

Социально-психологические факторы комплаентности больных шизофренией

Алиева Л.М., Солохина Т.А.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

НАУЧНЫЙ
ОБЗОР

Резюме

Цель: анализ литературы, посвященной влиянию социально-психологических факторов на комплаентное поведение больных шизофренией. **Материал:** по ключевым словам «шизофрения», «комплаенс», «приверженность лечению», «осознание болезни», «психологические факторы», «социальные факторы», «психообразование», «семейная терапия» отобраны и изучены статьи отечественных и зарубежных авторов, посвященные проблеме комплаентности больных шизофренией и опубликованные в последние два десятилетия. Проанализированы статьи в базах MedLine/PubMed, eLIBRARY, релевантные ссылки в списках литературы анализируемых статей. **Обсуждение:** анализ публикаций показал, что на комплаентное поведение больных шизофренией влияют факторы, связанные с клинической картиной болезни, культуральными и религиозными особенностями индивидов, медикацией, системой организации медицинской помощи. Наиболее подробно обсуждаются социально-психологические факторы комплаентности больных шизофренией — внутренняя картина болезни, эмоциональное реагирование пациента и его родственников на заболевание, терапевтический альянс со специалистами психиатрической службы и ряд других факторов. Рассматривается взаимосвязь комплаентности больных шизофренией с состоянием когнитивной, эмоциональной и мотивационно-поведенческой сферами личности. **Заключение:** комплаенс больных шизофренией позволяет улучшить сочетание медикаментозной терапии с психообразовательной работой. Программа психообразования должна быть доступна для большинства из них. Учитывая влияние родственников на формирование комплаентности больных шизофренией, необходимо включать семейную терапию в лечебно-реабилитационные программы психиатрических учреждений.

Ключевые слова: шизофрения; комплаенс; приверженность лечению; осознание болезни; психосоциальные факторы; психообразование; семейная терапия.

Для цитирования: Алиева Л.М., Солохина Т.А. Социально-психологические факторы комплаентности больных шизофренией. *Психиатрия*. 2020;18(2):71–81. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-2-71-81>

Конфликт интересов отсутствуют

Socio-Psychological Factors of Compliance of Patients with Schizophrenia

Alieva L.M., Solokhina T.A.

FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia

REVIEW

Summary

Purpose: analysis of the literature on the influence of socio-psychological factors on the complimentary behavior of patients with schizophrenia. **Material:** according to the keywords "schizophrenia", "compliance", "adherence to treatment", "awareness of the disease", "psychological factors", "social factors", "psycho-education", "family therapy", articles of domestic and foreign authors were selected and studied, devoted to the problem of compliance with schizophrenia patients and published in the last two decades. To compile a literature review, articles in the MedLine/PubMed, eLIBRARY, databases were selected and analyzed, relevant links in the literature lists of the analyzed articles. **Discussion:** analysis of publications showed that at present, numerous factors have been identified that affect the compliant behavior of schizophrenia patients, among which factors associated with the clinical picture of the disease, cultural and religious characteristics of individuals, medication, the organization of medical care, and many others have been identified. The article most thoroughly discusses the socio-psychological factors of schizophrenia patients' compliance — the internal picture of the disease, the emotional response of the patient and his relatives to the disease, the therapeutic alliance with specialists of the psychiatric service and a number of other factors. The relationship of the schizophrenia patients' compliance with their cognitive, emotional and motivational-behavioral spheres of personality was considered. **Conclusion:** compliance of patients with schizophrenia can improve the combination of drug therapy with psychoeducational work. A psychoeducation program should be available to most of them. Given the influence of relatives on the formation of compliance with schizophrenia patients, it is necessary to include family therapy in treatment and rehabilitation programs of psychiatric institutions.

Keywords: schizophrenia; compliance; adherence to treatment; disease awareness; psychosocial factors; psychoeducation; family therapy.

For citation: Alieva L.M., Solokhina T.A. Socio-Psychological Factors of Compliance of Patients with Schizophrenia. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2020;18(2):71–81. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-2-71-81>
There is no conflict of interests

ВВЕДЕНИЕ

Проблема комплаенса или приверженности лечению¹ является одной из актуальных проблем современной медицины. С ней сталкиваются врачи всех специальностей [1], но особое значение эта проблема приобретает в психиатрии в связи с необходимостью длительного, многолетнего приема лекарств психически больными [2], а также с учетом клинических и социально-экономических последствий, обусловленных этими заболеваниями. Низкая комплаентность пациентов, страдающих психическими заболеваниями, обуславливает более тяжелое течение заболевания, инвалидизацию и оказывает негативное влияние на качество жизни. Как известно, психические заболевания в целом и, особенно, шизофрения являются для государства высокочрезвычайными и ресурсоемкими областями [3].

Согласно данным многочисленных исследований, установлено, что 50–80% больных шизофренией в той или иной степени нарушают режим лечения, от 20 до 40% прекращают прием препаратов сразу же после первой госпитализации, более 40% пациентов самостоятельно отменяют прием лекарств, когда их самочувствие улучшается [4–8].

В настоящее время насчитывается более 250 факторов, влияющих на комплаентность психически больных, среди которых выделяются факторы, связанные с клинической картиной болезни, психологическими, культуральными и религиозными особенностями индивида, социально-экономическими условиями, медикаментозной терапией, отношением ближайшего окружения пациента к его лечению, системой организации медицинской помощи, личностью врача и др. [9–14].

Анализ факторов, отрицательно влияющих на комплаентность, указывает, прежде всего, на низкую осведомленность лиц с психическими нарушениями о своей болезни и методах ее лечения, отсутствие критики к болезни, наличие коморбидной зависимости от алкоголя или психоактивных веществ, когнитивных нарушений, депрессивной симптоматики, низкой мотивации к лечению, а также психопатологической симптоматики.

К основным причинам, по которым пациенты не принимают медикаментозные препараты, относят страх развития зависимости от психотропных лекарств, побочные эффекты медикаментов, прежний не-

благоприятный опыт лечения, надежду на спонтанное выздоровление, уверенность в том, что для излечения достаточно «взять себя в руки». Имеют значение также убежденность больных в том, что «в данном случае медицина бессильна», стигма и самостигматизация, открытое выражение недоверия лечащему врачу, а также естественно возникающее желание прекратить прием лекарственных препаратов при хорошем самочувствии [1, 7]. В исследовании J.S. Berg, J. Dishler, D.J. Wagner [10] было выявлено, что только около половины больных верили, что лекарства приносят пользу, в то время как 40% больных относились к ним отрицательно. Д.С. Данилов (2008) показал, что негативное отношение к лекарствам при многих болезнях, в том числе при психических, связано со следующими суждениями: «лекарства — это яд», «лекарства вызывают привыкание», «лекарства могут повредить здоровью», «лекарства разрушающе действуют на печень и мозг», «нужно лечиться природными средствами» и прочими представлениями [1].

