

Комплаенс-психотерапия больных алкогольной зависимостью

АГИБАЛОВА Т.В.

д.м.н., рук. отделения психотерапии, ФГУ «Национальный научный центр наркологии Росздрави», Москва;
тел.: +7(495) 358-97-47; e-mail: agibalovatv@mail.ru

ГОЛОЩАПОВ И.В.

главный врач, ОГУЗ «Белгородский областной наркологический диспансер», Белгород; narcolad@ctline.ru

РЫЧКОВА О.В.

к.психол.н., доцент, зав. кафедрой общей и клинической психологии

факультета психологии Белгородского государственного университета, Белгород; rychkova@bsu.edu.ru

Представлены результаты оценки эффективности комплаенс-психотерапии больных алкогольной зависимостью. Формат разработанной и апробированной в настоящем исследовании высоко специализированной комплаенс-психотерапии для больных алкогольной зависимостью доказал свою высокую эффективность и адекватность для решения задачи повышения уровня согласия на лечение.

Ключевые слова: психотерапия, комплаенс, алкогольная зависимость, лечение, эффективность

Введение

Сложность лечения пациентов, страдающих наркологическими заболеваниями, хорошо известна и многократно обсуждалась в литературе. Одной из важнейших составляющих этой проблемы является невыполнение больными врачебных назначений, препятствующее достижению стойкого терапевтического эффекта, недостаточная степень согласия на лечение. Степень согласия или приверженности пациентов к лечению изучается в работах как западных, так и отечественных исследователей, и сам термин *compliance* (согласие, податливость, уступчивость) понимается как осознанное сотрудничество между врачом и пациентом, а также членами его семьи.

Целью работы стали разработка, апробация и оценка эффективности комплаенс-психотерапии, основанной на данных о факторах, обуславливающих низкую степень согласия на лечение больных алкогольной зависимостью, и использующей технологию работы с дезадаптивными и препятствующими лечению убеждениями.

Пациенты и методы исследования

Основным методом исследования эффективности комплаенс-терапии является эксперимент. Эксперимент проводился по плану для двух неэквивалентных групп с предварительным и итоговым тестированием.

В качестве независимой переменной выступают психотерапевтические сессии в формате комплаенс-психотерапии, направленные на психологическую коррекцию установок, препятствующих согласию на лечение у больных алкогольной зависимостью, а также особая тактика ведения больного, учитывающая имеющийся у него запрос на улучшение своего физического состояния, с использованием ресурсов собст-

венно наркологического, а также терапевтического и неврологического лечения.

Общая численность больных, задействованных в исследовании, составила 96 чел. (24 женщины и 71 мужчина) из числа проходивших курс лечения на базе стационарных отделений ОГУЗ «Белгородский областной наркологический диспансер». Возрастные границы группы — от 22 до 60 лет, средний возраст составлял $40 \pm 2,1$ года. Согласно критериям включения, исследуемая выборка была представлена больными, страдающими алкогольной зависимостью преимущественно во II стадии заболевания (89,2%), либо с диагнозом *алкоголизм переходной II—III стадии* (10,8%). Критериями исключения стали: наличие у больных алкогольной зависимостью острых психотических расстройств, хронических соматических заболеваний в стадии обострения с выраженным болевым синдромом, наличие зависимости от других ПАВ. На экспериментальном этапе исследования из группы пациентов была выделена основная группа — 42 чел. (средний возраст $36,5 \pm 1,5$ года, 30 мужчин и 12 женщин), страдающие алкогольной зависимостью II стадии, ранее уже проходившие лечение в наркологическом диспансере. Клинические характеристики были в основном идентичны присущим группе в целом, поскольку отбор в экспериментальную группу осуществлялся на основе случайного выбора. Контрольной группой стали остальные пациенты из исследованной группы общим числом 54 чел.

В качестве зависимых переменных проведенного исследования выступают уровень согласия на лечение, аддитивные установки, поведение больного (в форме посещений врача и выполнения врачебных рекомендаций). Для экспериментального воздействия была разработана программа комплаенс-психотерапии, эффективность которой проверялась.

