

УДК 159.9

## ПРОБЛЕМА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ В РАЗЛИЧНЫХ ОБЛАСТЯХ МЕДИЦИНЫ

© 2015 Н.Ю. Кувшинова

Самарский государственный медицинский университет

Статья поступила в редакцию 25.10.2015

В статье представлен обзор по проблеме комплайенса, изложены особенности приверженности лечению в терапевтической, стоматологической, психиатрической практике, в трансплантологии; приведены некоторые психологические характеристики пациентов, взаимосвязанные с высоким и низким комплайенсом.

*Ключевые слова:* комплайенс, психологические особенности, хроническая болезнь, депрессия, трансплантация.

Несмотря на внедрение в медицинскую практику высокотехнологичных методов лечения, неуклонное прогрессирование и развитие угрожающих жизни осложнений при многих хронических заболеваниях, таких как гипертоническая болезнь, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, онкологические заболевания и многих других, продолжают оставаться высокими. Одна из причин такой ситуации – низкая приверженность пациентов терапии, или низкий комплайенс.

Термин «*compliance*» (англ. «согласие, приспособление, разделение взглядов») предполагает осознанное сотрудничество между врачом и пациентом, а также членами его семьи. На сегодняшний день комплайенс признается в качестве обязательного условия любой серьезной терапии, обеспечивает терапевтическую эффективность. Отмечается, что ещё во времена Гиппократова существовала проблема приверженности и была актуальна ложь пациента о приёме лекарственных средств. Для обозначения приверженности терапии используются также такие термины, как «*compliance*» – *податливость*, «*adherence*» – *приверженность, соблюдение*, «*comprehensive disease management*» – *управление болезнью*, «*concordance*» – *соответствие*, «*persistence*» – *настойчивость*, *self-care* – *самопомощь*, *self-management* – *самоведение*, *disease-related behavior* – *поведение, связанное с болезнью*, *persistent* – *постоянство*.

Leppik I. (1998) выделяет три составляющие комплайенса: тип поведения, степень комплайентности и степень целеустремленности пациента. При этом тип поведения включает прием препарата, регулярность визитов в клинику и правильное выполнение других врачебных рекомендаций. Нонкомплайентность предполагает, что пациент принимает неправильную дозу препарата (слишком маленькую или слишком

большую), не соблюдает кратность и продолжительность приема лекарственных средств или применяет другие (не рекомендованные врачом) препараты; самостоятельно отменяет себе препарат или преждевременно прекращает его прием. Отсутствие комплайенса проявляется в недоверии к врачу, перепроверке его действий, стремлении вносить коррективы в терапевтическую стратегию, нарушениях ограничительного режима, несоблюдении диеты, произвольной отмене терапии, преждевременной активизации больного в постоперационном периоде [35].

В современной литературе опубликовано большое количество исследований, посвященных изучению отдельных факторов, оказывающих влияние на комплайенс. Среди них выделяют группу факторов, связанных с предшествующим опытом больного и субъективным восприятием своего заболевания; факторы, связанные с особенностями формирования терапевтического альянса; факторы, связанные с лечением; факторы, связанные с микросоциальным окружением больного. Определенное влияние на формирование комплайенса оказывает система организации здравоохранения в целом – как пациент взаимодействует с ней, как именно учитываются предписанные больному медикаменты и осуществляется их выдача, какова их стоимость, а также специфика формуляров и особенности складывающихся у пациентов системы взаимоотношений с медицинским персоналом (Вассерман Л.И. и соавт., 2008; Голошапов И.В., 2010; Лутова Н.Б., 2012).

Некоторые авторы указывают на то, что формирование и поддержание комплайенса в значительной степени зависят от степени понимания пациентом своего заболевания, целей медикаментозного лечения, его преимуществ и рисков. К факторам, негативно влияющим на комплайентность больного, относят также недостаточное взаимодействие врача с пациентом и назначение комбинированной лекарственной терапии.