Н.Г. Незнанов и В.Д. Вид (2004) отмечали, что надежным предиктором некомплаентности при психофармакотерапии являлся субъективный дистресс от увеличения массы тела, а также избыточная седация, экстрапирамидные расстройства, различные эндокринные нарушения, возникающие при приеме психотропных средств [15]. В то же время при активном социальном функционировании, наличии работы, более высоком уровне образования пациенты лучше соблюдают медицинские рекомендации, чем при низком социальном функционировании [16].

Как показывают исследования отечественных и зарубежных авторов, важное значение среди факторов, влияющих на приверженность лечению больных шизофренией, принадлежит их личностным особенностям, состоянию когнитивных, эмоциональных, мотивационно-поведенческих сфер психического функционирования [17, 18].

Часто причиной отказа от приема лекарств является негативное отношение родственников пациентов к их лечению [19]. Учитывая вышесказанное, обзор литературы посвящен анализу социально-психологических факторов, влияющих на комплаентность больных шизофренией, что представляется актуальным для разработки психотерапевтических и психосоциальных программ, направленных на повышение у больных шизофренией и членов их семей приверженности лечению.

ЦЕЛЬ

Провести анализ научных публикаций, посвященных влиянию социально-психологических факторов на комплаентное поведение больных шизофренией.

¹ В современной литературе используются оба термина — комплаенс и приверженность лечению — как имеющие общий смысл. Но если под термином комплаенс подразумевается согласие пациента с предложенным планом лечения и точное следование ему, то понятие приверженность имеет несколько более широкое значение и свидетельствует не только об осознанном, активном отношении пациента к медикаментозному лечению, но также к другим видам терапии, диете, образу жизни. В данной публикации авторы используют оба термина как синонимы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОД

По ключевым словам «шизофрения», «комплаенс», «приверженность лечению», «осознание болезни», «психологические факторы», «социальные факторы», «психообразование», «семейная терапия» в базах MedLine/PubMed, eLIBRARY с 2000 по 2019 г., а так же в списках литературы релевантных статей отобраны и изучены работы отечественных и зарубежных авторов, посвященные изучению комплаентности больных шизофренией.

ОБСУЖДЕНИЕ

Значимую роль в формировании комплаенса играет внутренняя картина болезни (ВКБ), которая характеризует субъективные переживания пациента относительно его заболевания. Р.А. Лурия (1977) определяет ВКБ как «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, ее причинах, все то, что связано с его приходом к врачу — весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и тревог» [20].

Н.Б. Лутова считает, что ВКБ больных включает в себя следующие параметры: адекватное восприятие тяжести заболевания, оценку риска возникновения рецидива в будущем, восприятие своей способности контролировать болезнь [21]. При нарушении целенаправленности мышления больные недостаточно понимают свое психическое состояние и жизненную ситуацию, отказываясь от выполнения указаний врача и медперсонала; они характеризуются оборонительной реакцией, недоверчивостью, а также подозрительностью, обусловленной бредовой идеацией и снижением критики.

Л.И. Ложкина (2015) при рассмотрении теоретико-методологических аспектов комплаенса считает, что интеллектуальная часть ВКБ отражается на эмоциональном уровне в виде стенических или астенических чувств по отношению к лечению и может рассматриваться в качестве условий комплаентного или некомплаентного поведения. Автор отмечает, что изменения, вносимые во внутреннюю картину болезни, могут быть управляемыми, например целенаправленное просвещение пациента об особенностях заболевания и всего, что с ним связано, так и неуправляемыми, например негативная оценка медицинской помощи или побочные действия медикаментозной терапии, способные спровоцировать отказ от лечения. Таким образом, необходимо учитывать внешние медико-социальные и внутренние психологические особенности формирования ВКБ и комплаенса [22].

По мнению Д.С. Данилова [1], изучавшего проблему комплаенса для разных групп пациентов, в том числе у психически больных, на формирование типа

ВКБ влияют доминирующие личностные особенности больного, что может быть использовано для оценки прогноза комплаенса и в психиатрии. Автором выделены пять типов личности — тревожно-мнительные, застревающие, гипертимные и гипотимные личности, а также пациенты с шизоидными чертами личности.

Например, тревожно-мнительные личности, склонные к сомнениям, с чувством постоянной неуверенности, повышенной тревожностью, как правило, при недостаточно эффективной терапии начинают обращаться к другим специалистам и часто меняют терапию.

Застревающие личности, к которым относятся больные с чертами ригидности, упорства в достижении цели, настойчивости и эгоцентризма, четко следуют медицинским рекомендациям и прикладывают все усилия для выздоровления.

Пациенты с шизоидными чертами личности предпочитают лечиться не так, как советует врач, а так, как они считают нужным. Среди таких пациентов распространено самолечение, основанное на знаниях, полученных из книг и телепередач.

Анализируя психологические факторы, определяющие приверженность лечению больных шизофренией, необходимо рассмотреть феномен инсайта, тесно связанный с ВКБ и, соответственно, с отношением пациентов к лечению. Использование термина «кинсайт» внесло существенные изменения в клиническое понимание осознания болезни у пациентов с психическими расстройствами [23]. На сегодняшний день в клинической практике используется определение инсайта как осознания собственной психической болезни [24]. Термин «осознание» в рамках понятия инсайт понимается как «формирование у пациента адекватных суждений о себе и своем душевном состоянии, совпадающих с мнением сообщества, частью которого он является» [25, 26].

В.П. Иржевская и соавт. (2009) рассматривают инсайт как адекватную оценку собственного болезненного состояния в соответствии с заключением специалистов, а нарушение инсайта — как нереалистичное представление о себе и собственном состоянии при полном или частичном отрицании медико-социальных суждений о своем психическом здоровье [27]. Ряд зарубежных авторов указывают на то, что пациенты с психотическими расстройствами имеют низкий уровень инсайта [24, 26]. У этой группы больных нарушение осознания болезни статистически значимо связывается с трудностью принятия необходимости лечения, неисполнением врачебных рекомендаций и неблагоприятным прогнозом течения болезни [28, 29]. О. Freudenreich и С. Cather (2012), рассматривая феномен инсайта, выделяют три его основных признака: способность больного опознавать морбидные феномены в качестве симптомов болезни; опознавание симптома как проявления психического заболевания; принятие необходимости лечения [30]. Авторы отмечают, что отсутствие инсайта вдвое повышает риск некомплаенса.