В работе использовались клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психологический, статистический методы исследования (описательная статистика, корреляционный анализ, непараметрический критерий χ^2). Для обработки данных использовались статпакеты программ Stadia, Microsoft Excel (версия 7.1), Statistica 6.0).

Использованные психологические тесты:

1. *Опросник для оценки отношения к лекарственным препаратам (Drug Attitude Inventory — DAI-30)* [19] содержит 30 формулировок, отражающих положительное или отрицательное отношение к проводимой медикаментозной терапии, субъективный опыт приема лекарственных препаратов либо общие убеждения в отношении лекарственных средств;

2. *Тест аддиктивных установок Мак-Маллана — Гейлхар (MGAA)* [7] был применен для выявления аддиктивных установок, свойственных больным алкоголизмом, а также их влияния на согласие лечиться. Данный тест содержит 42 утверждения (установки), оцениваемые больными по пяти степеням согласия с каждым из них (от «совершенно согласен» до «совершенно не согласен»);

3. *Методика исследования уровня субъективного контроля (УСК)*, позволяющая оценить сформированный у испытуемого уровень субъективного контроля над разнообразными жизненными ситуациями в соответствии с представлениями о локусе контроля Дж. Роттера (отечественный вариант разработан в НИИ им. В.М. Бехтерева);

4. *Мотивационный опросник*, позволяющий оценить готовность пациентов к изменениям в процессе лечения, в том числе психотерапевтического [10].

При необходимости больным проводились и иные психологические тесты, например патофизиологические (для оценки степени когнитивных расстройств) или предлагались опросники для диагностики личности, если была необходима более точная ее квалификация.

Результаты исследования

Комплаенс-психотерапия

Предлагаемый формат комплаенс-психотерапии сочетает в себе приемы:

1) когнитивной психотерапии (обнаружение иррациональных убеждений больных в отношении себя, болезни, прогноза алкоголизации в будущем, оценки собственных ресурсов по совладанию с болезнью и др.);

2) приемы информирования (о механизмах развития зависимости, действии медикаментов, способах лечения алкоголизма и др.);

3) приемы опосредованной психотерапии (с опорой как на терапевтическое, так и на психотерапевтическое использование психофармакологических препаратов).

Таким образом, источниками комплаенс-терапии можно считать три достаточно широко известных варианта психотерапии:

1) когнитивная психотерапия по модели А. Бека и А. Эллиса, направленная на изменение иррациональных убеждений пациента (в данном случае в отношении не только собственной алкоголизации, болезни, но и в отношении убеждений, препятствующих лечению);

2) психообразовательные программы, широко используемые в психиатрии, при медицинской профилактике, направленные на объяснение механизмов развития заболевания, основных способов совладания с ним. Авторство подхода определить затруднительно, но в отечественной литературе эти приемы находят отражение уже в работах В.М. Бехтерева, В.Е. Рожнова;

3) косвенная или опосредованная психотерапия, отечественному психотерапевту известная по работам В.М. Бехтерева («чрезпредметное внушение») или В.В. Макарова («опосредованная психотерапия» [6]).

Основные мишени комплаенс-психотерапии больных с алкогольной зависимостью:

- преодоление нарушений нозогнозии, достижение частичного осознания болезни;
- признание нарушений нозогнозии в качестве фактора, препятствующего любой терапии;
- преодоление искаженных представлений (и опасений) по поводу медикаментов и лечения;
- предложение развернутой программы терапии с использованием медикаментов, приемлемых с учетом жалоб пациентов, преобладающей у них психопатологической симптоматики;
- предложение письменных стандартизированных наглядных рекомендаций для пациентов по приему назначенной им терапии с опорой на основные желаемые эффекты от лечения;
- изменение самооценки (в сторону ее объективизации, поскольку нежелательны как завышенная, так и заниженная самооценка своего состояния и своих возможностей);

• повышение рефлексивных способностей и возможности оценки своего актуального состояния (как основа более зрелой саморегуляции);

• тренинг установления глубокого контакта (в рамках терапевтического альянса) как проявление новой для больного способности к получению эмоциональной поддержки от специалиста;

