояния, в том числе продромальных проявлений, что способствует раннему и своевременному вмешательству, а в конечном счете, приводит к более активной, самостоятельной и ответственной позиции в отношении терапии.

Механизм «прояснение и коррекция значений» в комплаенс-терапии заключается в изменении отношении к «завершающей» стадии готовности к изменениям. Рассматривая рецидив симптоматики (в конкретном случае это нарушение комплаентности), как очередной этап в процессе изменений, принципиальным образом меняется традиционный подход к терапии и взаимодействию с пациентом. Рецидив часто приводит к деморализации, обострению чувства вины, и поддерживает самостигматизацию у душевнобольных. Избегая обвинения больного и используя различные когнитивные техники, например, декатастрофизацию и проблемный анализ, удается изменить отношение пациента к срыву, что помогает ему лучше понять происходящее, восстанавливает ощущение контроля над собственной жизнью и усиливает ответственность за свое поведение; это, в конечном счете, улучшает терапевтический альянс и способствует повышению комплаентности.

Механизм «актуализация проблемы» в комплаенс-терапии связан с актуализацией проблемных паттернов эмоций и поведения, таких как амбивалентное отношение к лечению, опасения, связанные с приемом психотропных препаратов, стигматизация и самостигматизация и др. Непосредственно в ходе терапии эти проблемные элементы последовательно прорабатываются с использованием различных техник из арсенала мотивационного интервьюирования и когнитивно-поведенческой психотерапии (нормализация, декатастрофизация положения, рефрейминг отношения к терапии, техники работы с амбивалентностью и др.).

Механизм «активизации ресурсов» при проведении комплаенс-терапии у больных шизофренией на этапе формирования ремиссии является одним из центральных. Традиционное отношение к пациенту, как к носителю тяжелого хронического психического заболевания, неспособного самостоятельно справиться с имеющимися проблемами и нуждающегося в постоянном внешнем жестком контроле и руководстве, приводит к формированию пассивной концепции болезни и терапии, и лишь способствует закреплению «выученной беспомощности». Обращение к сохранным ресурсам пациента, таким как мотивация на повышение качества жизни, расширение самостоятельности в принятии решений, касающихся, в том числе и управления схемой лечения и наделение ответственностью за собственное здоровье, позволяет мобилизовать имеющиеся ресурсы, и, главное, не только закрепить полученный терапевтический эффект, но и сформировать устойчивую позитивную модель поведения на будущее.

Проведенное исследование позволило выработать определенный алгоритм включения в комплекс лечебно-восстановительных мероприятий комплаенс-терапии, который имеет следующие особенности.

Первая особенность предлагаемого метода заключается в том, комплаенс-терапия осуществлялась у пациентов, находящихся на стационарном лечении, после выхода их из острого психотического состояния и появления характеристик, свидетельствующих об этапе формирующейся неустойчивой ремиссии. В то же время обычно эта форма психоте-

рапия используется у хронически психически больных с терапевтически резистентной, относительно стабильной симптоматикой (McMullin R.E., 2001; Maj M., Sartorius N., 2005), а R. Kemp с соавт. (2000) пишут о применении вмешательства у больных с острыми смешанными психотическими состояниями. Мы в нашей работе использовали комплаенс-терапию у пациентов, находящихся на стационарном лечении, при выходе из острого психотического состояния в условиях формирующейся неустойчивой ремиссии.

Вторая особенность метода состоит в следующем. Традиционная когнитивно-поведенческая психотерапия выделяет четкие симптомы-мишени, на которых и сосредотачивается терапевтическая активность, например вербальные галлюцинации или определенные бредовые идеи (Read J. et al., 2008; Chadwick P. et al., 2002). При проведении комплаенс-терапии фокусом является не симптом-мишень, а повышение критического отношения к заболеванию в целом и улучшение качества соблюдения лечебных рекомендаций пациентом. Исключением являются те случаи, когда конкретная симптоматика оказывает непосредственное неблагоприятное влияние на следование врачебным предписаниям, например, если негативное отношение к использованию медикаментов обусловлено бредовой системой больного.

Третья особенность состоит в том, что были расширены первоначальные цели комплаенс-терапии от исключительно направленных на следование схеме приема психофармакологической терапии, к более широкому соблюдению всех врачебных рекомендаций, в том числе касающихся психосоциальной сферы.

Процедура комплаенс-терапии в разработанной модификации включала в себя индивидуальную предварительную беседу с пациентом, 6 – 8 сессий собственно комплаенс-терапии (интегрированное использование мотивационного интервью и когнитивно-поведенческой терапии), проводившихся одним врачом преимущественно в индивидуальной форме. В незначительном числе случаев начиная примерно с 3 – 4 сессии, беседы осуществлялись также в малых группах с участием 2 – 3 пациентов. Частота сессий составляла 1 – 2 раза в неделю, а их длительность 45 – 60 минут. Время проведения сессий было строго регламентировано. Таким образом, данная форма психотерапии была краткосрочной. На этапе подготовки пациентам объяснялся смысл и необходимость проведения занятий, они мотивировались на добровольное участие в терапии. Следует отметить, что хотя R. Kemp с соавт. (2000) рекомендуют в последующем, после окончания 6 сеансов комплаенс-терапии, а именно — через 3, 6 и 12 месяцев проводить дополнительные индивидуальные активизирующие сеансы психотерапии, в конкретных условиях выполнения данной работы психотерапия заканчивалась на стационарном этапе, при этом пациенты мотивировались на продолжение посещения психотерапевта после выписки из отделения.