Н.Б. Лутова, И.Н. Петровская, В.Д. Вид (2014) указывают, что инсайт является мультипараметрической ментальной конструкцией, отдельные компоненты которой имеют разную интенсивность и разную направленность воздействия на медикаментозный комплаенс. Авторы отмечают, что одна из причин отсутствия инсайта обусловлена психопатологическими факторами. В частности, в результате бредовой трактовки окружающей реальности, ее маниакально-бредовых аффективных искажений или при наличии нейрокогнитивного дефицита с высоким уровнем негативной симптоматики. Отсутствие инсайта также может быть обусловлено психодинамическими факторами, выступающими в роли психологической защиты от психиатрической стигматизации, или дефицитом информации о болезни. Такие случаи встречаются у лиц с низким уровнем образования и сопровождаются соответствующими бытовыми и социокультуральными трактовками происходящего (например, объяснение природы симптома как насланной порчи, одержимости бесами или кары небесной) [31].

Анализируя тему инсайта как адекватного представления о собственной болезни, важно остановиться на работах Б.В. Зейгарник и И.И. Кожуховской.

Б.В. Зейгарник (1986) при рассмотрении такого понятия, как «критичность», отмечала, что инсайт является доминирующим параметром, характеризующим сохранность личностно-мотивационной сферы человека [32].

По мнению И.И. Кожуховской [33, 34], можно рассматривать несколько отдельных аспектов понятия «критичность».

Первый аспект — критичность к своим суждениям, действиям и высказываниям, что является важной характеристикой мышления.

Второй аспект — критичность к себе, к оценке своей личности, что имеет более глубокий и личностный смысл, а именно, понимание своего места и роли в жизни, своих достоинств и недостатков.

Третий аспект — критичность к своим психопатологическим переживаниям (галлюцинациям, бреду, иным болезненным переживаниям), что часто рассматривается как показатель позитивной динамики заболевания и как критерий выздоровления. Именно третий аспект, с точки зрения авторов, описывает феномен осознания психической болезни. Наличие критичности является важным параметром для формирования комплаентного поведения или приверженности лечению.

Вместе с тем S. Arfaoui [35] и M. Kamali [36] при рассмотрении критичности в структуре психической деятельности указывали, что достоверная связь между уровнем инсайта и уровнем комплаенса не подтверждена. T. Lincoln и соавт. (2007) также установили, что сознание болезни может быть необходимым, но недостаточным условием удовлетворительного комплаенса [37]. R. Kemp (1998) отмечала, что несмотря на имеющееся сознание болезни ряд пациентов все же отказываются от медикаментозной терапии [38], а по дан-

ным A. Staring [39] и A. Tharani [40], имеются пациенты, регулярно принимающие лекарства, но при этом не осознающие болезнь. В этом случае можно говорить о пассивном подчинении пациентов медицинским работникам и лицам близкого окружения при приеме медикаментов. J. Dam (2004) и F.J. Acosta (2009) показали, что не существует прямой связи между снижением инсайта и нарушением когнитивных процессов [41, 42].

Наиболее существенными детерминантами инсайта в его взаимодействии с комплаенсом являются механизмы психодинамической защиты. X. Amador (2007) в своей работе отмечает, что одним из таких механизмов влияния инсайта на комплаенс является защита от негативной самооценки и чувства беспомощности, вызванных фактом наличия психического заболевания [43].

Не менее важной психологической защитой, ослабляющей комплаенс, может быть компенсаторное представление о значимости собственного «Я», достаточно могущественного, чтобы справиться с болезнью без помощи лекарств. Такое нарушение инсайта является копированной стратегией в отличие от психопатологически обусловленных нарушений инсайта [44]. R.S. Lazarus (1993) также рассматривает феномен нарушения инсайта не в качестве симптома психического заболевания, а как адаптивный механизм саморегуляции эмоций, представляющий собой реакцию личности на травмирующую информацию о себе [45].

Психодинамически обусловленной причиной некомплаентности может быть неосознаваемая вторичная выгода от болезни, которая отмечается у 11–18% психически больных. Это может выражаться как в манипулятивном поведении, так и в бессознательных стремлениях удовлетворить подавленные, фрустрированные потребности, например потребность в любви и заботе. Наличие болезни может стать не только способом получения помощи, расположения окружающих людей, но также возможностью избежать требований, которые предъявляются к здоровому человеку [46].

У больных с тяжелыми психическими расстройствами все звенья когнитивной, эмоциональной, мотивационно-поведенческой психической деятельности существенно искажены. А снизившиеся в результате заболевания потребности отражаются на ослаблении волевой сферы и мотивационном компоненте личности [18, 19].

Так, А.Ю. Березанцев, О.И. Митрофанов (2009) в аналитическом обзоре указывают, что комплаенс — это волевое поведение, являющееся когнитивной переработкой представлений о собственном заболевании, которые ведут к определенной эмоциональной реакции и формируют отношение к болезни [7].

Я.В. Колпаков (2010) отмечает, что лечение с позиции деятельностного подхода может рассматриваться как определенная деятельность пациента. Действия, составляющие лечение как деятельность, представляют собой процесс, подчиненный цели лечения, которую ставит перед собой пациент [48]. Важным фактором в ослаблении мотивации к лечению может стать негативная «Я»-концепция. Такие черты образа «Я», как

неверие в себя, чувство неполноценности, вины, приводят к низкой самооценке и ослабляют мотивацию к лечению. Не менее важным социально-психологическим фактором, снижающим комплаенс, является стигматизация, связанная с принятием статуса психически больного, приводящая либо к отрицанию заболевания и отказу от лечения, либо к формированию сверхценного к нему отношения [48–50].

По мнению В.М. Ялтонского (2009), мотивация к лечению является важным структурным компонентом ВКБ, который в процессе динамики формирования ВКБ отражает изменения ценностно-смысловой сферы личности, проявляющиеся в ее побуждении включиться в процесс лечения, продолжать участвовать в нем и быть приверженным определенной стратегии изменения поведения, связанного с болезнью. Мотивация на лечение отражает, по мнению автора, степень готовности больного к изменению поведения, опосредованного болезнью, и является процессом, а не одномоментным событием, и включает несколько стадий — предразмышление, размышление, действие и сохранение. Больные, имеющие различную степень готовности к изменениям, имеют неодинаковый уровень мотивации, в связи с чем нуждаются в различных психотерапевтических мероприятиях, соответствующих их уровню мотивации [51].

Большое внимание во взаимодействии с пациентом важно уделять не только недостаточной мотивированности пациента, но также ответственности психотерапевта или врача за создание таких условий, в которых эта мотивация может проявиться и укрепиться [52]. Речь идет о необходимости формирования терапевтического сотрудничества или терапевтического альянса с пациентом, которые определяют в первую очередь качество взаимоотношения с врачом, например степень доверия к нему, желание посещать медицинское учреждение, принцип партнерства, подчеркивая необходимость уважения точки зрения больного в отношении возможных методов лечения, совместного определения тактики терапии.