• тренинг навыков совладающего поведения, необходимого для преодоления «давления алкоголизирующей среды» с учетом негативного влияния этой среды на отношение к терапии и проводящим ее лицам;

• изменение отношения больного к периодически возникающему и неизбежному состоянию соматического и психического дискомфорта с опознанием этого состояния и использованием его как сигнала для

возобновления контакта с врачом (а не как основы для деструктивных реакций негативизма и отказа от лечения с разрушением контакта *врач — пациент*). Это аналогично часто используемому в отечественной традиционной психотерапии «противорецидивному тренингу».

Формат и сеттинг

5—7 сессий по 30—40 мин, 2—3 раза в неделю, с заранее объявленным временем встречи, преимущественно в первой половине дня. Предварительно — обязательное тестирование с целью определения особенностей личности пациента, антитерапевтических установок, установок по отношению к медикаментозной терапии, а также установок, поддерживающих аддиктивное поведение, опасений и страхов пациентов. Начинается проведение психотерапии после снятия симптомов ААС, во второй половине пребывания больного в стационаре. Беседы проводятся либо лечащим врачом, либо врачом-психотерапевтом, либо клиническим психологом, подготовленным в области психотерапии, причем указанные лица участвуют в дальнейшем курировании больного в условиях диспансерного наблюдения.

Последовательность выполнения комплайенс-психотерапии

На первом этапе терапевт совместно с пациентом осуществляет традиционную для когнитивной психотерапии концептуализацию проблемы, причем здесь мы относим к проблеме не только и не столько сами аддиктивные установки больных, но именно установки, препятствующие лечению (касающиеся как недооценки болезни, зависимости, так и предубеждения в отношении приема препаратов и препятствующие терапевтическим отношениям).

Исследуется материал по следующей схеме:

Поведение в виде продолжающегося приема алкоголя, отказа от поддерживающей медикаментозной терапии и взаимодействия с врачом психиатром-наркологом

Переживаемые эмоции и состояние

Значение автоматических мыслей

Автоматические мысли

Ситуации актуализации автоматических мыслей

Компенсаторные стратегии

Базисные убеждения по поводу себя, своего заболевания, окружающих, медикаментозной терапии.

На втором этапе обсуждаются более специфические вопросы, связанные с симптомами и эффектами от

лечения. Исследуется двойственное (всегда) отношение пациента к проводимому лечению и выявляются несоответствие действий, поведения пациента и той части его убеждений, которую можно назвать адаптивной.

На третьем этапе исследуется дезадаптивная часть убеждений пациента по поводу нежелательности приема препаратов и обосновывается их навязанность, зависимость от стереотипов мышления окружающих, эффекты в виде стигматизации и самостигматизации. Одной из форм самостигматизации можно считать уверенность пациента в своей неполноценности в связи с невозможностью самостоятельно прекратить прием спиртного и необходимостью принимать медикаменты. Способом преодоления такого рода нежелательных установок является предлагаемое пациенту доказательство роста качества его жизни в период приема психофармакотерапии и того факта, что выбор им медикаментозных препаратов и взаимодействия с врачами есть проявление ответственности за свою судьбу и самоэффективности. То есть, мы стремимся представить прием медикаментов как свободный выбор субъекта, как особую и продуктивную стратегию повышения качества своей жизни, с подчеркиванием выгоды от этого приема. На этом же этапе совместно с пациентом обсуждаются варианты возможной психофармакотерапии, подбирается тот ее объем, который учитывает рекомендации врача и одновременно устраивает пациента. Обязательно учитываются реальное состояние соматического здоровья пациента и его запросы по улучшению этого состояния. Одним из используемых приемов является перенесение акцента со снижения влечения к алкоголю как цели терапии на достижение общего оздоравливающего эффекта.

Используются не только собственно образовательные интервенции, но и косвенное внушение в форме поиска индивидуально-значимых метафор, образов для поддержания выбранной стратегии использования медикаментозной поддержки. Поощряется использование таких метафор, как *восстановление нарушенной баланса нервной системы, защитные функции лекарства, исправление причиненного вреда, питание клеток мозга, налаживание обмена веществ* и др.

