

**Abstract**

**A. V. Kustov,**  
*Sumy State University, 2 Rimsky-  
Korsakov St, Sumy 40007, Ukraine*

**CONDITIONS AND FACTORS OF COMPLIANCE FORMATION**

The study of the literary sources, the personal medical observations and the experience of teaching of the medical psychology for university students in which the compliance problem is reflected, allow to make the conclusion that for its planned solution there is no convenient conceptual model that would allow to take into account the main components of the formation of the patient's compliant behavior. This publication presents a model for studying of the compliance problem from the standpoint of a systems approach. Three main factors (patient, physician, family) are distinguished, in the interrelationship of which reveals the possibilities of diagnosing of the genesis and forms of the compliance distortions, as well as psycho-correctional or psychotherapeutic activities of the doctor. Taking into account that the behavior of a person, including a patient, is realized more often at the subconscious and unconscious level, the identified factors can serve as a guide for the purposeful integrated study of this urgent psychological problem in medicine. The factors and conditions that we have identified in the formation of compliance can form the basis for the development of the preventive and psychocorrectional program, including the diagnostic and therapeutic components. An important task is the creation of the general and specific recommendations for the implementation of the compliance stimulating behavior in patients aimed for activating the resource opportunities within the limits identified by us.

**Keywords:** compliance, patient and physician factors, family factor, family types, stigmatization, alexithymia.

**Corresponding author:** *kus.49@mail.ru*

**Резюме**

**А. В. Кустов,**  
*Сумський державний університет,  
вул. Римського-Корсакова,  
2, м. Суми, Україна, 40007*

**УМОВИ І ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ КОМПЛІАЄНСА**

Вивчення літературних джерел, особисті лікарські спостереження і досвід викладання медичної психології для студентів університету, в яких знаходить відображення проблема комплаєнса, дозволяють зробити висновок, що для її планомірного вирішення відсутня зручна концептуальна модель, яка дозволила б врахувати основні складові формування комплаєнтної поведінки хворого. У даній публікації представлена модель вивчення проблеми комплаєнса з позицій системного підходу. Виділено три основні чинники (хворого, лікаря, сім'ї), у взаємозв'язку яких розкриваються можливості діагностики генезису і форм спотворень комплаєнса, а також психокорекційної або психотерапевтичної діяльності лікаря.

**Ключові слова:** комплаєнс, фактори хворого і лікаря, сімейний фактор, види сім'ї, стигматизація, алекситимія.

**Резюме****А. В. Кустов,***Сумский государственный университет, ул. Римского-Корсакова, 2, г. Сумы, Украина, 40007***УСЛОВИЯ И ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЛАЕНСА**

Изучение литературных источников, личные врачебные наблюдения и опыт преподавания медицинской психологии для студентов университета, в которых находит отражение проблема комплаенса, позволяют сделать вывод, что для её планомерного решения отсутствует удобная концептуальная модель, которая позволила бы учитывать основные составляющие формирования комплаентного поведения больного. В данной публикации представлена модель изучения проблемы комплаенса с позиций системного подхода. Выделены три основных фактора (больного, врача, семьи), во взаимосвязи которых раскрываются возможности диагностики генезиса и форм искажений комплаенса, а также психокоррекционной или психотерапевтической деятельности врача.

**Ключевые слова:** комплаенс, факторы больного и врача, семейный фактор, виды семьи, стигматизация, алекситимия.

**Автор, відповідальний за листування:** kus.49@mail.ru

**Вступление**

Прием лекарственных препаратов и выполнение рекомендаций врача – естественное, казалось бы, непререкаемое правило и одно из обязательных условий проведения успешной терапии. Больной должен принимать лекарства и по мере их эффективного действия выздоравливать. Но в реальной практике это правило часто нарушается, что обусловлено комплексом психологических причин, которые требуют изучения и уточнений.

Эта проблема актуальна по целому ряду причин. Выяснение условий возникновения и снижения уровня комплаенса позволит своевременно и адекватно воздействовать на больного, чтобы заставить его активно, мотивировано, регулярно выполнять врачебные рекомендации, которые являются гарантией успеха терапии. Изучение данного вопроса является вкладом в понимание психологии больного, что расширяет границы проблем медицинской психологии и позволяет врачам, студентам медицинских университетов в практической работе учитывать психологические аспекты врачебной деятельности и повышать уровень своей психологической компетентности.