Имеется много указаний на тот факт, что низкий уровень комплайентности ассоциируется

Кувшинова Наталья Юрьевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры педагогики, психологии и психолингвистики, медицинский психолог.  
E-mail: natalysmgu@mail.ru

с терапевтическими режимами, которые должны выполняться на протяжении всей жизни и которые носят профилактический характер.

Для многих больных преодоление психологических барьеров при отказе от складывающихся годами поведенческих стереотипов является весьма серьезной проблемой. Полное соответствие поведения больного врачебным рекомендациям (высокий уровень комплаентности) при многих хронических заболеваниях достигается чрезвычайно трудно. Глубинной основой некомплаенса являются искаженные когнитивные предпосылки и негативные ожидания пациентов, которые подкреплялись такими когнитивно-аффективными последствиями опыта неуспешного лечения, как неверие в успех и разочарование в результатах (Кремлева О.В., 2007). Помимо этого, психологические изменения, возникающие у пациентов под влиянием болезни, могут препятствовать их активному участию в терапии.

Некоторые причины низкой комплаентности приведены в табл. 1 (по материалам Национального руководства «Клиническая фармакология», М., ГЭОТАР, 2008).

Отказы больных от лекарственной терапии и нежелание менять образ жизни вследствие болезни, а также связанные с этим проблемы встречаются при разных заболеваниях. Так, в хирургии и кардиологии примерно каждый седьмой пациент отказывается от полного объема предложенной ему терапии (Самушия М.А., 2006). Количество отказов от лечения выше в тех ситуациях, где оно связано с риском для здоровья или является недостаточно эффективным. Например, доля отказов от лечения среди онкологических больных

достигает 45%, а среди больных пожилого и старческого возраста – 25%. Согласно исследованиям Desai N.R., Choudhry N.K. (2013) в кардиологии, после перенесенных неотложных состояний пациенты характеризуются постепенным снижением мотивации к соблюдению медицинских рекомендаций [32].

По данным Смулевича А.Б. (2005), в клинике сердечно-сосудистых заболеваний гипонозогические реакции, ассоциированные с низким комплаенсом, преимущественно характерны для мужчин, их манифестация более вероятна в старшем возрасте. Один из вариантов гипогнозии – синдром «прекрасного равнодушия» с ярко выраженной диссоциацией между проявлениями латентной соматизированной тревоги (тахикардия, потливость, тремор) и демонстративно-пренебрежительным отношением к прогнозу и исходу заболевания, что некоторые авторы связывают с патологией воображения и нарциссическими комплексами идеального физического здоровья. На передний план выступает нарочитое отрицание беспокойства по поводу проявлений болезни, а непосредственные симптомы соматического заболевания интерпретируются как временные и несущественные. Однако за фасадом этих реакций скрывается страх, связанный с нарушением сердечной деятельности [26].

Как указывают Оганов Р.Г. и Погосова Г.В. (2007), ссылаясь на исследование РЕЛИФ, целью которого был мониторинг ситуации со вторичной профилактикой у больных ИБС, значительная часть больных гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца мотивированы в отношении изменения образа жизни при своем

**Таблица 1.** Некоторые предикторы низкой комплаентности

<b>Предикторы</b>	<b>Авторы исследований</b>
Психологические проблемы, депрессия	Van Servellen et al. (2002), Ammassari et al. (2002), Stilley et al. (2004)
Нарушения когнитивной функции	Stilley et al. (2004), Okuno et al. (2001)
Признаки бессимптомного заболевания	Sewitch et al. (2003)
Низкие эффекты лечения	Van Servellen et al. (2002)
Отсутствие веры пациента в лечение	Okuno et al. (2001), Lacro et al. (2002)
Недостаточная осведомленность пациента о заболевании	Lacro et al. (2002), Perkins (2002)
Отсутствие взаимопонимания между врачом и пациентом	Okuno et al. (2001), Lacro et al. (2002)
Неудобство кратности приёма препаратов	Van Servellen et al. (2002), Farley et al. (2003)
Сложные схемы лечения	Ammassari et al. (2002)
Длительное лечение	Balkrishnan (1998), Ellis et al. (2004)

заболевании, около 40% готовы изменить образ жизни, если будут знать, как это сделать [24].