На четвертом, завершающем, этапе разрабатывается схема-режим лечения, основанная на планировании будущих встреч, а также предложении пациенту письменных стандартизированных наглядных рекомендаций по приему назначенной им терапии. Эти рекомендации содержат информацию о каждом из назначенных препаратов, их дозировках, режиме приема, а также ожидаемых эффектах каждого препарата при его использовании. Важно то, что излагаться информация должна в понятных для больного терминах и в соответствии с его ожиданиями, желаниями, с учетом имеющихся у больного страхов.

Исследование эффективности психотерапевтической интервенции — достаточно сложная и комплексная задача, и мы провели ее оценку на основе двух групп данных.

Во-первых, использовались клинические данные, определяющие сравнительную динамику клинической картины у пациентов из основной и контрольной групп.

Во-вторых, изучались данные психологического тестирования, в первую очередь — алкогольных установок (тест MGAA) и уровня комплаентности (тест DAI).

Нами сравнивались две группы: экспериментальная — пациенты, прошедшие курс высокоспециализированной комплаенс-психотерапии, и контрольная — пациенты, такого рода интервенции не получившие. По своим клиническим характеристикам, психологическим параметрам, полу, возрасту и собственно уровню комплаентности группы не различались, так как отбор в основную (экспериментальную) группу производился на основе случайного выбора. Однако пациенты из экспериментальной группы знали о своем участии в «Программе повышения готовности к лечению» (как она именовалась для пациентов) и давали письменное согласие на такое участие. Важно отметить, что, несмотря на преимущественно средний уровень комплаентности к медикаментозной терапии, согласие на участие в «Программе» дали все пациенты, которым было это предложено, отказов не было. Согласие больные алкоголизмом давали на среднем этапе пребывания в стационаре — приблизительно на 6–10-й день.

Проанализируем первые результаты указанного вмешательства, заметные уже на этапе пребывания больного в стационаре.

Как видно из рис. 1, проведение комплаенс-психотерапии сразу и значительно повышает уровень комплаентности пациентов, причем именно за счет повышения числа лиц с высоким и устойчивым желанием лечиться. Очевидно, что при этом некоторая часть группы сохраняет мало заинтересованное и скептическое отношение к лечению, но число таких пациентов много ниже, чем в контрольной группе, и мы глубоко убеждены, что даже у таких резистентных пациентов происходит та или иная инвентаризация деструктивных установок, имеющихся по отношению к лечению, и их сопротивление терапии смягчается.

Дополнительно к анализу динамики комплаентности мы провели повторное обследование всех пациентов с помощью теста аддитивных установок Мак-Маллана — Гейлхар (MGAA) перед выпиской из стационара. Как видно из таблицы, уровень наличествующих у больных алкоголизмом аддитивных установок является практически постоянной величиной в тех случаях, когда эти установки не подверга-

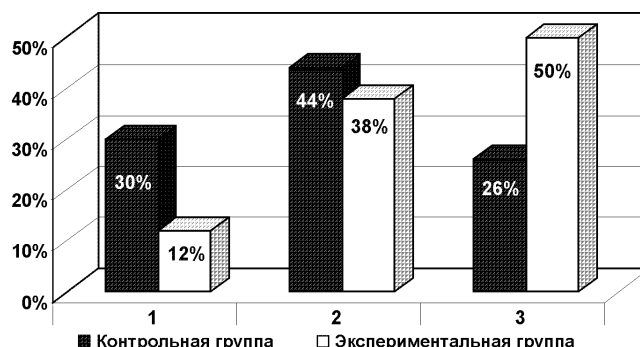


Рис. 1. Уровень комплаентности у пациентов экспериментальной и контрольной групп на завершающем этапе стационарной терапии: 1 — больные с низким уровнем комплаентности; 2 — больные со средним, неустойчивым уровнем комплаентности; 3 — больные с высокой готовностью к лечению