Согласно проведенным широкомасштабным исследованиям, больные, независимо от нозологической формы заболевания, почти в половине случаев не готовы к лечению. Было, например, выяснено, что при гипертонической болезни регулярно принимают лекарства 40 % больных, при сахарном диабете и эпилепсии – около

50 %, при гиперлипидемии – 62 % больных. После 6 месяцев приема 25 % больных гипертонией самостоятельно отменяют гипотензивные средства [1]. Некоторые исследования, рассматривая фактор комплаенса в структуре психической и неврологической патологии, подчеркивают такую же тенденцию [4, 5, 6], в отдельных работах комплаенс рассматривается как одно из условий оптимизации лечебного процесса [2, 7].

Выяснено, что врачи часто переоценивают уровень комплаенса своих пациентов. Так, исследование, проведенное в России в 2004 году с использованием микроэлектронной мониторинговой системы, вмонтированной в крышечку лекарственных препаратов, показало расхождение в оценках уровня предполагаемой комплаентности больных. С точки зрения врачей, как им казалось, больные принимают лекарства в 95 % случаев, на самом деле, как показало исследование, режим терапии соблюдали только 38 % пациентов. В связи с этим даже самые эффективные препараты конечно же не будут оказывать позитивного действия. Несоблюдение рекомендаций врача приводит либо к затягиванию, либо к прогрессированию, хронизации заболевания и его осложнениям. У больного, который в этих случаях является основной причиной недостаточно эффективной терапии, в свою очередь растет недоверие к врачу, уровню его квалификации, проводимому им лечению. Возникает своеобразный замкнутый круг, в основе которого лежит проблема комплаенса. Поэтому очень актуальным становится изучение



условий и факторов, которые могут быть активаторами или репрессорами установки больного к рациональному и длительному лечению.

Понятие комплаенс происходит от английского глагола to comply (согласие, соответствие) и имеет несколько значений. Оно используется в оценке деятельности учреждений банковско-финансовой сферы в рамках такого направления, как комплаенс – контроль, позволяющего проверять и оценивать соответствие действий учреждений профессиональным и этическим правилам и стандартам, что снижает риск их правовой и репутационной дискредитации. В медицине под комплаенсом понимается приверженность больного соблюдать рекомендации врача, его готовность к рациональному приему лекарств, выполнению лечебных процедур, соблюдению диеты, ограничению или исключению вредных привычек, изменению того образа жизни, который препятствует улучшению состояния здоровья.

Проблема комплаенса по-разному представлена при острой и хронической патологии. В последнем случае успех лечения возможен только при длительной терапии, требующей от больного большого терпения и склонности к регулярному и рациональному выполнению назначений врача. Низкий же уровень комплаенса и его непродуктивные формы проявляются в часто неосознанном самостоятельном подходе к изменению дозировок препаратов, неточностью их приема в течение суток, в прерывании лечения или полным отказом от него. Тоже самое касается выполнения рекомендаций по соблюдению режима, необходимости лабораторного и инструментального обследования. Последствия такого отношения к терапии понятны – нередко переход патологического процесса в хронический, возможность появления осложнений, и, как порочный круг, затягивание или невозможность осуществления оздоровительных мероприятий. Низкий уровень комплаенса постепенно приводит и к психологическим проблемам. Пациент и его родственники разочаровываются в самом лечении, квалификации и эффективности врача, утрачивают доверие к медицинскому учреждению, где осуществлялось лечение. Часто разочаровываются в самой медицине, прибегая к альтернативной помощи народных целителей, знахарей, экстрасенсов, колдунов и проч.

**Цель** сообщения состоит в том, чтобы выделить и ознакомить читателя с основными усло-

виями и причинами, влияющими на психику человека и заставляющими его по-разному реагировать на рекомендации и предложения врача, касающихся вопросов соблюдения правил участия в терапии. В своем сообщении мы обобщили имеющийся материал на эту тему и постарались выразить его схематично в форме концепции, которую можно развивать и наполнять её более конкретным содержанием.

Проблема комплаенса, несмотря на то, что это понятие еще недостаточно знакомо широкой аудитории, в медицине не нова. Она рассматривается в медицинской психологии при изучении психологии больного, в частности – его внутренней картины болезни или типов нозогнозий, при изучении мотивации отказа больных от приема лекарств, в исследованиях, касающихся соотношения характеристик личности с их отношением к болезни.