Мотивационное интервьюирование является методологической основой комплаенс-терапии у больных шизофренией на этапе формирования ремиссии. Оно представляет собой одновременно и набор техник, и философию, или стиль, включающий некие важные

элементы, которые имеют большее значение, чем какая-либо техника сама по себе. Основными приемами мотивационного интервьюирования являются: open questions — открытые вопросы; affirmation — поощрение и поддержка; reflective listening — активное слушание; summarizing — обобщение / резюмирование. Эти техники ранее использовались преимущественно в терапии зависимостей. В ходе исследования были разработаны, описаны и адаптированы данные техники применительно к психиатрической клинике.

В русскоязычной литературе приводятся примеры собственно мотивационного интервьюирования применительно к пациентам, злоупотребляющим психоактивными веществами. Учитывая отсутствие развернутых описаний процедуры мотивационного интервьюирования у душевнобольных, нами модифицирована схема S. Rollnick и A. Bell (Sommers-Flanagan J., Sommers-Flanagan R., 2006) с целью использования в процессе комплаенс-терапии у пациентов с шизофренией. Преимуществом данной схемы является краткосрочная модель предлагаемого терапевтического вмешательства и ориентация на сотрудников, не являющихся специалистами именно в использовании методики мотивационного интервьюирования. Соответственно эта процедура легче воспринимается основной массой отечественных врачей-психиатров и не требует много времени для ее осуществления.

Как уже отмечалось, первоначально вмешательство разрабатывалось для пациентов с зависимостями. При этих нарушениях задача мотивированного изменения поведения («бросить») выходит на первый план. При проведении комплаенс-терапии у больных шизофренией решались прямо противоположенные задачи — необходимость сформировать установку на сознательное продолжение медикаментозной терапии («продолжать»). Это диктовало определенные изменения в технике проведения психотерапии. В связи с этим необходимо было исследовать амбивалентное отношение пациента к лечению, постепенно усиливая его мотивацию на продолжение приема препаратов путем сознательного выбора стратегии поддержания комплаентности. Соответственно, внимание больного фиксировалось именно на положительных, приятных последствиях медикаментозной терапии, в связи с чем первоначально при назначении терапии рекомендовалось остановиться на негативных аспектах отказа от лечения, а затем ему предлагалось подробно проанализировать возможные выгоды от сотрудничества с врачом.

D.G. Kingdon и D. Turkington (1991) сообщили об успешном использовании таких методов когнитивно-бихевиоральной психотерапии как нормализующее логическое объяснение, корректирование когнитивных нарушений, переименование симптомов, управление тревогой и расширение набора навыков преодоления трудностей, которые применялись нами при проведении комплаенс-терапии.

Проведенное исследование позволило констатировать, что имеющиеся у больных шизофренией нарушения функций памяти и внимания, препятствующие эффективному проведению мотивационных интервенций, делали необходимым проведение интервью в

медленном темпе, причем врач был вынужден постоянно контролировать степень вовлеченности собеседника в процесс взаимодействия, в некоторых случаях — увеличивая число занятий, составляющих курс, и дополнять собственно мотивационное интервьюирование тренингом когнитивных навыков.

На фоне ангедонии, характерной для значительной части больных особенно возрастала роль и значение такого принципа мотивационного интервьюирования, как поддержка и развитие самостоятельности пациента в принятии и реализации решений, а также всех технических приемов, направленных на его реализацию. На всем протяжении работы необходимо было уделять повышенное внимание росту и укреплению Я-эффективности пациента, что в конечном счете способствовало формированию устойчивой внутренней мотивации к изменениям.

Имеющаяся у больных шизофренией ограниченность когнитивных и мотивационных ресурсов обуславливала целесообразность продвижения к цели терапии «небольшими шагами», избегая, с одной стороны, как чрезмерной или преждевременной активизации пациента, так и возможно оскорбительной для него недооценки способностей, в итоге лишь закрепляющей инфантилизацию и регрессию. Следует особо подчеркнуть необходимость формирования у пациента трезвого, но, в то же время, позитивного и оптимистичного взгляда на его возможности добиться улучшения (самостоятельно или с помощью врача).

В алгоритме предлагаемого варианта использования метода комплаенс-терапии можно условно выделить три стадии. На первой стадии («Выяснение отношения пациента к лечению») определяется субъективная концепция заболевания с точки зрения пациента, а также ее влияние на отказ или согласие использовать психотропные препараты.

На второй стадии («Исследование амбивалентного отношения пациента к лечению») акцентируется внимание и усиливается более адаптивная часть убеждений больного, в результате обобщения и подведения итогов намечаются приемлемые для него альтернативные варианты поведения, включающие следование рекомендациям врача.

На третьей стадии комплаенс-терапии («Проведение лечения») непосредственно преодолеваются и модифицируются иррациональные и дезадаптивные убеждения пациента, связанные с нежеланием использовать лекарственные препараты и следовать иным врачебным рекомендациям.

Необходимо отдельно остановиться на такой важной составной части предлагаемого нами модифицированного варианта комплаенс-терапии, как следование врачебным рекомендациям, касающимся не только медикаментозной терапии, но затрагивающим гораздо более широкий круг психотерапевтических и психосоциальных мероприятий. Естественной предпосылкой для этого является комплексный характер современной терапии психических расстройств, базирующийся на биопсихосоциальной концепции. Проводя комплаенс-терапию с пациентами психиатрического стационара, мы неизбежно сталкива-

лись с необходимостью в процессе обсуждения затрагивать вопросы посещения индивидуальной и различных форм групповой психотерапии, участия в психосоциальных мероприятиях в отделении и т.п. При этом, как показал опыт практического использования модифицированного метода комплаенс-терапии, надо придерживаться следующих правил.