ются специализированному воздействию. Важно отметить, что комплаенс-психотерапия не была направлена именно на преодоление аддитивных установок, но как вторичный результат возникала некоторая их коррекция — за счет тех из них, которые предопределяют отношение к лечению. Подчеркнем также, что сохранение показателей по тесту MGAA на уровне высоких значений, отвечающих диапазону, обычному для больных алкоголизмом, в данном случае не видится нам отрицательным результатом, так как даже формирование положительного согласия на лечение не изменяет автоматически клинической принадлежности больного к группе страдающих алкогольной зависимостью. Для подтверждения значимости различий сдвигов по основным показателям аддитивных установок в экспериментальной группе мы воспользовались Т-критерием Стьюдента. Данный критерий показал, что значимые различия обнаружены по общему показателю аддитивных установок ($t = 3,4$, $t_{кр.} = 2$).

Особое значение, конечно, имеет дальнейшая динамика как основных терапевтических показателей, так и собственно уровня комплаентности пациентов экспериментальной группы, после выписки из стационара. В табл. 2 отражены данные по обращениям больных основной экспериментальной группы на консультацию к наркологу после выписки из стационара.

В числе клинических данных, представляющих интерес, необходимо привести результаты спонтанных обращений больных к наркологу после выписки из стационара. В табл. 2 приведены данные по спонтанным обращениям больных из числа контрольной группы, причем они не позволяют надеяться на комплаентность пациентов. В табл. 3 приведены данные по экспериментальной подгруппе. Даже если мы отбросим инициированные врачом обращения, разница между группами столь разительна, что уже одно это

Таблица 1

Данные теста теста аддитивных установок Мак-Маллана — Гейлхар (MGAA) для экспериментальной и контрольной групп перед выпиской

Общие показатели	Экспериментальная группа (n=42)		Контрольная группа (n=54)	
	Начало стационарного лечения	После проведения комплаенс-терапии	Начало стационарного лечения	Перед выпиской
Аддитивные установки (средний балл по тесту MGAA)	134	122	137	132
Уровень согласия на лечение (средний балл по тесту DAI)	2	12,8	2	1,85

Таблица 2

Обращения больных из контрольной группы за консультацией нарколога после выписки из стационара

Динамика наблюдения (в месяцах)	1-й	2-й	3-й	4-й	5-й	6-й	7-й	8-й	9-й	10-й	11-й	12-й
Число обращений (по группе из 42 чел.)	123	67	86	97	119	143	79	98	93	115	97	102
Из них число добровольных мотивированных обращений	69	58	67	56	79	113	51	63	71	67	50	73
Обращения, инициированные врачом	54	9	19	41	40	30	28	35	22	58	47	29

Таблица 3

Обращения больных из экспериментальной группы за консультацией нарколога после выписки из стационара

Динамика наблюдения (в месяцах)	1-й	2-й	3-й	4-й	5-й	6-й	7-й	8-й	9-й	10-й	11-й	12-й
Число обращений (по группе в целом)	9	11	6	9	13	19	11	9	9	11	17	10
Из них число добровольных мотивированных обращений	7	8	6	9	7	13	9	6	7	7	5	7

доказывает правомерность и оправданность предлагаемого нами вида вмешательства.

В то же время, мы должны отметить, что кроме комплаенс-психотерапии пациенты из экспериментальной группы находились под более последовательным наблюдением врача и медицинской сестры. Так, в частности, с пациентами регулярно (минимум два раза в месяц) связывались по телефону с целью уточнения состояния, возникающих проблем, последовательности и точности приема назначенного медикаментозного лечения. То есть можно говорить об иной организации поддерживающего динамического наблюдения. В то же время, пациенты из контрольной группы тоже не предоставлялись сами себе, их также обзванивали с целью уточнения состояния и

приглашения на прием. Однако никакого влияния таких телефонных звонков на обращение пациентов к врачу не отмечено, посещаемость нарколога у пациентов контрольной группы оставалась на чрезвычайно низком уровне (табл. 2).