Обобщение изученного материала, касающегося этой проблемы, позволило выделить взаимосвязь трех составляющих («триады») формирования комплаенса, от которых зависит уровень и форма комплаентного поведения больного. Она включает характеристики личности, ее установки, систему отношений больного, отражающих уровень доверия к врачу в целом и к лечащему врачу и его рекомендациям – в частности (*фактор пациента*). Далее – личностные характеристики врача, уровень его психологической компетентности, способность к эмпатии и рефлексии, умение чувствовать больного и в доступной для него форме передавать необходимую информацию (*фактор врача*). И, наконец, *фамильный фактор*, зависящий от внутрисемейных отношений между близкими и родственниками больного, которые способны оказывать эмоциональную, информационную поддержку больного, нередко играя в этих процессах как позитивную, так и негативную роль. Ключевой фигурой в этой триаде, естественно, является врач, профессионализм которого должен заключаться не только в количестве и качестве его медицинских знаний и навыков, но и в психологической компетентности. Рассмотрим характеристики составляющих триады комплаенса подробнее.

#### *Комплаентный фактор пациента*

Оценка этого фактора возможна при изучении целого ряда характеристик личности, состояний и отношений пациента.



*Состояние больного.* К снижению уровня комплаенса могут вести следующие особенности больного.

– Когнитивные нарушения, из-за которых пациент забывает принимать препараты, не понимает, зачем ему нужно лечиться, не способен прогнозировать исход своего состояния при нерегулярном или отсутствующем лечении;

– Состояние, обусловленное седацией и заторможенностью из-за приема психотропных препаратов или средств с токсическими нейрогенными эффектами.

*Личностные характеристики,* к которым относятся различные характерологические и типологические комбинации качеств больного.

– *Ведущие личностные радикалы.* К снижению уровня комплаенса нередко ведет доминирование таких личностных радикалов, как *гипертимность* (конституционально обусловленное повышение настроения, приводящее к недооценке больным тяжести симптомов и своей болезни в целом и, следовательно, к гипоконплаентному поведению), *тревожность*, *подозрительность*, *ригидность мотивационных установок*, формирующих осторожное, недоверчивое отношение к врачу, назначаемым им лекарственным средствам и лечебным процедурам, нередко в форме фармакофобических и токсикоманофобических реакций.

– *Уровень рефлексии и алекситимии.* Алекситимия – неспособность индивида к фиксации в сознании имеющихся у него ощущений, соматических сигналов неблагополучия, а также слабое развитие механизма вербализации, т.е. способности описывать их в дифференцированной словесной форме, а также проявления эмоционального отношения к ним и к пониманию их потенциальной опасности. Незрелость рефлексивных способностей и высокий уровень алекситимии, особенно на уровне сомато – висцеральных ощущений и переживаний, ведет к позднему обращению к врачам и несвоевременному началу терапии. В процессе лечения у этих пациентов, как правило, отмечается склонность к гипоконплаентному стилю поведения [3].

– *Стигматизирующие комплексы.* Стигматизация – это процесс демонстрации отношения к больному в форме открытых или латентных оскорблений, унижений или притеснений, дискриминирующих его личность. Стигматизация может касаться каких-то психических или физических характеристик, которые ограничивают возможности или активность больного. Прояв-

ляется в навешивании унижающих достоинство человека ярлыков (стигм), источники которых могут присутствовать в окружающей среде (в школе, на работе, во дворе, в семье), а также формироваться самими больными в форме разнообразных комплексов искаженного или гипертрофированного восприятия негативных свойств собственной личности. Аутостигматизация может выражаться в таких формах, как «Я – дурик, горбун, заика, карлик», у женщин в виде «комплекса гренадера» или, наоборот, лилипута и пр. Наличие стигматизирующих комплексов часто приводит в невротической аутизации, крайней степени неуверенности в себе, тревожности, сопротивлению индивида к попыткам окружающих установить с ним доверительные отношения. Страх быть осмеянным ведет к формированию недоверия к людям, в том числе к врачам и, следовательно, – к негативному отношению к лечению и лечебным процедурам.