На первой и частично второй стадии комплаенс-терапии проблему психосоциальной терапии следует затрагивать минимально и очень осторожно, так как существует опасность противопоставления пациентом биологического и психологического лечения. Однако уже при обсуждении приемлемых для больного альтернативных вариантов поведения, включающих прием препаратов, оказывалось возможным постепенное расширение ее тематики за счет вопросов, касающихся, например, психообразования и психотерапии. Если в процессе комплаенс-терапии происходила модификация дезадаптивных установок больного, то, соответственно, вполне логичным было использование в процессе беседы рекомендаций больному о целесообразности его участия в психотерапии, проводимой как во время нахождения в стационаре, так и после выписки. Такого рода работа значительно облегчается при наличии слаженной полипрофессиональной бригады, придерживающейся единой концепции терапии.

На последних сессиях комплаенс-терапии с пациентом обсуждалась необходимость проведения, при наличии такой возможности, повторных встреч спустя 1 – 1,5 месяца после выписки из стационара, что позволяло закрепить эффект проводимой терапии, обеспечить преемственность с амбулаторным этапом лечения и продолжить специфическое мотивационное вмешательство в новых условиях.

Таким образом, при проведении комплаенс-терапии необходимо учитывать, что основные принципы, элементы, а, главное, стиль мотивационного интервьюирования является важной составной частью комплаенс-терапии как варианта когнитивно-поведенческой психотерапии.

Результаты исследования эффективности комплаенс-терапии у больных шизофренией на этапе формирования ремиссии и ее влияния на комплаенс

Статистически значимая динамика показателей у больных шизофренией до и после комплаенс-терапии отмечена по следующим субшкалам «Шкалы медикаментозного комплаенса» (табл. 2).

В процессе комплаенс-терапии наиболее существенно повысились показатели субшкалы «Факторы, связанные с пациентом» ($T = -7,84$; $p = 0,001$). Лечащие врачи, оценивавшие состояние пациентов после курса проведенной комплаенс-терапии, отмечали снижение у больных уровня продуктивной и негативной психопатологической симптоматики. У них уменьшились ипохондрические переживания, тревожные опасения относительно своего настоящего состояния и перспектив на будущее, признаки напряженности и повышенной двигательной активности в моторике. Редуцировались и другие симптомы нарушения эмоционально-аффективной сферы: депрессивные тенденции, аффективная упло-

ценность, ригидность эмоционального реагирования. Также улучшились показатели протекания мыслительной деятельности: снизилась степень спутанности и/или разорванности мыслительного процесса, причудливости, вычурности содержания мышления. После прохождения курса комплаенс-терапии нивелировались проявления бредовых и галлюцинационных переживаний (интенсивность, частота, острота, аффективная насыщенность, проявления в поведении).

Таблица 2

Сравнение значений «Шкалы медикаментозного комплаенса»
у больных шизофренией до и после лечения (N = 90)

Субшкалы	Средние ранги		Суммы рангов		Т-критерия	Уровень значимости, p=
	Отрицательные	Положительные	Отрицательные	Положительные		
Отношение к медикации	6,25	43,81	25,00	3461,00	-7,81	0,001
Факторы, связанные с пациентом	18,00	43,10	36,00	3534,00	-7,84	0,001
Факторы, связанные с близким окружением	15,50	39,81	15,50	3065,50	-7,71	0,001
Факторы, связанные с лечащим врачом	0,00	31,00	0,00	1891,00	-7,12	0,001

Специалисты, проводившие объективную оценку состояния больных шизофренией после комплаенс-терапии, отмечали у них позитивную динамику в сфере межличностного взаимодействия: снизились проявления враждебности и недоброжелательности, подозрительности по отношению к окружающим, повысилась готовность к сотрудничеству и качество эмоционального контакта, в том числе с медицинским персоналом.

Достоверные изменения в процессе комплаенс-терапии наблюдались и в отношении показателей субшкалы «Отношение к медикации» ($T = -7,81$; $p = 0,001$). В ходе проведенной интервенции больные шизофренией стали занимать более активную позицию относительно предлагаемого им медикаментозного лечения: появились более устойчивое (чем до лечения) понимание необходимости приема препаратов, интерес к параметрам терапии, уменьшились необоснованные опасения, связанные с психотропным действием лекарственных средств или с возможностью появления побочных эффектов, повысилась оценка пациентами эффективности принимаемых препаратов. Фактически, именно в этом и заключался смысл проведения психотерапевтического вмешательства. Лечащие врачи также отмечали, что осознанная активная установка больных в отношении медикаментозного лечения выразилась у них в регулярном самостоятельном приеме лекарств, более широкой приемлемости различных способов введения препаратов, уменьшении таких нарушений

комплаенса, как прекращение приема лекарств, снижение дозировок, прием не рекомендованных врачом медикаментов.

В ходе предлагаемого вида психотерапии значительно увеличились значения субшкал «Факторы, связанные с близким окружением» ($T = -7,71$; $p = 0,001$) и «Факторы, связанные с лечащим врачом» ($T = -7,12$; $p = 0,001$). Отмеченные изменения позволяют говорить о том, что объективно повысился уровень социальной поддержки больных, включая материальное содействие в приобретении лекарственных средств, что улучшило отношение референтной группы пациентов к медикации. В результате психотерапии повысился терапевтический альянс, что выразилось в снижении недоверия, недовольства контактом с врачом.