Для пациентов с гипертонической болезнью характерно снижение комплайенса в случае стабилизации артериального давления. Горецкой Н.С. (2011) были выделены разные типы приверженности терапии, характерные для данных больных; автор установила взаимосвязь комплайенса с определенными личностными особенностями. Так, для пациентов с дефицитарным типом комплайенса характерны низкая интеллектуальная продуктивность, дефицит эмоционального контроля, неисполнительность, осторожность в отношениях. В случае преобладания формального, негативистического, нестабильного, симбиотического типов комплайенса у больных чаще встречаются такие личностные качества как замкнутость, впечатлительность, чувствительность, высокая подозрительность, консерватизм. Конструктивный тип комплайенса ассоциирован с такими личностными особенностями, как экстернальный локус контроля, высокая тревожность, ипохондричность, чувствительность к одобрению окружающих [5].

Проведенное нами в 2007-2010 гг. (Кувшинова Н.Ю., 2011) исследование особенностей комплайенса и его взаимосвязи с некоторыми психологическими особенностями больных ишемической болезнью сердца показало, что высокий уровень комплайенса пациентов с различными клиническими формами ИБС положительно взаимосвязан с уровнем эмоциональной устойчивости (фактор С по личностному опроснику Р. Кеттелла), ответственности (G), высоким самоконтролем (Q3), гармоничным и тревожным типами отношения к болезни, с фактором персонализации по хорошим событиям, т.е. со стремлением приписывать ответственность себе за происходящие в жизни положительные события; отрицательная взаимосвязь была выявлена с уровнем депрессии и со стремлением объяснять негативные события как постоянные и не подлежащие контролю [12].

Лесная Н.Н. (2009) приводит данные, согласно которым полностью соблюдают схему приема лекарственных средств менее 60% взрослых больных диабетом и менее 40 % пациентов с бронхиальной астмой и гипертонической болезнью [15].

Проводя изучение особенностей психологической адаптации к болезни лиц, страдающих хронической почечной недостаточностью и находящихся на лечении гемодиализом, Васильева И.А. (2012) приводит данные, согласно которым от 40 до 64% больных, находящихся на гемодиализе, не соблюдают водный и питьевой режим. В числе факторов, ассоциированных с низким комплайенсом, автор отмечает низкий уровень образования, низкий социальный и экономический статус больных, отсутствие семьи и социальной поддержки, наличие депрессии. В своем исследовании автор доказала, что для

диализных больных с высоким уровнем комплайенса характерна большая осмысленность жизни, целеустремленность, удовлетворенность самореализацией и уверенность в своих возможностях контролировать происходящие события, чем для пациентов, склонных к нарушению терапевтического режима [3].

Кремлева О.В. (2013) отмечает, что лишь 47% больных с остеоартрозом сообщили о полной приверженности режиму лечения, а 24% – о намеренном прекращении приема лекарственных препаратов или об изменении дозы в течение последнего года лечения. Более высокие показатели некомплайенса у больных ревматоидным артритом выявлены автором у пациентов со склонностью к высокому самоконтролю и к принятию на себя вины и ответственности за фрустрирующую ситуацию, с симптомами неуверенности и неполноценности [11].

Фирсовой И.В. (2009) были установлены психологические факторы комплайентного поведения стоматологических пациентов. В частности, это преобладание конформных установок, склонность к компромиссам, конгруэнтность, ответственность, деловая направленность. При этом основным мотивом обращения к врачу за помощью является острая боль, а основной причиной несвоевременного обращения – страх перед медицинскими манипуляциями и недооценка тяжести своего состояния [28].

Ссылаясь на работы Blackwell В. (1992), Лесная Н.Н. (2009) отмечает взаимосвязь преморбидных личностных особенностей больных с комплайенсом. К примеру, больные с истерическими чертами характеризуются повышенным риском развития лекарственной зависимости, отличаются легкомысленным и небрежным отношением к лечению, могут использовать прием лекарственных средств для манипуляции окружающими. Больные с обсессивными чертами пунктуально следуют предписаниям врача, а прием лекарственных средств для них становится своего рода ритуалом, что в дальнейшем затрудняет отмену препаратов. Для невротизированных, инфантильных, тревожных личностей характерна склонность к самолечению и злоупотреблению психотропными средствами [15, 30]. Кадыров Р.В. и соавт. (2014) указывают на склонность к регулярному нарушению режима терапии гипертимными личностями вследствие легкой переключаемости, неустойчивости интересов, недооценки тяжести заболевания [8].