*Отношение к болезни и лечению.* Субъективное отношение больного к своему заболеванию и лечению выражается в комплексе его позиций, убеждений, переживаний, установок, которые представлены различными вариантами внутренней картины болезни (ВКБ) или нозогнозий. Многие из описанных видов ВКБ в той или иной мере ведут к искажению процесса комплаенса. К ним относятся гипо- и анозгностический тип ВКБ, диснозгностический вариант, патологические (депрессивный, ипохондрический, фобический, истерический и пр.) формы нозогнозий. К низкому уровню комплаенса может вести недооценка тяжести болезни, особенно в тех случаях, когда болезнь протекает с симптоматически «бедной» клинической картиной. «Подводные течения» лечебного процесса заслуживают особого внимания. Отношение к лечению зависит от многих причин: доверия к врачу, степени осведомленности больного о своей болезни, отношения к назначенным препаратам и режимным рекомендациям, их стоимости и субъективной переносимости.

*Фактор полипрагмазии.* Полипрагмазия – частое явление в работе практического врача, которое проявляется в одновременном назначении больному большого количества препаратов (в том числе лекарственных трав, биодобавок) и лечебных процедур. Особенно это опасно, когда врач назначает несколько однонаправленных препаратов, что ведет к образованию высокоаллергенных комплексов и приводит к неожидан-

ным реакциям, а иногда – к критическим состояниям. В одном из исследований (Латышева Т. В. и соавт.), анализ историй болезни с диагнозом острых токсико-аллергических реакций, проявляющихся тяжелыми генерализованными буллезными дерматозами и эпидермальным некролизом, показал, что у 71 % больных, принимавших нестероидные противовоспалительные препараты в сочетании с сульфаниламидами, отмечалась полипрагмазия. Они принимали более 3–4 препаратов одновременно. Полипрагмазия всегда ведет к снижению уровня комплаенса, особенно после подобных осложнений, т.к. приводит к формированию стойких и длительных фармакофобических состояний. Больные, которым назначают более 4 препаратов одновременно, как показывает практика, либо тайно от врача уменьшают дозы, либо отказываются их принимать.

*Фармакофобия и наркоманофобия.* Та и другая тенденции в поведении пациента достаточно часто встречаются в практике врача. Нередко они и являются барьером, определяющим сопротивление больного к приему лекарств. Фармакофобия – непродуктивный навязчивый страх больного перед приемом лекарств, особенно относящихся к группе психотропных. В основе этой формы страха лежит несколько причин: 1) страх отравиться химически активными веществами, особенно если имеет место полипрагмазия; страх перед побочными эффектами (заторможенностью, вялостью, мышечной релаксацией, сонливостью, влиянием на психические и сексуальные функции, при приеме нейролептиков – двигательных расстройств); 2) страх стать зависимым, «наркоманом». В представлении определенных групп больных (чаще у лиц с тревожно-мнительным, параноическим, эпиптоидным радикалами), как им кажется, даже при непродолжительном приеме лекарств возникает опасность привыкания к ним и возможность формирования «наркомании». В связи с этим врачи, не пугая, должны разъяснять больным и их родственникам, при приеме каких препаратов и при каких условиях есть риск формирования симптомов токсикомании.

*Фактор экспектационного несоответствия.* Многие люди, заболев, хотят вылечиться быстро и навсегда. Особенно это характерно для лиц молодого возраста и для больных с доминирующим гипертимическим личностным радикалом. Но получить быстрый и стойкий эффект часто не удается, и тогда, при несоответствии

реального и ожидаемого результата, у такого рода пациентов формируется установка недоверия. Больные разочаровываются в самой терапии, в квалификации врача, иногда в медицине. Часто они переключаются на поиск альтернативных способов и методов лечения, прибегая к услугам экстрасенсов, знахарей, народных целителей, колдунов и, как правило, идут по тупиковому пути. В связи с этим врачи, особенно при тенденции болезни к хроническому течению, должны ориентировать больных на ретардированную эффективность некоторых препаратов, когда позитивный результат наступает позже и сохраняется дольше и устойчивей.