Таким образом, эффективность проводимой с больными шизофренией комплаенс-терапии представляется высокой с позиции врачей, осуществляющих курацию пациентов, о чем свидетельствуют статистически достоверный рост средних значений субшкал «Шкалы медикаментозного комплаенса», связанных с медикацией, пациентом, врачом и близким окружением больного. На основании полученных данных можно предполагать сохранение в дальнейшем высокой степени устойчивости установки больного на следование рекомендациям врача по лекарственной терапии и хорошего терапевтического альянса.

Статистически значимая динамика показателей «Опросника SCL-90-R» у больных шизофренией до и после проведения комплаенс-терапии отмечена по большинству из них. Наиболее значительная динамика переменных наблюдалась по шкале «Межличностная чувствительность» ($T = -4,97$; $p = 0,001$). У обследованных пациентов в ходе лечения снизилось ощущение личностной неадекватности и неполноценности, чувство беспокойства и психический дискомфорт, возникающие при общении с другими людьми; уменьшились негативные ожидания и установки относительно межличностного взаимодействия.

Значительной редукции подверглись также показатели симптомов, структурно составляющих такие шкалы как «Депрессия» ($T = -4,50$; $p = 0,001$), «Соматизация» ($T = -3,75$; $p = 0,001$), в несколько меньшей степени шкалы «Обсессивно-компульсивные расстройства» ($T = -3,06$; $p = 0,002$), «Тревожность» ($T = -2,297$; $p = 0,022$). У больных появились мотивация к разным видам деятельности, интерес к жизни, уменьшились нарушения, отражающие дистресс, возникающий из ощущения телесной дисфункции: жалобы, фиксированные на кардиоваскулярной, гастроинтестинальной, респираторной системах, болевых ощущениях и соматических эквивалентах тревожности.

Снизилось ощущение дискомфорта, вызываемого, прежде всего, наличием навязчивых мыслей и действий, уменьшился уровень выраженности ряда симптомов и признаков, которые сопряжены с высоким уровнем манифестированной тревожности.

Отсутствие значимых изменений после комплаенс-терапии наблюдалось только по двум параметрам «Опросника SCL-90-R» — «Враждебность» ($T = -0,40$; $p = 0,69$) и «Фобическая тревожность» ($T = -0,39$; $p = 0,70$).

Таким образом, согласно субъективной оценке больных шизофренией и критериям степени симптоматического улучшения, проведенная комплаенс-терапия достаточно эффективна. Достоверно снизилась степень выраженности основных психопатологических расстройств, таких как межличностная и общая тревожность, депрессивные, паранойяльные, психотические симптомы и жалобы, дистресс, вызываемый навязчивыми мыслями, действиями и соматической дисфункцией.

Статистически достоверные изменения средних значений «Опросника субъективной удовлетворенности лечением» после применения метода комплаенс-терапии у больных шизофренией отмечались по двум субшкалам — «Результаты лечения» ($t = -5,41$; $p = 0,001$) и «Отношения врач – больной» ($t = -4,18$; $p = 0,001$) (табл. 3).

Наиболее значительное повышение усредненных показателей наблюдалось по субшкале «Результаты лечения»: с $27,08 \pm 0,61$ перед применением комплаенс-терапии до $31,10 \pm 0,78$ — после.

После комплаенс-терапии больные шизофренией отмечали у себя улучшение самочувствия, в том числе физического, появление ощущения бодрости и активности. Во многом это было связано с устранением психопатологических жалоб. Многие из пациентов перед выпиской из стационара указывали на то, что результаты проведенного лечения совпали с их ожиданиями, используемые ими лекарственные препараты не вызывали непереносимых побочных эффектов и в целом оказались высокоэффективными, у них изменилось восприятие будущего в сторону большей оптимистичности.

Таблица 3

Сравнение средних значений «Опросника субъективной удовлетворенности лечением» у больных шизофренией до и после лечения (N = 90)

Субшкалы	Среднее до лечения M ± m	Среднее после лечения M ± m	Критерий t-Стьюдента	p-уровень значимости
Результаты лечения	27,08 ± 0,61	31,10 ± 0,78	-5,41	0,001
Отношения врач-больной	25,20 ± 0,46	27,46 ± 0,56	-4,18	0,01
Бытовые условия и окружающая обстановка	19,00 ± 0,45	19,66 ± 0,43	-1,30	0,20
Стигматизация	4,37 ± 0,22	4,71 ± 0,23	-1,803	0,08

Кроме того, обследованные больные были удовлетворены разрешением ряда психологических проблем, связанных с проявлениями психического заболевания: формирование навыков совладания с различными жизненными трудностями, лучшее понимание себя и

других людей, что способствовало облегчению общения с окружающими. Большинство высказывали желание продолжить начатый курс лечения после выписки.

Субшкала «Отношения врач – больной» включает утверждения, оценивающие вклад лечащего врача в результат лечения, поэтому повышение ее показателей в процессе комплаенс-терапии (с $25,20 \pm 0,46$ до $27,46 \pm 0,56$ баллов) свидетельствует о том, что больные шизофренией в основном были согласны с курсом проводимого врачом лечения и положительно оценили уровень его профессиональной компетентности. После проведенных психотерапевтических интервенций многие пациенты выразили желание продолжить общение с лечащим врачом и не только с целью уточнения вопросов, связанных с приемом медикаментов, но и для обсуждения планов на будущее, событий своей личной жизни, непосредственно не относящихся к лечению. В целом, можно говорить о том, что у пациентов снизился уровень тревоги и страха перед психиатрами, повысилась степень доверия к ним.

Таким образом, в процессе комплаенс-терапии у больных шизофренией удалось добиться существенных позитивных изменений в оценке ими качества проведенного лечения, включающих удовлетворенность результатами терапии, отношениями с врачом-психиатром, решением некоторых психологических проблем, связанных с проявлениями психического заболевания.