В литературе имеется немало данных, согласно которым частота отказов от лечения среди психически больных выше (Аведисова А.С., 2005; Литтрел К. и соавт., 2005; Голошапов И.В., 2010; Лутова Н.Б. и соавт., 2007; 2012 и др.). Причина этого – изменение когнитивных процессов, личности, снижение критичности, возможности распознавать признаки психического заболева-

ния у психических больных. Считается, что от одной трети до половины больных нарушают режим приема лекарств уже во время пребывания в психиатрическом стационаре и около двух третьих без согласования с врачами снижают рекомендованные дозировки, хаотически принимают или совсем прекращают прием препаратов. Каждые два из трех случаев повторной госпитализации являются следствием полного или частичного несоблюдения комплайенса. У пациентов, прекративших прием лекарств, чаще наблюдается антисоциальное и суицидальное поведение. Социальными последствиями нарушения комплайенса являются производственные и семейные проблемы больных, снижающие их качество жизни, а также увеличение количества материальных затрат на последующее лечение [1,5,16, 18, 19, 22].

Среди наиболее значимых причин некомплайентности Солондаев В.В., Сумеркина Д.В. (2011) называют побочные эффекты психофармакотерапии, длительность лечения и сложность схемы приема препаратов, субъективное улучшение самочувствия, отсутствие критики к своему состоянию, недостаточность информации о заболевании и назначаемом лечении. Предполагают, что для комплайенса оказывается значимым не только объективный факт наличия побочных явлений при приеме лекарственных препаратов, но и субъективная переносимость этих нежелательных явлений [27].

Отрицательное отношение к лекарству может формироваться под воздействием социокультуральных представлений о вреде приема медицинских препаратов. Психологическое сопротивление медикации возрастает, если лечение воспринимается больным как угроза автономности существования. Некомплайенс более характерен для больных с подострым и вялотекущим течением психических заболеваний (Лутова Н.Б., Борцов А.В. и соавт., 2007; Лутова Н.Б., 2012).

Еще сложнее складывается ситуация с изменением жизненного стиля и поведения пациента, столь необходимых при лечении психических заболеваний. В целом, только одна треть взрослых больных неукоснительно соблюдают рекомендации по лечению, треть – соблюдают их частично, а остальные вообще отрицают эту необходимость (Незнанов Н.Г., Вид В.Д., 2004).

Повышенный интерес к проблеме комплайенса в психиатрии, по мнению Лутовой Н.Б. (2012; 2013), Смулевича А.Б. и соавт. (2005), обусловлен несколькими причинами. Во-первых, нарушение соблюдения больными предписываемого режима лекарственных назначений во многом обуславливает сохраняющиеся в нашей стране высокие показатели регоспитализаций психически больных в стационары, увеличение длительности госпитализаций и рост первичной инвалидизации, что приводит к значительным финансовым

затратам на лечение [18, 19, 26]. Во-вторых, по данным Jin J., Sklar G., Li S.C. (2008), у психически больных нарушения режима приема лекарств приводят к особенно тяжелым последствиям, затрагивающим течение и прогноз самого заболевания, социальную сферу пациентов и благополучие членов их семей, одновременно также увеличивая материальные затраты общества на их последующее лечение и реабилитацию [31].

В своих работах Гаранян Н.Г. и Васильева М.Н. (2009) доказали, что одной из причин некомплайентности больных рекуррентными депрессиями являются личностные расстройства [4]. Кучер Е.О. (2009), изучая проблемы комплайенса больных с рекуррентными депрессиями, пришла к выводу, что пациенты с тяжелой и умеренной депрессией, с высокой частотой и большей длительностью обострений, у которых более выражены побочные эффекты лекарственной терапии, имеют больший риск нарушения комплайенса и нуждаются в более частых визитах к врачу, особенно на этапе поддерживающей терапии [14].