*Фармакоэкономический фактор.* Работ, в которых подробно анализировалась бы зависимость уровня комплаенса от стоимости лекарственной терапии и медицинских условий в целом практически нет. Этот аспект затрагивается, как правило, вскользь. Тем не менее, в связи с затянувшимся бумом активности фармакологического сектора экономики, многие люди столкнулись с дилеммой, где нужно выбирать «либо новое, но дорогое, либо старое, но менее эффективное». Стоит ли доверять тому препарату, который стоит дорого? Можно ли сделать адекватную замену более дешевым фармакологическим аналогом? Больные, особенно из группы с ограниченными финансовыми возможностями, ничего не зная об эффективности генериков, механизмах действия, однозначно выбирает более дешевые лекарства. Реальная практика показывает, что между стоимостью препаратов и уровнем комплаенса существует обратно-пропорциональная зависимость. В одном из исследований сообщалось, что в 40 % случаев больные сами переключались на прием более дешевых аналогов, даже зная, что они могут быть малоэффективными.

*Особенности семейной составляющей комплаенса*

Семья – важнейшее условие социализации личности и удовлетворения множества актуальных и базовых потребностей. В процессе своего развития семья, как ни одна другая социальная система, выполняет множество разнообразных функций: репродуктивную, сексуально-эротическую, социализации, статусную функцию (в качестве наследия человек приобщается к статусу членов семьи-врача, педагога, рабочего, профессора, пр.). А также тех, которые ближе к проблеме отношения к болезни и комплаенса – эмоциональной и психотерапевтической,



выражающихся в удовлетворении потребности индивида в любви, симпатии, поддержке, сохранении глубоких и доверительных отношений. *Защитная функция семьи нередко проявляется в возможности сделать* физическую, психологическую и финансово – экономическую жизнь членов семьи более безопасной, т.к. согласно деонтическим правилам, члены семьи должны оказывать материальную поддержку друг другу.

Существует несколько подходов к классификации стилей функционирования семей. С точки зрения медицинской психологии, требующей установления взаимосвязи между типом внутрисемейных отношений и отношениями заболевшего к своей болезни и предлагаемым методам терапии, мы выделяем четыре типа семей, имеющих специфический стиль взаимоотношений и психологических характеристик.

*Рациональный тип.* В таких семьях поддерживается благоприятный психологический климат, основанный на взаимном уважении и поддержке. Каждый член семьи чувствует «плечо» родственника, что выражается в проявлениях заботы, внимания, активном участии членов семьи в разрешении возникающих проблем. В случае болезни одного из членов семьи, все дружно стараются создать ему условия для оптимальной адаптации к болезни. Помогают в консультировании необходимыми специалистами, обеспечивают экономическую поддержку в приобретении лекарств, стараются формировать образ позитивного развития болезни, вселяют уверенность в улучшении состояния и выздоровлении. В таких семьях, как правило, существует доверительное отношение к людям, в т.ч. к врачам, которое они внушают и своему больному родственнику. Вопросы лечения обсуждаются больным совместно с его родственниками и лечащим врачом. Характерна тенденция активного сотрудничества с медицинским персоналом. Своим авторитетом и доброжелательностью родственники помогают больному оптимально пройти все этапы болезни. Они же активно контролируют процесс комплаенса и корректируют его, если он по каким-то причинам искажается.

*Индифферентный тип.* В рамках данного типа семьи характерны пассивность и равнодушное отношение родственников друг к другу. В таких семьях дети ощущают себя либо эмоционально отверженными, либо растущими без надзора, хотя часто наказываются за излишнее

выражение чувств, т.к. в традициях и правилах сложившихся отношений существует редко озвучиваемое табу на внешнее выражение своих чувств и эмоциональных состояний. С детства даже в тяжелых ситуациях они живут по правилу «не выносить сор из избы». Вопросы здоровья, успехов, личной жизни мало интересуют членов такой семьи, они формально относятся к возникающим проблемам, стараются «не лезть в душу» и чужую жизнь. Даже если даются какие-то советы, их выполнение не считается обязательным. Ответственность за лечение перекладывается на самого больного. Его состояния, переживания активно не обсуждаются, не вырабатывается рациональная позиция преодоления болезни, редко оказывается экономическая помощь в процессе лечения. Родственники либо формально посещают врача, чтобы обсудить перспективы лечения больных, либо не делают этого вообще, не сопровождают их в лечебные учреждения, чтобы поддержать психологически. Такое равнодушие очень часто ведет к искажению процесса комплаенса, особенно после выписки больного из стационара. Члены семьи редко и формально выполняют функцию «контролеров комплаенса». В таких семьях больные редко посещают врача и, как правило, также равнодушно относятся к вопросам своего лечения.