Нами также проанализирована динамика уровня комплаентности у пациентов экспериментальной группы на этапе поддерживающего амбулаторного лечения. Из рис. 2 видно, что снижение комплаентности происходит, но не резко, а постепенно, и обычно не разрушает контакт больного с врачом, не приводит (в большинстве случаев) к отказу от терапии. Из сделанных на протяжении первого года наблюдений ясно, что ожидания от лечения у самих больных, прошедших комплаенс-психотерапию, иные. Они охотно предъявляют жалобы на

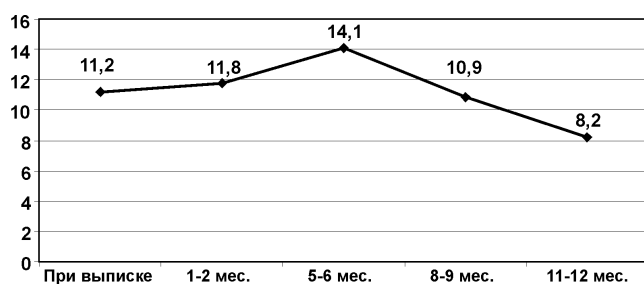


Рис. 2. Общий уровень комплаентности больных из экспериментальной группы на протяжении 12 мес. наблюдения (в баллах по тесту DAI)

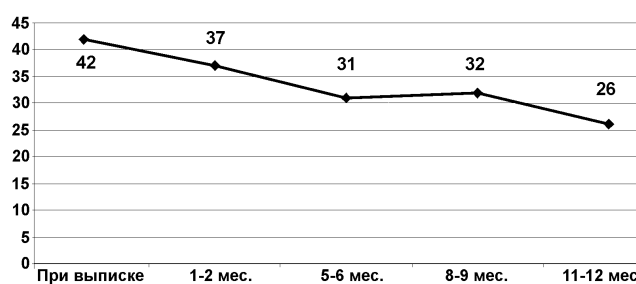


Рис. 3. Число больных из экспериментальной группы, сохраняющих свое участие в лечебной программе, на протяжении года амбулаторной терапии

соматические симптомы (ожидая их преумножения, ориентируясь тем самым на собственно терапевтическое лечение), столь же охотно говорят о своих социальных и психологических проблемах. По нашему ощущению, больные тяготеют к неформальному и глубокому контакту с врачом, причем отмечено повышение их доверия к врачу и курирующим их специалистам в целом. Так, происходящее в некоторых случаях изменение фигуры врача, их курирующего, не оказало существенного влияния на ход терапии (больные сами признавали, что другого врача воспринимают как преемника ранее заслужившего их доверие доктора). Полученные данные с высокой вероятностью позволяют предполагать роль терапевтического альянса между больным и лечащим врачом как одного из ведущих факторов в результатах терапии, хотя этот момент нуждается в специальной проверке.

Выводы

1. Проведенное исследование показало, что уровень комплаентности пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, недостаточен и, хотя несколько варьирует на разных этапах стационарной терапии, общее число пациентов с высокой и устойчивой готовностью к продолжению лечения не превышает 25%. На последующем амбулаторном этапе число таких пациентов не достигает и 20%. Эффективность стационарного лечения больных алкоголизмом, адекватность проведенной психофармакотерапии не являются предикторами хорошей или даже средней комплаентности на последующих этапах амбулаторного лечения и наблюдения, что обосновывает необходимость специализированного вмешательства в виде комплаенс-психотерапии. При этом установление непосредственной связи комплаентности больных алкоголизмом к лечению основного и сопутствующих соматических заболеваний доказывает необходимость терапевтического лечения как важной составляющей терапии больных алкоголизмом.

2. Исследование доказало, что уровень комплаентности пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, независимо от факторов, определяющих его, опосредуется типичными установками, препятствующими согласию на лечение. Выявление таких установок, возможное при специализированной комплаенс-психотерапии, создает условия для удержания пациентов в лечебной программе длительное время и повышения уровня согласия на лечение.

3. Формат разработанной и апробированной в настоящем исследовании специализированной комплаенс-психотерапии для больных алкоголизмом доказал свою высокую эффективность и адекватность для решения задачи повышения уровня согласия на лечение. Данный вид психотерапии создает условия для перехо-

да от стационарного лечения к поддерживающему амбулаторному лечению, становится необходимой составляющей преемственности стационарного и амбулаторного звена наркологической службы.