В литературе широко обсуждается вопрос низкой приверженности к лечению, наблюдаемой у пациентов с соматическими заболеваниями в случае присоединения депрессивной симптоматики (Lesperance F., Frasure-Smith N., Talajic M., 2002; Lopes A.A., Bragg J., Young E. et al., 2002; Кремлева О.В., 2013). В исследованиях доказано, что риск летальности для некомплайентных пациентов в течение одного года после перенесенного инфаркта миокарда повышается в 2-3 раза. Это может быть связано с несоблюдением режима приема препаратов и необходимых рекомендаций по восстановительному лечению, что особенно характерно для депрессивных больных, поскольку на фоне депрессии претерпевает изменения мотивационная сфера личности.

У больных с алкогольной зависимостью особенности комплайенса обуславливаются выраженностью патопсихологической симптоматики – снижением критичности, отсутствием мотивации к переменам, доминированием таких психических защит как отрицание и вытеснение (Лесная Н.Н., 2009).

Проблема приверженности терапии и выполнения врачебных рекомендаций особо остро стоит в трансплантологии. Пациенты после трансплантации органов становятся зависимыми от медицинских манипуляций и лекарственных средств, нуждаются в постоянном наблюдении и особом «охранном» режиме, щадящем образе жизни. В связи с этим от пациента требуется глубокое понимание сущности происходящего, всех преимуществ, которые дает трансплантация, а также проблем – медицинского, социального, психологического характера, – которые неизбежно возникают у всех больных, перенесших пересадку органа. Сознательное управление ситуацией болезни, высокая личная ответствен-

ность больного за медицинское поведение в послеоперационном периоде, конструктивное решение возникающих сложностей, должный уровень самоуправления и самоорганизации, высокий комплаенс достигаются при условии достаточной сохранности когнитивной и эмоционально-волевой сферы пациента (Кувшинова Н.Ю., Мостовая Л.И., 2014). По мнению Никольской Н.С. (2012), после трансплантации возникает необходимость перестройки самосознания и формирования новых стратегий совладания с ситуацией болезни [23].

Пересадка солидного органа предполагает изменение образа жизни пациента – соблюдение строгой диеты, определенный уровень физической активности, своевременный прием препаратов, обследования. Уклонение от предписанных правил увеличивает риск развития осложнений. В первые месяцы после трансплантации необходимо ограничение социальных контактов в связи с тем, что пациенты получают иммуносупрессивную терапию и становятся более подверженными вирусным и бактериальным инфекциям. Согласно рекомендациям, Канадского трансплантологического общества, которые приводит Данович Г.М. (2013), при оценке психосоциальной пригодности пациента к трансплантации почки, отдельное внимание следует уделять несоблюдению пациентом медицинских рекомендаций. Низкий комплаенс является противопоказанием к проведению оперативного вмешательства, поскольку при нарушениях схемы терапии появляется высокий риск развития отторжения и преждевременной дисфункции трансплантата [7]. Учитывая дефицит донорских органов и большое количество пациентов, нуждающихся в пересадке, большие затраты государства на проведение операции, высокую стоимость лечения, каждый пациент, принявший решение встать в лист ожидания на операцию, должен осознавать всю ответственность грамотного медицинского поведения. От пациента требуется глубокое понимание сущности происходящего, всех преимуществ, которые дает трансплантация, а также проблем – медицинского, социального, психологического характера, – которые неизбежно возникают у всех трансплантированных больных. Сознательное управление ситуацией болезни, высокая личная ответственность больного за медицинское поведение в послеоперационном периоде, конструктивное решение возникающих сложностей, должный уровень самоуправления и самоорганизации, высокий комплаенс достигаются при условии достаточной сохранности когнитивной и эмоционально-волевой сферы больных.