Изучение динамики показателей «Методики для исследования стадий психотерапевтических изменений (URICA)» в процессе комплаенс-терапии у больных шизофренией показало (табл. 4), что средние значения уровня выраженности стадии «Предразмышление» до лечения значительно ($t = 4,39$; $p = 0,001$) превосходили аналогичные показатели после проведения комплаенс-терапии ($71,17 \pm 1,21$ и $64,22 \pm 1,31$ Т-баллов соответственно). Подобные изменения позволяют предполагать, что у обследованных пациентов укрепилось намерение поменять свое неконструктивное поведение в обозримом будущем, поскольку повысилась степень осознания имеющихся проблем.

Таблица 4

Сравнение средних значений «Методики URICA» у больных шизофренией до и после лечения (N = 90)

Стадии	Среднее до лечения M ± m	Среднее после лечения M ± m	Критерий t-Стьюдента	Уровень значимости, p=
«Предразмышление»	71,17 ± 1,21	64,22 ± 1,31	4,39	0,001
«Размышление»	36,78 ± 1,88	39,50 ± 1,81	-1,21	0,23
«Действие»	41,83 ± 1,55	46,72 ± 1,82	-2,86	0,01
«Сохранение»	47,17 ± 1,45	50,28 ± 1,43	-1,70	0,09

Однако краткосрочность вмешательства и, как следствие, узкий спектр затрагиваемых тем, не позволили достигнуть более значительных изменений: стадия «Предразмышление» и после лечения оставалась ведущей в исследованной группе больных, кроме того, статистически достоверного повышения средних значений стадии «Размышление» не произошло ($t = -1,21$; $p = 0,23$). Можно предположить, что, несмотря на улучшение понимания характера своих проблем, исследованные пациенты не начали процесса самопереоценки, включающего трансформацию в системе ценностных ориентаций и переоценку среды, т.е. они не стремились понять, какое влияние их поведение оказывает на среду, особенно на членов референтной группы.

Высокий уровень достоверности различий между показателями до и после лечения ($41,83 \pm 1,55$ и $46,72 \pm 1,82$ Т-баллов соответственно) отмечался в отношении средних значений стадии «Действие» ($t = -2,86$; $p = 0,005$). Стадия «Действие» подразумевает наиболее очевидные поведенческие изменения и требует значительных энергетических и временных затрат. Однако в данном случае нельзя говорить о том, что исследованные больные шизофренией в ходе комплаенс-терапии начали успешно модифицировать свое проблемное поведение до приемлемого уровня, прилагать значительные, явные усилия и добиваться в этом направлении устойчивых результатов. Скорее пациенты ошибочно ассоциировали предпринимаемые ими определенные действия с подлинными изменениями и в результате недооценивали необходимость проведения активной работы на когнитивном и аффективном уровнях, которая происходила на начальных стадиях цикла изменений — «Предразмышление» и «Размышление». Кроме того, они недоучитывали необходимость выработки навыков, позволяющих сохранить достигнутые изменения длительное время и эффективных стратегий во избежание срывов или полномасштабных рецидивов.

Отсутствие достоверных различий усредненных значений стадии «Сохранение» ($t = -1,70$; $p = 0,09$) вполне объяснимо, поскольку на этой последней стадии пациенты работают над профилактикой рецидивов и консолидируют успехи, достигнутые на предыдущих стадиях.

Таким образом, применение метода комплаенс-терапии у больных шизофренией позволяет добиться значительного снижения показателей стадии «Предразмышление» Методики URICA. Пациенты стали лучше понимать и связывать свои неконструктивные установки и поведение, а также имеющиеся сложности. Однако устойчивого стремления к изменению привычных поведенческих моделей достигнуто не было. Достижение дальнейшей позитивной динамики является задачей уже следующего — амбулаторного этапа терапии.

Изучение динамики показателей Опросника «Самостигматизация» в процессе комплаенс-терапии у больных шизофренией продемонстрировало, что наиболее значительные сдвиги средних значений (с $110,38 \pm 3,54$ до $100,97 \pm 3,95$ баллов) наблюдались по интегративному показателю SS (self-stigmatization) ($t = 3,06$; $p = 0,003$). Снижение уровня вы-

раженности SS (self-stigmatization) можно рассматривать не только как общий эффект дестигматизации больных шизофренией, но и как тенденцию к пересмотру ими паттернов социального взаимодействия, а также утриванных представлений о несостоятельности психически больных.

После проведенного комплекса терапевтических мероприятий достоверно снизились (с $34,54 \pm 1,28$ до $31,04 \pm 1,38$ баллов) средние значения «Аутопсихической формы самостигматизации» ($t = 2,71$; $p = 0,008$), следовательно, в положительную сторону изменились представления о собственной несостоятельности и нереализованности по причине болезни. В несколько меньшей степени, чем показатели «Аутопсихической формы», уменьшились (с $42,96 \pm 1,72$ до $39,10 \pm 1,99$ баллов) средние значения «Социореверсивной формы самостигматизации» ($t = 2,34$; $p = 0,02$), т.е. в конце курса комплаенс-терапии обследованные пациенты в меньшей степени, чем до начала лечения, рассматривали заболевание как определяющее отрицательное отношение к ним членов семьи, базирующееся на расхожих представлениях о том, что психически больные не способны испытывать чувство любви или они становятся менее чуткими к любимому человеку, в силу чего у них снижена способность поддерживать семейные отношения. Снижение показателей «Социореверсивной формы самостигматизации» подразумевает и позитивную трансформацию суждений больных шизофренией относительно таких важных сфер, составляющих основу качества жизни, как здоровье, общая активность, уверенность в себе и свобода в принятии решений.