Список литературы

1. Агибалова Т.В. Психотерапия больных алкоголизмом с различными типами характера: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2001. — С. 170.
2. Агибалова Т.В., Бузик О.Ж., Голощапов И.В., Рычкова О.В. Комплаенс в наркологии: старая проблема и новый подход // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. — Рязань, 2008. — №1. — С. 112—117
3. Валентик Ю.В. Континуальная психотерапия больных алкоголизмом: Дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 1993. — 375 с.
4. Демина М.В., Чирко В.В. «Отчуждение» аддитивной болезни. — М.: Медпрактика, 2006. — С. 192.
5. Иванец Н.Н., Даренский И.Д., Стрелец Н.В., Уткин С.И. Лечение алкоголизма, наркоманий и токсикоманий (краткое клиническое руководство). — М.: Медпрактика-М, 1998. — С. 60.
6. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. — М.: Академический проект, Екатеринбург: Деловая книга, 1999. — 416 с.
7. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии. — СПб.: Речь, 2001. — С. 560.
8. Наумова Е.А. Определяющие факторы и методы улучшения приверженности пациентов к лечению сердечно-сосудистых заболеваний: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — Саратов, 2007. — С. 42.
9. Руководство по наркологии. Т. 2 / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: ИД Медпрактика, 2002. — С. 504.
10. Эпов Л.Ю. Применение мотивационной психотерапии при лечении больных алкогольной зависимостью: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2004. — С. 166.
11. Adherence to Long-term Therapies. Evidence for action. — World Health Organization. — 2003. — P. 201.
12. Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F. et al. Cognitive Therapy of Depression. — New York: Guilford Press, 1979. — P. 38.
13. Bundy C. Changing behaviour: using motivational interviewing techniques // J. R. Soc. Med. — 2004. — Vol. 97 (44). — P. 43—47.
14. Cost effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomized UK alcohol treatment trial (UKATT) // BMJ. — 2005. — P. 544.
15. Darchuk A.J. The Role of the Therapeutic Alliance and Its Relationship to Treatment Outcome and Client Motivation in an Adolescent Substance Abuse Treatment Setting. Thesis, PhD. — Ohio University. — 2007. — P. 195.
16. Feeney G.F., Connor J.P., Young R., Tucker J., Czajkowski F. Adherence with naltrexone prescription advice in hospital outpatient alcohol rehabilitation programme // J. Clin. Pharm. and Therap. — 2001. — Vol. 26 (1). — P. 73—79.
17. Handmaker N.S., Miller W.R., Manicke M. Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers // Journal of Studies on Alcohol. — 1999. — Vol. 60. — P. 285—287.
18. Herbeck D.M., Fiteck D.J., Svikis D.S., Montoya I.D., Marcus S.C., West J.C. Treatment compliance in patients with comorbid psychiatric and substance use disorders // Am. J. Addict. — 2005. — Vol. 14 (3). — P. 195—207.
19. Hogan T.P., Awad A.G., Eastwood R. A Self-report Predictive of Drug Compliance in Schizophrenia: Reliability and Discriminative Ability Psychological Medicine. — 1983. — Vol. 13. — P. 177—183.
20. Hummer M., Fleischhacker W.W. Ways of improving compliance // Lader M., Naber D., eds. Difficult Clinical Prob-

lems in Psychiatry. — London, England: Martin Dunitz, 1999. — P. 229—238.

21. Jackson P., Oei T.P.S. Social skills training and cognitive restructuring with alcoholics // Drug and alcohol dependence. — 1978. — Vol. 3. — P. 369—374.

22. Kemp R., Hayward P., Applewhaite G. et al. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial // BMJ. — 1996. — Vol. 312. — P. 345—349.

23. Kemp R., Kirov G., Everitt B. et al. Randomised controlled trial of compliance therapy. 18 month follow up // Brit. J. Psych. — 1998. — Vol. 172. — P. 413—419.