Ряд авторов [52–55] отмечают, что на формирование терапевтического сотрудничества оказывают влияние клинические и психологические особенности больного, терапевтические программы, организация психиатрической помощи, социально-экономические факторы. В большинстве случаев терапевтическое сотрудничество формируется лучше, если взаимоотношения врача и больного построены на доверии, уважении и партнерстве. Если больной чувствует, что его услышали и поняли, то с большей готовностью может откровенно рассказать о своих опасениях, связанных с процессом лечения, а не пассивно уклоняться от приема препаратов. В процессе терапии может происходить смена модели отношений пациента с врачом. После купирования психоза отношения, начавшиеся как патерналистские, могут переходить в партнерские.

Особое значение в терапевтическом альянсе имеет выявление врачом потребностей и желаний пациента.

Однако при психической патологии достигнуть терапевтического сотрудничества гораздо сложнее, чем при соматических заболеваниях. Поэтому значимую роль играет выбор психотерапевтических и психосоциальных вмешательств, особенно на ранних этапах заболевания, так как именно в этот период формируется отношение к болезни и закладываются основы приспособительного поведения, определяющие уровень социальной адаптации в дальнейшем.

В настоящее время современным стандартом лечения шизофрении считается долговременная психофармакотерапия и ее рациональное комбинирование с психосоциальной терапией, способствующей вовлечению пациентов в лечебный процесс, формированию с врачом и членами семьи партнерских отношений, повышению готовности к сознательному лечению и ответственности за его результаты. Учитывая это, сотрудниками отдела организации психиатрических служб разработаны методические рекомендации по проведению с больными шизофренией психосоциальной работы, способствующей формированию у них приверженности лечению. Предлагаемая модель помощи включает три модуля: программу психообразования, тренинг социальных навыков и тренинг по развитию навыков решения проблем. При разработке данной модели были учтены сведения об эффективности психосоциальных вмешательств, результаты работы по этой проблеме отечественных и зарубежных исследователей [56].

Одним из видов краткосрочного психосоциального лечения, направленного на улучшение качества соблюдения лечебных рекомендаций и повышение приверженности к терапии, является комплаенс-терапия, включающая когнитивно-бихевиоральный подход в сочетании с мотивационным интервью и психообразованием. Данный метод направлен на выявление причин недостаточного соблюдения больными лекарственной терапии, мотивирование на долговременную терапию, формирование более благоприятных представлений о заболевании и лечении, а также выработку навыков добровольного соблюдения режима терапии [57].

С.М. Бабин, А.В. Васильева, А.М. Шлафер (2012) также отмечают, что метод комплаенс-терапии целесообразно использовать при лечении больных шизофренией на этапе формирования ремиссии с целью улучшения соблюдения терапевтических рекомендаций. После проведения комплаенс-терапии у больных повышается субъективная оценка своего самочувствия, включая как психическую, так и физическую составляющую. Наблюдается редукция продуктивных и негативных психопатологических расстройств, увеличивается частота использования копинг-механизмов, направленных на рациональный анализ проблемы, а также на создание и выполнение плана разрешения трудной ситуации, как «Поиск социальной поддержки» и «Планирование решения проблемы».

Одновременно у пациентов уменьшается использование нерациональных копинг-механизмов, например «Дистанцирование». В связи с этим пациенты, прошед-

шие комплаенс-терапию, лучше осознают необходимость обращения за помощью к другим людям и могут самостоятельно анализировать случившееся [58].

Роль семьи в формировании комплаенса у пациентов. Значимая роль в формировании терапевтического сотрудничества отводится не только особенностям взаимоотношения врача и больного, но также характеру взаимодействия «врач–пациент–родственник» [59, 60]. Результаты исследований [60–72] указывают, что на формирование комплаенса оказывает влияние наличие социальной и семейной поддержки. Семья больного рассматривается как важнейший фактор, формирующий и поддерживающий комплаентное поведение заболевшего родственника. А.Н. Полотянко отмечает, что часто причины отказа от приема лекарств обусловлены особенностями воспитания, социокультурными факторами и тесно связана с мировоззрением не только самого больного, но и членов его семьи. Высокий уровень эмоциональной экспрессии родственников, проявляющийся в виде негативных эмоций в адрес больного, враждебности и критики, оказывает неблагоприятное влияние на следование больным врачебных рекомендаций [61]. Внутрисемейные отношения могут являться стрессогенным фактором, влияющим на развитие рецидива психоза [62, 63], а также на формирование отношения больных шизофренией к собственной болезни [19].

Так, по результатам исследования М.В. Абрамовой, С.Н. Ениколопова, О.Ю. Казминой (2009), посвященного изучению особенностей семейного функционирования молодых людей, больных шизофренией, было показано, что высокий уровень выраженных эмоций у родственников, таких как критичность, враждебность, гиперопека, чрезмерный контроль, сопровождался более низким уровнем комплаентности больных [69].

Наиболее значимым фактором адекватного отношения родственников к лечению является принятие ими психического заболевания близкого. Однако принятие болезни близкого члены семьи чаще всего происходит поэтапно и подчас сопровождается болезненными эмоциональными переживаниями, сопряженными с такими реакциями, как отрицание, чувство вины, гнев и отчаяние [72]. Проживание каждой стадии закладывает основные векторы межличностного взаимодействия с заболевшим родственником, которые либо укрепляют комплаентное поведение, либо его ослабляют.

В своем исследовании Н.Б. Лутова и О.В. Макаревич (2012) указывают, что именно семья способствует формированию представления о заболевании, иногда переоценивая возможности медикаментозного лечения, а иногда обесценивая его [70].

Авторами установлен высокий уровень корреляции между уровнем комплаенса и уровнем социальной и семейной поддержки, при этом выявлено 4 варианта отношения родственников к медикаментозному лечению больных шизофренией: поддерживающий, манипулирующий, отстраненный, враждебный. Наиболее неблагоприятным фоном для формирования

комплаенса являются манипулирующий, враждебный и отстраненный типы отношения семьи. Отстраненный тип отношений к медикаментозному лечению ухудшает комплаентное поведение, поскольку больные нуждаются в поддержке со стороны близких, испытывая трудности в самостоятельном обеспечении себя лекарственными препаратами и в принятии на себя полной ответственности за соблюдение предписаний врача. Враждебный тип отношения к лечению формирует недоверие и обесценивание лечения и ведет к некомплаентности. Манипулирующий тип отношений использует родственниками при попытках устранения конфликтных ситуаций в семье, но это приводит лишь к еще большим разногласиям и ссорам, но не повышает комплаентность больных [71].