В процессе комплаенс-терапии у больных шизофренией статистически достоверно уменьшились (с $32,88 \pm 1,01$ до $30,82 \pm 1,10$ баллов) средние показатели уровня выраженности «Компенсаторной формы самостигматизации» ($t = 2,17$; $p = 0,03$). Пациенты стали реже игнорировать проявления своего заболевания с целью подчеркивания собственного отличия от «типичного» психически больного, что позволяло им легче идентифицироваться со здоровыми людьми (рисунок).

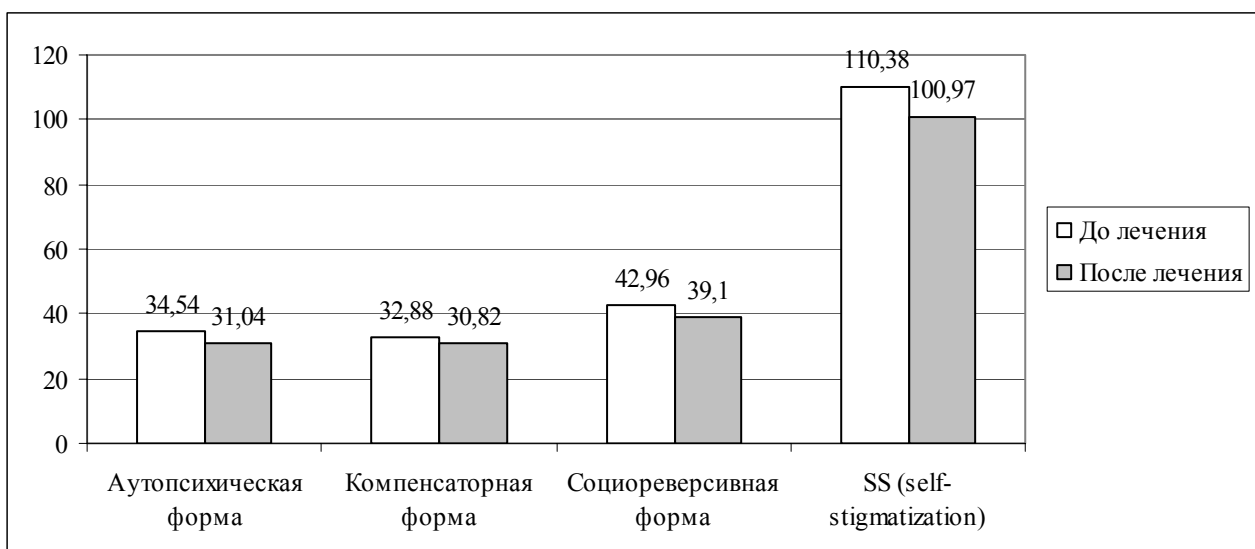


Рисунок. Средние значения форм самостигматизации до и после лечения.

Подводя итог, нужно отметить, что комплаенс-терапия оказывала выраженное положительное влияние на процессы десамостигматизации у больных шизофренией. Причем это воздействие затрагивали все исследуемые формы самостигматизации — «Аутопсихическую», «Социореверсивную» и «Компенсаторную».

При изучении динамики показателей методики «Копинг-тест» в процессе комплаенс-терапии у больных шизофренией наиболее значительные изменения средних значений наблюдались по шкале «Поиск социальной поддержки» ($t = -4,40$; $p = 0,001$). Данный вид копинг-стратегии предполагает стремление разрешить стрессовую ситуацию за счет привлечения социальных ресурсов, поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки. Увеличение показателей (с $14,51 \pm 0,39$ до $16,61 \pm 0,41$ баллов) этого параметра свидетельствует о том, что у больных шизофренией в ходе комплаенс-терапии уменьшались аутистические формы снятия психического напряжения, вызываемого проблемными ситуациями, и одновременно увеличивалось стремление к расширению сферы межличностного взаимодействия.

Исходя из результатов исследования копинг-поведения больных шизофренией, приведенных в литературных источниках (Коцюбинский А.П. и др., 2004), именно редкое использование копинг-механизма «Поиск социальной поддержки» отличает пациентов описываемой нозологической группы от здоровых испытуемых, в связи с чем, по мнению специалистов, психотерапевтические программы должны включать интервенции, направленные на увеличение частоты применения больными шизофренией этой копинг-стратегии. Таким образом, исследование эффективности краткосрочного курса комплаенс-терапии подтвердило, что описываемый способ лечения соответствует данным рекомендациям.

После проведенного курса лечения у больных шизофренией достоверно увеличилась (с $15,02 \pm 0,46$ до $16,62 \pm 0,43$ баллов) частота применения копинг-механизма «Планирование решения проблемы» ($t = -2,682$; $p = 0,009$). Подобные изменения указывают на то, что обследованные пациенты в преодолении стрессовых ситуаций значительно чаще стали прибегать к целенаправленному анализу возникших обстоятельств и возможных вариантов поведения с учетом объективных обстоятельств, прошлого опыта и имеющихся ресурсов.

Не было обнаружено статистически значимых различий средних значений до и после лечения по шкалам «Принятие ответственности» ($t = 0,001$; $p = 1,00$), «Положительная переоценка» ($t = -1,34$; $p = 0,18$), «Конфронтация» ($t = 1,41$; $p = 0,16$), «Самоконтроль» ($t = -1,49$; $p = 0,14$) и «Бегство» ($t = 1,67$; $p = 0,1$). Т.е., больные шизофренией в процессе комплаенс-терапии не стали в большей степени осознавать меру своей ответственности в возникновении и разрешении актуальных трудностей. У них также не уменьшилась частота использования копинг-поведения по типу уклонения: пассивность в решении проблем, отвлечение от негативных переживаний, погружение в фантазии, неоправданный оптимизм; не увеличилось количество попыток справиться с отрицательными эмоциями за счет по-

ложительного переосмысления стрессовой ситуации, рассмотрения ее как стимула для личностного роста.