Климушева Н.Ф. и соавт. (2014) указывают на тот факт, что у пациентов, находящихся в листе ожидания на трансплантацию почки, показатели нонкомплаенса выше, чем у тех, кто ожидает донорское сердце или печень [9]. Предполагается,

это может быть связано с тем фактом, что для больных с почечной недостаточностью предусмотрен другой вид заместительной терапии – диализ (перитонеальный или гемодиализ), а операцию трансплантации почки пациенты расценивают как вариант улучшения своего положения и расширения жизненных возможностей, в то время как для пациентов, нуждающихся в пересадке печени или сердца трансплантация является единственным жизнеспасающим органозамещающим вмешательством. В этом случае отношение личности к болезни является конфронтационным, связанным с представлениями о её внешних причинах, вызывает активацию саморегуляторных механизмов самоконтроля и конфронтации (Никольская Н.С., 2012).

В 2008 г. в научной литературе появился термин «психонепфрология». Levy N. (2008), характеризуя данный синдром, выделил такие его составляющие как депрессия, тревожность, суицидальные мысли, сексуальные проблемы, психозы вследствие метаболического дисбаланса, отсутствие комплаентности [36]. Имеется множество современных исследований, в которых доказано, что депрессия и личностная тревожность значительно распространены среди диализных пациентов (Kimmel P. Peterson R., 2005; Lopes A.A.). Так, частота клинически выраженной депрессии у больных на диализе составляет от 20 до 40%; ее считают самым распространенным психическим расстройством у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, определяющим выживаемость этих пациентов [33], при этом некоторые симптомы уремии и депрессии сходны – упадок сил, бессонница, апатия, снижение аппетита, немотивированное беспокойство.

В результате проведенного нами исследования психического статуса 84 пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, находящихся в листе ожидания на трансплантацию почки, было диагностировано повышение уровня ситуативной тревоги у 73,1% больных, личностной – у 57% пациентов. В структуре тревоги доминировали реакции тревожной оценки перспективы, астенический компонент, реакции социальных защит. Отношение к заболеванию характеризовалось преобладанием тревожно-сензитивного (47,6%), анозогнозического (21,4%), ипохондрического (8,3%) и дисфорического (7,2%) типов. Наличие симптомов депрессивного спектра выявлено у 60,7% пациентов (по данным шкалы Гамильтона – малый депрессивный эпизод). Установлено повышение индекса враждебности у 70% пациентов, у 48,8% высокий показатель негативизма, у 62% – высокие показатели раздражения. Все указанные особенности психического статуса больных с хроническими заболеваниями почек могут отрицательно сказываться на терапевти-

ческой мотивации, приверженности лечению, на особенностях терапевтического альянса и межличностных отношениях в целом, снижая удовлетворенность качеством терапии и оказываемой социальной поддержки. Фиксация на ситуации болезни наряду с ограничением социальных контактов приводят к последующему формированию ипохондрических черт, еще более усугубляя социальную дезадаптацию пациента. Тревожные переживания, связанные с оперативным вмешательством, нередко являются причиной последующего отказа от трансплантации почки, гипогнозия мешает полноценному осознанию и принятию информации, связанной с заболеванием, что отрицательно влияет на комплаенс [10, 13, 21].

Поскольку высокий уровень комплаенса больного играет очень важную роль после трансплантации, своевременное распознавание и последующее купирование нарушений эмоционально-волевой сферы и поведения приобретает приоритетную значимость в практике лечения больных, нуждающихся в пересадке органа, еще на этапе постановки в лист ожидания.