Таким образом, семья во многом предопределяет отношение пациента к соблюдению больным предписаний врача. Адекватная и стабильная поддержка семьи обеспечивает более высокий уровень комплаенса, в то время как негативное отношение родственников к лечению является мощным предиктором некомплаентности. В связи с этим важной составляющей в формировании комплаентного поведения является помощь семье посредством специальных психообразовательных программ, направленных на предоставление родственникам достоверной и полной информации о различных аспектах заболевания — медицинских, юридических и психологических [14, 72, 73], составной частью которой является психообразование.

По данным исследования Т.А. Солохиной и соавт. установлено, что участие пациентов и членов их семей в психообразовательной программе способствует улучшению психологического состояния родственников больных, формированию более конструктивных способов совладающего поведения, развитию коммуникативных навыков, стратегий решения проблем [18, 73, 74].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ литературы показал, что формирование комплаенса у больных шизофренией зависит от особенностей внутренней картины болезни, осознания ими болезни и отношения к ней, состояния их когнитивной и эмоциональной сфер, используемых психологических защитных механизмов. В обзоре литературы показано, что на комплаентность больных шизофренией также оказывают влияние уровень их мотивации к лечению, качество терапевтического альянса с врачом, принятие членами семьи болезни близкого и необходимости длительной терапии.

Сочетание медикаментозной терапии и психообразовательной работы, информирование больных шизофренией и их родственников о психическом заболевании, получение ими современных научно-обоснованных знаний о лечении, формах помощи и поддержки способствует лучшему пониманию болезни и ее принятию, повышению комплаентности больных шизофренией. Способствует соблюдению ими режима терапии,

формированию более устойчивого терапевтического альянса для поддержания стабильности состояния, улучшения качества жизни, достижения тех жизненных задач, которые они ставят перед собой.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Данилов ДС. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты). *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2008;1(10):13–17.
Danilov DS. Komplaens v medicine i metody ego optimizacii (klinicheskie, psixologicheskie i psixoterapevticheskie aspekty). *Psixiatriya i psixofarmakoterapiya*. 2008;1(10):13–17. (In Russ.).
2. Аведисова АС, Бородин ВИ. От нонкомплаенса к отказу от психофармакотерапии. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2005;7(6):316–318.
Avedisova AS, Borodin VI. Ot nonkomplaensa k otказу ot psixofarmakoterapii. *Psixiatriya i psixofarmakoterapiya*. 2005;7(6):316–318. (In Russ.).
3. Ястребов ВС, Солохина ТА, Шевченко ЛС, Любов ЕБ, Митихин ВГ. Стоимостный анализ в психиатрии: совершенствование методологии, методики его проведения и уточнение результатов. *Психиатрия*. 2013;3(59):41–47.
Yastrebov VS, Solokhina TA, Shevchenko LS, Lyubov EB, Mitixin VG. Stoimostnoj analiz v psixiatrii: sovershenstvovanie metodologii, metodiki ego provedeniya i utochnenie rezul'tatov. *Psychiatry*. 2013;3(59):41–47. (In Russ.).
4. Day JC, Bentall RP, Roberts C. Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2005;62(7):717–724. <https://DOI.org/10.1001/archpsyc.62.7.717>
5. Emsley R, Oosthuizen P, Koen L. Comparison of treatment response in second-episode versus first-episode schizophrenia. *Journal Clinical Psychopharmacol.* 2013;33(1):80–83. <https://DOI.org/10.1097/JCP.0b013e31827bfcc1-2013-33-1-80-83>
6. Kane John M, Kishimoto T, Correll C. Несоблюдение режима лечения пациентами с психотическими расстройствами: эпидемиология, предрасполагающие факторы и тактика. *World Psychiatry*. 2013;12(10):216–226. <https://DOI.org/10.1002/wps.20060-2013-12-10-216-226>
Kane John M, Kishimoto T, Correll C. Nesoblyudenie rezhima lecheniya pacientami s psixoticheskimi rasstrojstvami: e'pidemiologiya, predraspolagayushhie faktory i taktika. *World Psychiatry*. 2013;12(10):216–226. (In Russ.).
7. Березанцев АЮ, Митрофанова ОИ. Гендер, комплаенс и качество жизни больных шизофренией (аналитический обзор). *Российский психиатрический журнал*. 2009;(1):24–32.
Berezancev AYu, Mitrofanava OI. Gender, komplaens i kachestvo zhizni bol'ny'x shizofreniej (analiticheskij obzor). *Rossiyskij psixiatricheskij zhurnal*. 2009;(1):24–32. (In Russ.).
8. Grunebaum MF, Weiden P J., Olfson M. Medication supervision and adherence of persons with psychotic disorders in residential treatment settings: a pilot study. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2001;62(5):394–395.
9. Donohoe G, Owens N, Donnell CO. Predictors of compliance with neuroleptic medication among inpatients with schizophrenia: a discriminant function analysis. *European Psychiatry*. 2001;16(5):293–98. [https://DOI.org/10.1016/s0924-9338\(01\)00581-8](https://DOI.org/10.1016/s0924-9338(01)00581-8). 2001-16-5-293-298
10. Berg JS, Dishler J, Wagner DJ. Medication compliance a health-care problem. *Annals Pharmacother.* 1993;27(9):1–24.
11. Ротштейн ВГ, Богдан ГА, Фомин МЕ, Суетин СВ, Голубева ТП. К проблеме комплаентности (фармако-эпидемиологическое исследование). *Психиатрия*. 2005;2(14):55–62.
Rotshtejn VG, Bogdan GA, Fomin ME, Suetin SV, Golubeva TP. K probleme komplaentnosti (farmakoe'pidemiologicheskoe issledovanie). *Psychiatry*. 2005;2(14):55–62. (In Russ.).
12. Гречко ТЮ. Факторы, влияющие на комплаенс в современных условиях психиатрии. *Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья*. 2009;(35):72–75.
Grechko TY. Faktory, vliyayushhie na kompalens v sovremenny'x usloviyax psixiatrii. *Nauchno-meditsinskij vestnik Central'nogo Chernozem'ya*. 2009;(35):72–75. (In Russ.).
13. Солохина ТА. Социально-психологические проблемы в семьях больных шизофренией и пути их решения. Психическое здоровье и образование: сборник научных статей по материалам II Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века» 2018;199–203.
Solokhina TA. Socialno-psihologicheskie problemi v semyah bolnih shizofreniei i puti ih resheniya. Psihicheskoe zdorove i obrazovanie: sbornik nauchnih statei po materialam II Kongressa "Psihicheskoe zdorove cheloveka XXI veka". 2018;199–203. (In Russ.).
14. Award AG. Antipsychotic Mediations Compliance and Attitudes Towards Treatment. *Current Opion Psychiatry*. 2004;17(2):75–80. <http://dx.DOI.org/10.1097/00001504-200403000-00002-2004-17-2-75-80>
15. Незнанов НГ, Вид ВД. Проблема комплаенса в клинической психиатрии. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2004;6(4):159–162.
Neznanov NG, Vid VD. Problema komplaensa v klinicheskoy psixiatrii. *Psixiatriya i psixofarmakoterapiya*. 2004;6(4):159–162. (In Russ.).
16. Ястребова ВВ, Солохина ТА, Митихин ВГ, Алиева ЛМ, Машошин АИ. Приверженность лечению больных шизофренией и разработка мер по её повыше-