*Гиперпротективный тип.* Отношения в семье искажаются в связи с доминирующей ролью матери в семье. Отец, как правило, занимает пассивную и подчиняющуюся позицию, отдавая инициативу в решении всех вопросов жене. Со стороны матери, которая отличается авторитарным и конфликтным поведением, характерна устойчивая тенденция к опеке и гиперконтролю над всеми членами семьи. Поведение гиперпротективной матери постепенно патологизирует почти всех членов семьи, особенно детей, запускает механизмы, ведущие к невротизации, формированию психологической зависимости, искажению самооценки, инфантилизации, подавлению стремления к самостоятельным решениям и действиям, амбивалентности решений и поступков. В тех случаях, когда есть генетическая предрасположенность к эндогенным заболеваниям, гиперпротективное поведение матери является своеобразным стилевым триггером («спусковым крючком»), запускающим механизмы развития шизофрении и аффективных заболеваний. Поведение гиперпротективной матери очень часто мешает адекватному



процессу лечения ее детей и других родственников. Из-за личностной деформации и склонности к паралогическим суждениям, они нередко, там, где в этом есть прямая необходимость, отказываются госпитализировать своих близких. Или вначале дав согласие на госпитализацию, очень скоро настаивают на их выписке и своими инициативами часто ломают режим лечения. Больные, как правило, пассивно подчиняются всем требованиям своей гиперконтролирующей родственницы. Отношение к врачу, к предлагаемому им лечению у больных во многом зависит также от оценки этих вопросов их авторитарной матерью или женой. В таких семьях могут встречаться и патологические формы комплаенса – уход в мистические псевдотерапевтические системы, использование неадекватных способов лечения, например, уринотерапии, экзорцистских техник, лечение порчи, сглаза, околдовывания и пр.

*Враждебный тип.* Встречается как отдельный вариант взаимоотношений в семье, нередко сочетается с индифферентным стилем. Враждебные, недоброжелательные отношения в детском или подростковом возрасте часто возникают из-за обид по поводу явной или скрытой конкуренции за внимание кого-то из родителей, зависти из-за того, что в отношениях выделяются «любимчики» и «изгои». В более позднем возрасте враждебность вызвана «несправедливым» распределением наследства в пользу кого-то из членов семьи. Нередко враждебный тип отношений возникает из-за психопатических форм поведения кого-то из членов семьи, его авторитарности, жадности или психического заболевания. Результатом враждебного стиля отношений является отсутствие эмоциональной психологической поддержки между членами семьи, равнодушие к нуждам каждого из них, отказ от всякого участия, в том числе материальной помощи в тех случаях, когда состояние родственника требует длительного и даже непродолжительного лечения. Однако для формирования адекватных форм комплаенса это не худший вариант, т.к. каждый член семьи рано осознает, что все возникающие проблемы он должен решать самостоятельно и поэтому на помощь и поддержку близких не рассчитывает.

#### *Врачебная составляющая комплаенса*

Профессия врача, включающая необходимость выполнения широчайшего спектра функций, требует развития множества разнообразных способностей и качеств. Врач должен уметь

не только диагностировать болезни и лечить их, но, как писал П.Б. Ганнушкин, – не забывать также о роли психолога – эмпирика, к выполнению которой должен постоянно стремиться. Другими словами, врач любой специальности должен постоянно заботиться о повышении своей психологической компетентности и общей культуры. А этому времени в стенах медицинских университетов и институтов, как известно, уделяется мало.

Несмотря на многообразие профессиональных функций, врач должен четко осознавать, что контроль над процессом комплаенса у больных – одна из важнейших задач в связи с тем, что многие его усилия нивелируются, если пациент нарушает режим приема лекарств и выполнения медицинских рекомендаций. В диаде «врач – больной» больной человек является ведомым, врач же всегда остается ведущим и, следовательно, ответственным за лечебный процесс во всех его ракурсах. Однако в силу разных причин, врач может выполнять не только комплаенсстимулирующую, но и комплаенсреспублицирующую функцию. Врачебная составляющая формирования комплаенса включает в себя множество профессиональных качеств и психологических характеристик.

*Коммуникативная компетентность врача.* Умение рационально взаимодействовать с больными и их родственниками, грамотно информировать их о болезни и методах лечения, которые используются в настоящее время и, возможно, будут реализовываться в будущем, и при этом вызывать доверие и уважение – важная характеристика успешности врачебной деятельности. Она является результирующей многих умений и качеств врача.