В целом, исследование эффективности комплаенс-терапии у больных шизофренией в контексте коррекции совладающего поведения показало, что снижение в процессе лечения показателей шкалы «Дистанцирование» (с $14,14 \pm 0,39$ до $12,39 \pm 0,51$ баллов) при одновременном повышении значений шкал «Поиск социальной поддержки» и «Планирование решения проблемы», может быть расценено как результат позитивного ее влияния на формирование у пациентов тенденции к смене эмоционально-ориентированных форм преодоления трудностей на инструментальные (путем преобразования внешней ситуации), что для пациентов с эндогенными заболеваниями является более конструктивным вариантом адаптации.

Влияние комплаенс-терапии на отдельные составляющие комплаенса у больных шизофренией на этапе формирования ремиссии

Как показали результаты проведенного исследования, предлагаемый метод комплаенс-терапии оказывал влияние на все четыре группы факторов, определяющих комплаенс. В большей степени комплаенс-терапия влияла на факторы, связанные с пациентом, включая его психологические особенности, и в несколько меньшей — связанные с врачом и с окружением больного.

У больных шизофренией после проведения авторского метода комплаенс-терапии повышалась субъективная оценка своего самочувствия, включая как психическую, так и физическую составляющую. Большинство пациентов отмечали, что эффект терапии совпадал с их ожиданиями от пребывания в лечебном учреждении. У больных отмечалось редукция продуктивных и негативных психопатологических расстройств. При этом значительный удельный вес среди факторов, определяющих эффект комплаенс-терапии, принадлежит врачебным влияниям. Проведение комплаенс-терапии способствовало формированию устойчивого терапевтического альянса. На основании полученных данных можно предполагать, что у пациентов при последующей терапии будет сохраняться высокая степень согласия на следование рекомендациям врача. В результате влияния комплаенс-терапии на факторы, связанные с близким окружением, у больных объективно повысился уровень социальной поддержки, что улучшило отношение родных пациентов к лечению.

ВЫВОДЫ

1. Модифицированный и адаптированный метод комплаенс-терапии, базирующийся на когнитивно-поведенческой модели психотерапии и мотивационном интервьюировании в форме краткосрочного психотерапевтического вмешательства, показал свою эффективность у больных шизофренией при лечении в стационарных отделениях и находящихся на этапе формирования ремиссии.

2. В ходе комплаенс-терапии условно можно выделить три стадии, имеющие свою специфику и особенности.

2.1. На первой стадии выясняется субъективная концепция психического расстройства с точки зрения пациента, обращается внимание на эпизоды обострения заболевания и взаимосвязь рецидива болезни с нарушением врачебных рекомендаций, осуществляется анализ особенностей проводившейся ранее лекарственной психотерапии, что способствует формированию более адекватных общих и индивидуальных целей психотерапии.

2.2. На второй стадии акцентируется внимание на трех основных причинах, по которым пациенты не хотят принимать лечение: нежелательные действия лекарственных препаратов, отрицание психических расстройств, а также искаженные представления о лекарственной терапии. Для преодоления этого, применяя когнитивно-поведенческие методики, используемые в комплаенс-терапии, врачом, совместно с пациентом, прорабатываются альтернативные варианты поведения, включающие соблюдение медицинских рекомендаций.

2.3. Основным содержанием третьей стадии комплаенс-терапии является преодоление и видоизменение убеждений пациента, связанных с нежеланием принимать лекарственные препараты и следовать иным врачебным рекомендациям, с использованием техник из арсенала мотивационного интервьюирования и когнитивно-поведенческой психотерапии. По окончании комплаенс-терапии необходимо обеспечить пациента печатными информационными материалами, что позволяет расширить терапевтическое воздействие, закрепить достигнутый результат и способствует росту его самостоятельности и ответственности.

3. Проводимая больным шизофренией в период формирования у них ремиссии комплаенс-терапия эффективно влияет на характер комплаенса пациентов, о чем свидетельствуют статистически достоверные позитивные изменения всех параметров «Шкалы медикаментозного комплаенса», улучшение показателей, связанных с согласованием отношения пациента, врача и близких больного к проводимой психофармакологической терапии.

4. На основании критерия степени симптоматического улучшения, а также согласно субъективной оценке больных шизофренией, при использовании в комплексе терапевтических мероприятий комплаенс-терапии значительной редукации подвергались такие психопатологические проявления, как межличностная и общая тревожность, депрессивные, паранойяльные, психотические симптомы и жалобы; уменьшался дистресс, вызываемый навязчивыми мыслями и действиями, а также соматической дисфункцией.

5. В ходе комплаенс-терапии у больных шизофренией на этапе формирования ремиссии значительно увеличивалась субъективная оценка качества лечения. Прежде всего, это проявлялось в повышении степени удовлетворенности результатами терапии, которая

включала снижение симптоматического неблагополучия, разрешение ряда психологических проблем и улучшение уровня взаимопонимания с лечащим врачом.

6. Применение метода комплаенс-терапии у больных шизофренией на этапе формирования ремиссии позволяет добиться роста уровня осознания пациентами характера своих проблем, лучшего понимания последствий своего деструктивного образа мыслей и действий, повышения стремления к переоценке привычных паттернов поведения и выработке более продуктивных их вариантов.