- нию *Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии*. Выпуск III. Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. СПб.: Изд-во «Таро». 2016;334–341.
- Yastrebova VV., Solokhina TA, Mitixin VG, Alieva LM, Mashoshin AI. Priverzhennost' lecheniyu bol'ny'x shizofreniej i razrabotka mer po eyo povы'sheniyu. *Psixoterapiya i psixosocial'naya rabota v psixiatrii*. Vy'pusk III. Pod red. O.V. Limankina, S.M. Babina. SPb.: Izdatel'stvo «Taro». 2016;334–341. (In Russ.).
17. Критская ВП, Мелешко ТК, Поляков ЮФ. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Издательство Московского Университета. 1991.
Kritskaya VP, Meleshko TK, Polyakov YuF. Patologiya psixicheskoy deyatel'nosti pri shizofrenii: motivaciya, obshhenie, poznanie. M. 1991. (In Russ.).
 18. Дитятковский МА, Аристова ТА, Коцюбинский АП, Санькова АМ. Значение когнитивных стилей в системе психологической адаптации больных шизотипическими расстройствами. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2006;3(3):26–29.
Dityatkovskij MA, Aristova TA, Koczyubinskij AP, San'kova AM. Znachenie kognitivny'x stilej v sisteme psixologicheskoy adaptacii bol'ny'x shizotipicheskimi rasstrojstvami. *Obozrenie psixiatrii i medicinskoj psixologii imeni V.M. Bextereva*. 2006;3(3):26–29. (In Russ.).
 19. Солохина ТА, Митихин ВГ, Ястребова ВВ, Алиева ЛМ, Машошин АИ. Приверженность родственников больных шизофренией их лечению и стратегии ее повышения. *Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии*. Выпуск III. Под ред. ОВ. Лиманкина, СМ. Бабина. СПб. Таро. 2016;334–341.
Solokhina TA, Mitixin VG, Yastrebova VV, Alieva LM, Mashoshin AI. Priverzhennost' rodstvennikov bol'ny'x shizofreniej ix lecheniyu i strategii ee povы'sheniya. *Psixoterapiya i psixosocial'naya rabota v psixiatrii*. Vy'pusk III. Pod red. O.V. Limankina, S.M. Babina. SPb. Taro. 2016;334–341. (In Russ.).
 20. Лурия АР. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М. Медицина. 1977;37–52.
Luriya AR. Vnutrennyaya kartina bolezni i iatrogenny'e zabolevaniya. M.: Medicina. 1977;37–52. (In Russ.).
 21. Лутова НБ. Комплаенс и психопатологическая симптоматика. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии*. 2012;(3):59–64.
Lutova NB. Komplajens i psixopatologicheskaya simptomatika. *Obozrenie psixiatrii i medicinskoj psixologii*. 2012;(3):59–64. (In Russ.).
 22. Ложкина ЛИ. Комплаенс как актуальная проблема медицинской психологии: теоретико-методологические аспекты. *Известия Саратовского университета*. 2015;15(3):75–79. <https://DOI.org/10.18500/1819-7671-2015-15-3-75-80>
Lozhkina LI. Compliance as an actual problem of medical psychology theoretical and methodological aspects. *News of Saratov University*. 2015;15(3):75–79. <https://DOI.org/10.18500/1819-7671-2015-15-3-75-80> (In Russ.).
 23. Иржевская ВП. Связь нарушения осознания психической болезни и характеристик эмоционально-волевой сферы у пациентов с шизофренией. *Ученые записки Университета имени П.Ф. Лесгафта*. 2009;1(47):47–52.
Irzhevskaya VP. Svyaz' narusheniya osoznaniya psixicheskoy bolezni i xarakteristik emocional'no-volevoj sfery u pacientov s shizofreniej. *Ucheny'e zapiski imeni PF. Lesgafta*. 2009;1(47):47–52. (In Russ.).
 24. Amador XF, David AS. Insight and psychosis. N. Y.: Oxford Univer. Press, 1998.
 25. Amador XF, Kronengold H. The description and meaning of insight in psychosis. Amador XF., David AS. (eds). *Insight and psychosis*. N.Y.Oxford University Press, 1998;15–32.
 26. Carpenter WT, Strauss JS., Bartko JJ. Flexible system for the diagnosis of schizophrenia: Report from the WHO international pilot study of schizophrenia. *Science*. 1973;(182):1275–1277.
 27. Иржевская ВП, Рупчев ГЕ, Тхостов АШ, Морозова МА. Проблема инсайта в современной патопсихологии. *Вопросы психологии*. 2008;(2):145–153.
Irzhevskaya VP, Rupchev GE., Txostov A.Sh., Morozova MA. Problema insajta v sovremennoj patopsixologii. *Voprosy psixologii*. 2008;(2):145–153. (In Russ.).
 28. David AS. The clinical importance of insight. Amador XF., David AS. (eds). *Insight and psychosis*. N.Y.Oxford University Press, 1998;332–352.
 29. McEvoy JP. The relationship between insight in psychosis and compliance with medications. Amador XF., David AS. (eds). *Insight and psychosis*. N.Y.: Oxford University Press 1998;289–306.
 30. Freudenreish O, Cather C. Antipsychotic medication nonadherence: risk factors and remedie. *Clinical Synthesis*. 2012;(10):124–129.
 31. Лутова НБ, Петровская ИН, Вид ВД. Сознание болезни и комплаенс больных психозами. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2014;(1):10–15.
Lutova NB, Petrovskaya IN, Vid VD. Soznanie bolezni i komplajens bol'ny'x psixozami. *Obozrenie psixiatrii i medicinskoj psixologii*. 2014;(1):10–15. (In Russ.).
 32. Зейгарник БВ. Патопсихология. М.: Изд. Московского университета. 1986;286.
Zejgarnik BV. Patopsixologiya. M.: Izd. Moskovskogo universiteta. 1986;286. (In Russ.).
 33. Кожуховская ИИ, Зейгарник БВ. Нарушение критичности в структуре деятельности. *Вестник Московского университета. Психология*. 1978;(1):57–63.
Kozhuxovskaya II, Zejgarnik BV. Narushenie kritichnosti v strukture deyatel'nosti. *Vestnik Moskovskogo Universiteta. Psixologiya*. 1978;(1):57–63. (In Russ.).