*Формирование рабочего «альянса».* Установление и укрепление доверительных отношений с больным – важнейшая задача первых шагов знакомства с ним. Врач, который это понимает, потом легко решает свои клинические задачи. Доверяющий врачу пациент более свободно сообщает о себе необходимые сведения (например, сексуальный, алкогольный анамнез, информацию интимного содержания, которая нередко необходима для понимания психогенеза некоторых симптомов болезни, его отношения к лечению). Он охотней сотрудничает с врачом и выполняет его рекомендации, советуется по многим вопросам здоровья и жизни вообще. Для формирования такого союза необходимы *способность врача к эмпатии* – сочувствию, сопе-



реживанию и сопониманию больному, доброжелательное отношение к больному, *умение слушать*, что позволяет более точно понимать его мысли, желания и опасения. Даже при возникающих шероховатостях отношений между врачом и пациентом, например, из-за занятости, невнимательности, даже раздражительности врача, больной готов простить ему все, если до этого рабочий альянс был сформирован.

*Культура речи.* Основным источником передачи важной информации для больного является устная речь. В связи с этим небрежное отношение к языку может быть причиной нечеткого информирования больного. Чтобы этого не произошло важно соблюдать такое требование, как *точность и ясность речи*. Этому нередко вредит частое *употребление медицинских терминов*, содержание которых многим больным не понятны и поэтому могут вызвать разнообразные тревожные мысли и переживания о болезни и перспективах лечения. Поэтому употребляемые термины должны разъясняться больному на понятном для него языке. Нередко вредят имиджу врача и делают его сообщения неубедительными употребляемые им *слова-паразиты*. Больной, слушая разъяснения врача в такой форме, может подумать, что врач не уверен в своих рекомендациях. Убедительней звучит информация, которую врач подает больному в *краткой и понятной ему форме*. Многословие или речевая избыточность часто указывают на нечеткость или неопределенность представлений врача о предмете своих сообщений или аргументов. Большую роль в формировании и укреплении доверия к врачу играет *соблюдение им правил речевого этикета*.

*Психологическая ориентированность.* Психологические знания нужны всем. Психологическая грамотность – залог успеха решения многих проблем. У врачей психологические знания требуются для поддержания устойчивых, рациональных и позитивных отношений с больными и их родственниками, умения склонить к своей точке зрения, убедить в необходимости выполнения требуемых рекомендаций, способности дипломатично погасить возникшую конфликтную ситуацию и пр. Кто-то делает это подилетантски, исходя из своего опыта, но лучше, если в основе этих действий будут лежать хотя бы минимальные знания медицинской и общей психологии.

*Оценка врачом варианта ВКБ больного.* ВКБ – внутренняя картина болезни, интегриро-

ванный личностью комплекс ощущений, переживаний, знаний и мотиваций, связанных с болезнью. *Ощущения* (сенсорно-перцептивный уровень ВКБ) – чувственные сигналы болезненных состояний, заставляющие больного *осознавать* наличие физического или психического неблагополучия. *Знания* (когнитивный уровень ВКБ) – информация, позволяющая больному *объяснять* все, что связано с болезненным состоянием в настоящее время и в будущем. *Переживания болезни* – комплекс, состоящий из эмоций, чувств, настроения, которые сопровождают и *аранжируют* формирующееся или уже сформированное отношение к болезни и лечению. *Мотивационный уровень ВКБ* – комплекс *личностных аргументов* (обоснований, убеждений), влияющий на *выбор* той или иной тактики и стратегии поведения по отношению к болезни и предлагаемому лечению. Болезнь может привести к изменениям поведения в форме: реиерархизации целей – изменению ранжирования целей, стереотипов поведения и образа жизни; сужения диапазона программы жизни; доминирования эгоцентрических установок; изменения ответственности за свое здоровье; трансформации «Я» и фиксации новых комплексов. Из уже описанных типов ВКБ неблагополучными в плане формирования позитивного комплаенса являются такие, как гипозогнозический, анозогностический, диснозогностический, а также патологические варианты.