Таким образом, проблема изучения комплаенса продолжает оставаться актуальной в различных областях медицины. Сокращение количества неблагоприятных исходов в послеоперационный период, предупреждение развития осложнений и прогрессирования хронических заболеваний во многом определяются грамотным медицинским поведением пациента. Важное значение проблема изучения комплаенса приобретает в контексте оказания пациентам высокотехнологичной помощи, в частности, в клинике трансплантологии, где от грамотного выполнения врачебных рекомендаций зависит выживаемость трансплантата и жизнь пациента в целом. Выявление психологических факторов, ассоциированных с высоким и низким комплаенсом у больных с разной нозологией, позволит прогнозировать особенности медицинского поведения пациентов, определить «мишени» психологической интервенции, направленной на оптимизацию комплаенса, на разных этапах течения заболевания.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Аведисова А.С.* От некомплаенса к отказу от психофармакотерапии // Психиатрия и психофармакотер. 2005. № 6. С. 316–324.
2. *Бородин В.И.* Типология и распространенность отказов от психофармакотерапии у больных с депрессивными расстройствами // Российский психиатрический журнал. 2005. №5. С. 44–53.
3. *Васильева И.В.* Качество жизни больных при лечении гемодиализом: биологические и психосоциальные факторы, методы оценки и подходы к коррекции: автореферат дис. ...докт. психол. наук: 19.00.04 – Медицинская психология. СПб, 2010. 45с.
4. *Гарянян Н.Г., Васильева М.Н.* Личностные характеристики больных рекуррентной депрессией, резистентной к медикаментозному лечению // Сибирский психологический журнал. 2009. № 9. С.27–33.
5. *Голощапов И.В.* Формирование согласия на лечение у больных, зависимых от алкоголя: автореф. дисс. ... канд.мед.наук: 14.01.27. М., 2010. 27 с.
6. *Горецкая А.Н.* Личностные особенности и комплаентность больных гипертонией на различных стадиях заболевания // Медицинская психология. 2011. № 1. С.40–44.
7. *Данович Г.М.* Трансплантация почки / Пер. с англ. Под ред. Я.Г. Мойсюка. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2013.
8. *Кадыров Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С.А.* Опросник «Уровень комплаентности»: монография. Владивосток: Мор. гос. ун-т. 2014. 74 с.
9. *Климушева Н.Ф., Баранская Л.Т., Шмакова Т.В.* Психологические факторы развития трансплантологии // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2014. № 4(27) [Электронный ресурс]. URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 25.09.2015).
10. *Колсанов А.В., Харитонов Б.И., Мостовая Л.И., Кувшинова Н.Ю.* Некоторые аспекты психологической работы в трансплантологической службе / Материалы Междисциплинарной конференции «Гуманитарное обеспечение инновационной деятельности в биологии и медицине». г. Самара, 20–21 мая 2014 г. // Аспирантский вестник Поволжья. 2014. № 3–4. С. 142–143.
11. *Кремлева О.В.* Проблемы некомплаентности в соматической клинике: тактика преодоления [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. научн. журн. 2013. № 4(21). URL: <http://medpsy.ru> (Дата обращения 29.10.2015).
12. *Кувшинова Н.Ю.* Психокоррекционная работа с больными ишемической болезнью сердца с учетом параметров качества жизни: дисс. ...канд. псих. наук: 19.00.04 – Медицинская психология. СПб, 2011. 179 с.
13. *Кувшинова Н.Ю., Мостовая Л.И.* Психосоматические реакции у больных хронической почечной недостаточностью // Materials of the I International scientific and practical conference, «Science and Education», 2014. Volume 12. Medicine. Veterinary medicine. Sheffield. Science and education LTD. P. 10–12.
14. *Кучер Е.О.* Влияние употребления алкоголя на комплаенс у пациентов с депрессией // Психическое здоровье. 2009. № 7. С. 16–20.
15. *Лесная Н.Н.* Состояние проблемы комплаенса при лечении больных хроническими заболеваниями // Медицинская психология. 2009. № 2–3. С. 135–138.
16. *Литтрел К., Джонс-Ван Д.Е., Мак-Фрайн Д.* Соблюдение режима лечения в психиатрии: что должен знать каждый врач, лечащий больных шизофренией // Психиатрия и психофармакология. 2005. Т. 7. № 4. С. 238–240.
17. *Лутова Н.Б.* Взаимосвязь медикаментозного комплаенса и терапевтического альянса у больных психозами // Вестник психотерапии. 2012. № 44(49). С. 23–29.
18. *Лутова Н.Б.* Комплаенс в психиатрии и подходы к его улучшению // Российский психиатрический журнал. 2012. № 2. С. 20–25.
19. *Лутова Н.Б.* Структура комплаенса у больных с эндогенными психическими расстройствами:

- автореферат дис. ... докт. мед. наук: 14.01.06 – Психиатрия; 19.00.04 – Медицинская психология. СПб, 2013. 50 с.
20. Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии: методические рекомендации / СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: Н.Б. Лутова, А.В. Борцов, В.Д. Вид, А.Я. Вукс. – СПб., 2007. – 24 с.
  21. *Мостовая Л.И., Кувшинова Н.Ю.* Особенности психического состояния больных хронической болезнью почек // Материалы Второй всероссийской научной конференции «Психология психических состояний». Казанский Федеральный университет, 14-16 ноября 2013 г. Часть II. – Казань, Изд-во «Отчество», 2013. С.165-168.
  22. *Незнанов Н. Г., Вид В. Д.* Проблема комплайенса в клинической психиатрии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2004. Т. 6. № 4. С. 213-214.
  23. *Никольская Н.С.* Особенности самосознания больных в ситуации предельного витального риска: автореф. дис. ... канд. псих. наук: 19.00.01 – Общая психология, психология личности, история психологии 19.00.04 – Медицинская психология. М., 2012. 24 с.
  24. *Оганов Р.Г., Погосова Г.В.* Современные стратегии профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний // Кардиология. 2007. № 12. С.4-9.
  25. *Самушия М.А.* Подходы к фармакотерапии клинических проявлений патологической динамики расстройств личности на этапе амбулаторно-поликлинической реабилитации после операции аортокоронарного шунтирования // Психиатрия. 2005. № 2 (14). С. 20-26.
  26. *Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В.* Психокardiология. М.: ООО «Медицинское информационное агентство». 2005. 784 с.
  27. *Солондаев В.В., Сумеркина Д.В.* Комплайенс в общении врач-больной. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. № 4. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения 21.09.2015).
  28. *Фирсова М.В.* Концепция комплаентности в стоматологической практике: автореферат дисс. ... докт. мед. наук: 14.00.52 – Социология медицины; 14.00.21 – Стоматология. Волгоград. 2009.
  29. *Шестопалова Л.Ф., Лесная Н.Н.* Особенности комплайенса больных с алкогольной зависимостью и система его психокоррекции // Международный медицинский журнал. 2011. № 3. С. 6-12.
  30. *Blackwell B.* Compliance // *Psychother.* 1992. 12. Vol. 58. P. 161-167.
  31. *Jin J., Sklar G., Li S.C.* Factors affecting therapeutic compliance: a review from the patient's perspective // *Ther Clin. Risk Manag.* 2008. № 4: 269-286.
  32. *Desai N.R., Choudhry N.K.* Impediments to adherence to post myocardial infarction medications // *Curr. Cardiol. Rep.* 2013. Vol. 15(1). P. 322. doi: 10.1007/s11886-012-0322-6.
  33. *Kimmel P.L., Peterson R.A.* Depression in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: tools, correlates, outcomes, and needs // *Semin Dial.* 2005. Vol. 18. № 2. P.91-97.
  34. *Lesperance F., Frasure-Smith N., Talajic M.* Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction // *Circulation.* 2002. Vol. 105. P. 1049-1053.
  35. *Leppik I.E.* Compliance during treatment of epilepsy // *Epilepsia.* 1988. 29: 79-84.
  36. *Levy N.* What is psychonephrology? // *J. Nephrology.* 2008. Vol. 21. Suppl. 13. P. 51-53.
  37. *Lopes A.A., Bragg J., Young E., Goodkin D., Mapes D. et al.* Depression as predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe // *Kidney Int.* 2002. Jul; 62 (1): 199-207.

## THE PROBLEM OF COMPLIANCE THERAPY IN DIFFERENT FIELDS OF MEDICINE

© 2015 N.Y. Kuvshinova

Samara State Medical University

The article provides the overview of the compliance . The authors describe special aspects of medical adherence in therapy, dentistry, psychiatric practice and in transplantation. Some psychological characteristics of patients associated with high and low compliance are given in the article.

**Keywords:** compliance, psychological characteristics, chronic diseases, depression, transplantation.