34. Кожуховская ИИ. О необходимости дифференцировать понятие „критичность». *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1972;(11):12–18.
Kozhukovskaya II. O neobxodimosti differencirovat' ponyatie "kritichnost». *Zhurnal nevropatologii i psixiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1972;(11):12–18. (In Russ.).
35. Arfaoui S. Therapeutic compliance in schizophrenia: the influence of psychotic symptoms and the insight. *European Psychiatry*. 2013;28(1):1. [https://DOI.org/10.1016/S0924-9338\(12\)75372-5-2013-28-1-1](https://DOI.org/10.1016/S0924-9338(12)75372-5-2013-28-1-1).
36. Kamali M, Kelly L, Gervin M, Browne S, Larkin C, O'Callaghan E. Psychopharmacology: insight and comorbid substance misuse and medication compliance among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*. 2001;52(2):161–63. <https://DOI.org/10.1176/appi.ps.-2001-52-2-161-163.3>
37. Lincoln T. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophr. Bull.* 2007;33(7):1324–42. <https://DOI.org/10.1093/schbul/sbm002>
38. Kemp R, Kirov GB, Everitt. Randomised controlled trial of compliance therapy. *B. J. Psych.* 1998;172(5):413–19. <https://DOI.org/10.1192/bjp-1998-172-5-413-419>
39. Staring A. Why do patients with schizophrenia who have poor insight still take antipsychotics? Memory deficits as moderators between adherence belief and behavior. *Journal Psychiatr. Pract.* 2011;17(5):320–329. <https://DOI.org/10.1097/01.pra.0000405362.95881.48>
40. Tharani A. Compliance to antipsychotic medication: a challenge for client, family and health care providers. *J. Pakistan Med. Assoc. Ass.* 2013;4:516–518. https://ecommons.aku.edu/pakistan_fhs_son/119
41. Dam J. Insight in schizophrenia: a review. *Nord J. Psychiatr.* 2006;60(2):114–20. <https://DOI.org/10.1080/08039480600600185-2006-60-2-114-120>
42. Acosta FJ. Evaluation of non compliance in schizophrenia patients using electronic monitoring (MUMS) and its relationship to sociodemographic clinical and psychopathological variable. *Shizoprenia Research*. 2009;107(2–3):213–217. <https://DOI.org/10.1016/j.schres.2009-107-2-3-213-217>
43. Amador X. Poor insight in schizophrenia: overview and impact on medication compliance. *Psychresident*. 2007;(7):1–6.
44. Moritz S, Peters MJ, Karow A, Deljkovic A, Tonn P, Naber D. Cure or curse? Ambivalent attitudes towards neuroleptic medication in schizophrenia and non-schizophrenia patients. *Mental Illness*. 2009;17(1):2. <https://DOI.org/10.4081/mi.2009-17-1-2>
45. Lazarus RS. Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosom Med*. 1993;55:234–247.
46. Amador XF, Strauss D H, Yale SA, Flaum MM, Endicott, J. The assessment of insight in psychosis. *Am. J. Psychiatry*. 1993;(150):873–879. <https://DOI.org/10.1176/ajp.-1993-150-6-873-879>
47. Колпаков ЯВ. Мотивационное консультирование и приверженность лечению при различных заболеваниях. *Сб. трудов XXIX Итоговой конференции молодых ученых МГМСУ*. Под общ. ред. ИЮ. Лебеде-денко. М.: МГМС. 2007;165–166.
Kolpakov YaV. Motivacionnoe konsul'tirovanie i priverzhennost' lecheniyu pri razlichny`x zabolevaniyax. *Sb. trudov XXIX Itogovoj konferencii molody`x ucheny`x MGMSU*. Pod obshh. red. IYu. Lebedenko. M.: MGMSU. 2007;165–166. (In Russ.).
48. Семенова НД. Мотивационные факторы и психосоциальная терапия шизофрении. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2009;19(2):76–83.
Semenova ND. Motivacionny`e faktory` i psixosocial'naya terapiya shizofrenii. *Social and Clinical Psychiatry*. 2009;19(2):76–83. (In Russ.).
49. Ерзин АИ. Когнитивные, мотивационные и ценностно-смысловые факторы проактивности при первом эпизоде шизофрении. *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* 2017;93(44):6.
Erzin AI. Kognitivny`e, motivacionny`e i cennostno-smy`slovny`e faktory` proaktivnosti pri pervom e`pizode shizofrenii. *Medicinskaya psixologiya v Rossii: e`lektron. nauch. zhurn.* 2017;93(44):6. (In Russ.).
50. Колотильщикова ЕА, Мизина ЕБ, Полторак СВ, Чехлатый ЕИ. Мотивация в психотерапии (обзор литературы). *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2011;(2):13–16.
Kolotil'shnikova EA, Mizina EB, Poltorak SV, Chexlaty`j EI. Motivaciya v psixoterapii (obzor literatury`). *Obozrenie psixiatrii i medicinskoj psixologii imeni V.M. Bextereva*. 2011;(2):13–16. (In Russ.).
51. Ялтонский ВМ. Теоретическая модель мотивации к лечению зависимости от психоактивных веществ. *Вопросы наркологии*. 2009;(6):8–76.
Yaltonskij VM. Teoreticheskaya model` motivacii k lecheniyu zavisimosti ot psixoaktivny`x veshhestv. *Voprosy` narkologii*. 2009;(6):8–76. (In Russ.).
52. Данилов ДС. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2014;(2):4–12. <http://dx.DOI.org/10.14412/2074-2711-2014-2-4-12>.
Danilov DS. Terapevticheskoe sotrudnichestvo (komplaens): soderzhanie ponyatiya, mexanizmy` formirovaniya i metody` optimizacii. *Nevrologiya, nejropsixiatriya, psixosomatika*. 2014;(2):4–12. (In Russ.). <http://dx.DOI.org/10.14412/2074-2711-2014-2-4-12>
53. Пуговкина ОД, Холмогорова АБ. Терапевтический альянс как неспецифический фактор различных форм психотерапии и психофармакотерапии. *Современная терапия психических расстройств*. 2011;(3):14–21.