*Выявление алекситимического комплекса у пациента.* Известно, что высокий уровень алекситимии встречается в группе больных с психосоматическими расстройствами, неврозами, страдающих от наркозависимости, поэтому одной из важных психологических задач практического врача заключается в своевременном обнаружении пациентов с алекситимическим комплексом. Это категория пациентов, которые, несмотря на образование и статус, с трудом описывают свои ощущения, у них зачатую трудно собрать анамнестические сведения, и они же являются *группой риска по низкому уровню показателя комплаенса*. Для них характерны следующие психологические особенности: слабая способность к описанию и дифференциации своих ощущений, чувств и продуктов мыслительной деятельности. Они с трудом определяют локализацию ощущения, не могут четко дифференцировать свои переживания (тревогу, страх, опасения, связанные с болезнью), не ищут ответов, касающихся их причин и



происхождения, поэтому очень часто обращаются к врачу в позднем периоде болезни. Их речь лишена метафорических оборотов, эмоционально насыщенных слов, слабо развита ее образность и фантазийность. Функция прогнозирования развита плохо, поэтому представить исход болезненного состояния или последствия нерегулярного лечения больному сложно.

*Рациональные подходы к назначению лекарств.* По данным С. Н. Мосолова, около 50 % неэффективной терапии в психиатрической вра-

чебной практике связано с ее неадекватным применением (несвоевременным началом лечения, несоблюдением принципа соотношения показаний и противопоказаний, шаблонным подходом к терапии низкими дозами, частой сменой назначаемых препаратов без соблюдения правил необходимой продолжительности приема и этапов лечения). Такие же проблемы, разумеется, существуют в работе врача соматического профиля.

### Выводы

Проблема комплаенса мультифакториальна и требует системного подхода, рассматривающего проблемы больного, в том числе изучение природы и причин изменчивости уровня комплаентности, как совокупность трех основных составляющих: психологических и личностных характеристик больного, профессиональной и психологической компетентности врача, а также рациональных форм взаимодействия больного в системе внутрисемейных отношений. Учитывая, что поведение человека, в том числе больного, реализуется чаще на уровне подсознания и бессознательного, выделенные факторы могут служить ориентиром на пути целенаправленного комплексного изучения этой актуальной психологической проблемы в медицине.

Выделенные нами факторы и условия в формировании комплаенса могут стать основой для разработки профилактической и психокоррекционной программы, включающую диагностическую и терапевтическую составляющие. Важной задачей является создание общих и специфических рекомендаций осуществления комплаенс стимулирующего поведения у больных, направленных на активацию ресурсных возможностей в пределах выделенных нами факторов. Особая роль должна быть отведена подготовке врача, деятельность которого в идеальной форме можно охарактеризовать красивой и справедливой мыслью, высказанной римским писателем и поэтом Петронием Гаем Арбитром более 2 тысяч лет назад: «Врач – не что иное, как утешение для души».

### References (список литературы)

1. Gurevich KG. [Compliance of patients receiving lipid-lowering therapy] *Kachestvennaya klinicheskaya praktika*. 2004; 1(1): 67–72.
2. Lutova NB. [Compliance and psychopathological simptomatology] *Obozrenie psichiatrii i med. psihologii im. VM. Behtereva*. 2012; 3 (2): 59–64.
3. Shestopalova LF. [Features of compliance of patients with alcohol dependence] *Addiktzii v sovremennom nauchnom prostranstve: Mezhdunar. nauchn.- prakt. konf.* – Kursk, 2012, pp. 152–156.
4. Shestopalova LF. [Level and typological features of compliance of patients with mental and neurological disorders] *Visnik Harkivskogo natsionalnogo unIversitetu im. VN. KarazIna. Ser. «Psihologiya»*. 2014; 55 (110): 130–135.
5. Danilov DS. [Compliance in medicine and methods of its optimization (clinical, psychological and psychotherapeutic aspects)] *Psihiatriya i psihofarmakoterapiya*. 2008; 10(1): 13–20.
6. Chaplin R. New can clinicans help patients to take their psychotropic medication. / R. Chaplin // *Advances in psychiatrie treatment.* – Vol. 13. – 2007, pp. 347 – 349.
7. Kustov AV., Alyeksyeyeva YuA. [Alexithymia: nature and functions]. *Aktual'ni problemy psykholohiyi*. 2008; 10 (8): 303–311.

(received 24.05.2017, published online 29.06.2017)

(одержано 24.05.2017, опубліковано 29.06.2017)