24. Kemp R., David A. Insight and compliance // Blackwell B. (ed). Compliance and the treatment alliance in serious mental illness. — Newark, N.J.: Gordon and Breach Publishing Group, 2004.

25. Kemp R., Hayward P., Applewhaite G., Everitt B., David A. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial // BMJ. — 1996. — Vol. 312. — P. 345—349.

26. Kingdon D.G., Turkington D. Cognitive-Behavioural Therapy of Schizophrenia. — New York: Guilford Press, 1994.

27. Lial L., Kofoed M.D. Chemical Monitoring of Disulfiram Compliance: A Study of Alcoholic Outpatients // Alc.: Clin. Exp. Res. — 1987. — Vol. 11 (5). — P. 481—485.

28. Love R.C. Strategies for increasing treatment compliance: The role of long-acting antipsychotics // Am. J. Health-System Pharmacy. — 2002. — Vol. 59 (8). — P. 10—15.

29. McDonald H., Garg A., Haynes R. Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review // J. Amer Med Ass. — 2002. — Vol. 288(22). — P. 2868—2879.

30. Meier P.S., Barrowclough C., Donmall M.C. The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature // Addiction. — 2005. — Vol. 100(3). — P. 304—316.

31. Miller W.R. Motivational Enhancement Therapy with Drug Abusers. Department of Psychology and Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions (CASAA) The University of New Mexico Albuquerque. — New Mexico. — 1987. — P. 131—161.

32. Miller W.R., Sovereign R.G., Kreege B. Motivational interviewing with problem drinkers: II. The Drinker's Check-up as a preventive intervention // Behav. Psychoth. — 1988. — Vol. 16. — P. 251—268.

33. Miller W.R., Sovereign R.G. The check-up: A model of early intervention in addictive behaviors // Addictive behaviors: prevention and early intervention. — Amsterdam, 1989. — P. 219 — 231.

34. Miller W., Rollnick S. Motivational interviewing. — New York: Guilford Press, 1999. — P. 54—71.

35. O'Donnell C., Donohoe G., Sharkey L., Owens N., Mignone M., Harries R., Kinsella A., Larkin C., O'Callaghan E. Compliance therapy: a randomised controlled trial in schizophrenia // BMJ. — 2003. — Vol. 11. — P. 834.

36. Oslin D.W., Pettinati H., Volpicelli J.R. Alcoholism treatment adherence: older age predicts better adherence and drinking outcomes // Am. J. Geriatr. Psychiatry. — 2002. — Nov.—Dec. — Vol. 10 (6). — P. 740—747.

37. Petermann F., Muhlig S. Grundlagen und Moglichkeiten der Compliance-Verbesserung // F. Petermann (Ed.), Compliance und Selbstmanagement. — 1998. — P. 73—102.

38. Peterson A.M. Improving adherence in patients with alcohol dependence: a new role for pharmacists // Am. J. Health Syst. Pharm. — 2007. — Vol. 64 (3). — P. 23.

39. Rollnick S., Miller W.R. What is motivational interviewing? // Behav. Cogn. Psychother. — 1995. — №23. — P. 325—334.

COMPLIANCE PSYCHOTHERAPY OF PATIENTS WITH ALCOHOL ADDICTION

AGIBALOVA T.V.

Dr.med.sci., Head of the Department of psychotherapy,
National Scientific Center for Research on Addictions of Russian Ministry of Health and social care, Moscow

GOLOSHCHAPOV I.V.

Head of Belgorod Regional Substance Abuse Clinic, Belgorod

RYCHKOVA O.V.

Cand.psychol.sci., docent, Belgorod State University, Belgorod

The article describes the results of development, testing and efficiency evaluation of compliance therapy based on the data about factors causing the low level of consent to treatment in alcohol addicts. This therapy makes use of a technology of work with maladaptive beliefs and beliefs that interfere with treatment. The format of a highly specific compliance therapy for alcohol addicts developed and tested in this study has proved efficient and appropriate for the purposes of improving the level of consent to treatment.

Key words: psychotherapy, compliance, alcohol dependence, treatment, efficiency