7. Эффективность комплаенс-терапии у больных шизофренией на этапе формирования ремиссии обнаруживала себя в десамостигматизации — позитивной коррекции существовавшей у пациентов системы установок, затрагивающих различные сферы психического функционирования. В частности, отмечалось достоверное снижение показателей «Аутопсихической», «Социореверсивной» и «Компенсаторной» форм самостигматизации, что отражало общее изменение у больных шизофренией представлений о причинах своей несостоятельности.

8. В процессе проведения комплаенс-терапии у больных шизофренией на этапе формирования ремиссии наблюдалось значимое увеличение частоты использования таких копинг-механизмов, направленных на рациональный анализ проблемы, а также — создание и выполнение плана разрешения трудной ситуации, как «Поиск социальной поддержки» и «Планирование решения проблемы», и уменьшение использования нерациональных копинг-механизмов, например, «Дистанцирования». Пациенты, прошедшие терапию, лучше осознавали необходимость обращения за помощью к другим людям и самостоятельного анализа случившегося, а также неконструктивность игнорирования возникающих проблем и трудностей.

Практические рекомендации

1. Предлагаемый метод комплаенс-терапии целесообразно использовать при лечении больных шизофренией на этапе формирования ремиссии с целью улучшения соблюдения терапевтических рекомендаций, что уменьшает сроки стационарного этапа терапии и препятствует формированию явлений госпитализма.

2. Метод комплаенс-терапии как эффективный способ психотерапевтического воздействия может быть рекомендован к использованию специалистами (после соответствующей подготовки) в области охраны психического здоровья.

3. Метод комплаенс-терапии может быть рекомендован к включению в программу подготовки врачей-психиатров, врачей-психотерапевтов, медицинских (клинических) психологов и специалистов по социальной работе.

Работы, опубликованные по теме диссертации

Научные статьи в журналах по перечню ВАК

1. Шлафер А.М. Структура психологической адаптации у больных шизофренией в зависимости от длительности заболевания / Е.Ю. Антохин, В.Г. Будза, Е.М. Крюкова, М.В. Горбунова, А.М. Шлафер, Н.А. Сергеева // Уральский медицинский журнал. – 2010. – № 1. – С. 59-64. (0,8/0,3 печ. л.).

2. Шлафер А. М. Передовой опыт центра психосоциальной реабилитации: итоги совещания Всероссийского объединения центров ПСР / Р.С. Зубков, С.М. Бабин, А.М. Шлафер // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2011. – Т.13, № 4. – С. 62-65. (0,5/0,2 печ. л.).

3. Шлафер А. М. Комплаенс-терапия (краткосрочная когнитивно-поведенческая методика) и соблюдение режима лечения у больных шизофренией / С.М. Бабин, А.В. Васильева, А.М. Шлафер // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2012. – Т.14, № 1. – С. 9-16. (1/0,8 печ.л.).

Другие научные публикации

4. Шлафер А. М. К вопросу об изучении психологических факторов, влияющих на комплаенс у больных шизофренией / С.М. Бабин, А.М. Шлафер, Н.А. Сергеева // Реализация подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007-2011 гг.)». О классификации психических и поведенческих расстройств. Участие российских психиатров в подготовке МКБ-11: материалы общероссийской конференции – Москва, 2008. – С. 537 (0,2 печ. л.).

5. Шлафер А. М. Изучение влияния комплаенс-терапии на уровень самостигматизации и субъективной удовлетворенности лечением больных шизофренией / А.М. Шлафер, Н.А. Сергеева // Вестник РГМУ. Материалы IV Международной (XIII Всероссийской) Пироговской студенческой научной медицинской конференции. Москва, 2009 г. – С. 69 (0,2 печ. л.).

6. Шлафер А. М. Исследование эффективности комплаенс-терапии у больных шизофренией / С.М. Бабин, А.М. Шлафер, Н.А. Сергеева // Актуальные вопросы внебольничной психоневрологической помощи детскому и взрослому населению. Избранные труды : материалы научно-практической конференции с международным участием – Санкт-Петербург, 2009. – С. 74-75 (0,2 печ. л.).

7. Шлафер А. М. Метод комплаенс-терапии как способ оптимизации психофармакотерапии / А.М. Шлафер // Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах : материалы общероссийской конференции – Москва, 2009. – С. 188-189 (0,2 печ. л.).

8. Shlafer A. M. Compliance therapy and optimization of psychopharmtherapy of schizophrenics / S.M. Babin, A.M. Shlafer // Traditions and Innovations in Psychiatry: WPA Regional

Meeting Materials, 10–12 June, 2010, St Petersburg, Russia. — St. Pbg.: The V.M Bekhterev Inst., 2010. – 279 p. // Комплаенс-терапия и оптимизация психофармакотерапии у больных шизофренией / С.М. Бабин, А.М. Шлафер // Традиции и инновации в психиатрии: Материалы регионального совещания ВПА, 10-12 июня 2010, Санкт-Петербург, Россия. – Санкт-Петербургский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. Санкт-Петербург, Россия, 2010. – С. 279. (0,1 печ. л.).

9. Shlafer A. M. Compliance therapy as a method of treatment of a schizophrenia / A.M. Shlafer, N.A. Sergeeva // The interpersonal dynamics of identity: 16 th world congress of the world association for dynamic psychiatry and the XXIX International Symposium of the German Academy of Psychoanalysis : book of abstracts. – Munich, 2011. – P. 49-50. (0,2 печ. л.).

10. Шлафер А. М. Комплаенс-терапия больных шизофренией. [Электронный ресурс] / С.М. Бабин, А.М. Шлафер, Н.А. Сергеева // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 2. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru), свободный доступ.