- Pugovkina OD, Holmogorova AB. Terapevticheskiy al'yans kak nespecifichekij faktor razlichny'x form psixoterapii i psixofarmakoterapii. *Sovremennaya terapiya psixicheskix rasstrojstv* 2011;(3):14–21. (In Russ.).
54. Соколов ВП, Белокрылов ИВ. Проблема комплаенса в психиатрии. *Электронный научно-образовательный вестник. Здоровье и образование в XXI веке. 18–20 декабря 2017.* 2017;19(12):254–255. [http://dx.DOI.org/10.26787/nydha-2226-7417-2017-19-12-254-255](http://dx.doi.org/10.26787/nydha-2226-7417-2017-19-12-254-255) Sokolov VP, Belokrylov IV. Problema komplainsa v psixiatrii. *Elektronnyj nauchno-obrazovatel'nyj vestnik. Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke. 18–20 dekabrya 2017.* 2017;19(12):254–255. (In Russ.). <http://dx.DOI.org/10.26787/nydha-2226-7417-2017-19-12-254-255>
 55. Бородин ВИ, Пучков ИИ. Отказы от психофармакотерапии при депрессивных расстройствах и их причины. *Российский психиатрический журнал.* 2005;(2):61–67. Borodin VI, Puchkov II. Otkazy` ot psixofarmakoterapii pri depressivny'x rasstrojstvax i ix prichiny. *Rossijskij psixiatricheskij zhurnal.* 2005;(2):61–67. (In Russ.).
 56. Солохина ТА, Ястребова ВВ. Комплексная программа психосоциальной реабилитации в рамках общественной организации: методические основы и оценка эффективности, Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы. Научно-практическая конференция 30 октября 2017 г., Москва: Сборник материалов под ред. Г.П. Костюка. М.: КДУ, Университетская книга. 2018;741–753. Solokhina TA, Yastrebova VV. Kompleksnaya programma psixosocial'noj rehabilitacii v ramkax obshhestvennoj organizacii: metodicheskie osnovy` i ocenka e`ffektivnosti. Psixicheskoe zdorov'e cheloveka i obshhestva. Aktual'ny'e mezhdisciplinarnye problemy`. Nauchno-prakticheskaya konferenciya 30 oktyabrya 2017 g., Moskva: Sbornik materialov pod red. GP Kostyuka. M.: KDU, Universitetskaya kniga. 2018;741–753. (In Russ.).
 57. Ястребова ВВ. Общественные формы помощи в психиатрии: история и современность. Под редакцией ТА Солохиной, ВВ Ястребовой. М., Городец. 2019;230–252. Yastrebova VV. Obshhestvenny'e formy` pomoshhi v psixiatrii: istoriya i sovremennost`. Pod redakciej TA. Solokhinoj, VV Yastrebovoj. M., Gorodecz. 2019;230–252. (In Russ.).
 58. Бабин СМ, Васильева АВ, Шлафер АМ. Комплаенс-терапия (краткосрочная когнитивно-поведенческая методика) и соблюдение режима лечения у больных шизофренией. *Психиатрия и психофармакотерапия.* 2012;14(1):9–16. Babin SM, Vasil'eva AV, Shlafer AM. Komplains-terapiya (kratkosrochnaya kognitivno-povedencheskaya metodika) i soblyudenie rezhima lecheniya u bol'ny'x shizofreniej. *Psixiatriya i psixofarmakoterapiya.* 2012;14(1):9–16. (In Russ.).
 59. Хритинин ДФ, Некрасов МА. Влияние психической болезни на семейное окружение пациента (результаты социологического опроса). *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 2013;(9):75–78. Hritinin DF, Nekrasov MA. Vliyanie psixicheskoy bolezni na semejnoe okruzenie pacienta (rezul'taty` sociologicheskogo oprosa). *Zhurnal nevrologii i psixiatrii imeni S.S Korsakova.* 2013;(9):75–78. (In Russ.).
 60. Ривкина НМ, Сальникова ЛИ. Работа с семьями в системе психосоциальной терапии больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2009;(3):42–49. Rivkina NM, Sal'nikova LI. Rabota s sem'yami v sisteme psixosocial'noj terapii bol'ny'x shizofreniej i rasstrojstvami shizofrenicheskogo spektra s pervy'mi psixoticheskimi e`pizodami. *Social and Clinical Psychiatry* 2009;(3):42–49. (In Russ.).
 61. Полотнянко АН, Терещенко ИС, Вологжанина ГА. Модели взаимодействия «врач–пациент» в остром психиатрическом стационаре. Правовые и этические проблемы психиатрической помощи. Материалы научно-практической конференции. М. 2009;30(11):143–144. Polotnyanko AN, Tereshhenko IS, Vologzhanina GA. Modeli vzaimodejstviya "vrach–pacient" v ostrom psixiatricheskom stacionare. Pravovy'e i e`ticheskie problemy` psixiatricheskoj pomoshhi. Materialy` nauchno-prakticheskoy konferenci. M. 2009;30(11):143–44. (In Russ.).
 62. Bebbington P, Kuipers L. The clinical utility of expressed emotion in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 1994;(382):46–53.
 63. Falloon IRH., Libermann RP, Lillie F.J, Vaughn CE. Family therapy of schizophrenics with high risk of relapse. *Family Process.* 1981;20(2):211–21.
 64. Бочаров ВВ, Иовлев БВ, Корман ТА. Клинико-психологические аспекты исследований родственников больных шизофренией. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева.* 2009;(2):9–12. Bocharov VV, Iovlev BV, Korman TA. Kliniko-psixologicheskie aspekty` issledovanij rodstvennikov bol'ny'x shizofreniej. *Obozrenie psixiatrii i medicinskoj psixologii imeni V.M. Bextereva.* 2009;(2):9–12. (In Russ.).
 65. Гуткевич ЕВ, Семке АВ. Семейные механизмы адаптации при шизофренических расстройствах. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2012;3(72):12–14. Gutkevich EV, Semke AV. Semejny'e mexanizmy` adaptacii pri shizofrenicheskix rasstrojstvax. *Sibirskij vestnik psixiatrii i narkologii.* 2012;3(72):12–14. (In Russ.).
 66. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers: a review *Pharmacoecon-*

- nomics. 2008;26(2):149–162. <https://DOI.org/10.2165/00019053-2008-26-149-162>
67. Hou SY, Ke CL, Su YC, Lung FW, Huang CJ. Exploring the burden of the primary family caregivers of schizophrenia patients in Taiwan. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2008;62(5):508–514. <https://DOI.org/10.1111/j.14401819-2008-62-5-508>
68. Hadrys T, Adamowski T, Kiejna A. Mental disorder in Polish families: is diagnosis a predictor of caregivers burden? *Soc. Psychiatry Epidemiol.* 2011;46:5:363–372. <https://DOI.org/10.1007/s00127-010-0200-8>
69. Абрамова МВ, Ениколопов СН, Казьмина ОЮ. Влияние семейных отношений на социальную адаптацию больных шизофренией. *Вопросы психологии.* М., 2009;(6):81–90.
Abramova MV, Enikolopov SN, Kaz'mina OYu. Vliyanie semejnyx otnoshenij na social'nyu adaptaciju bol'nyx shizofreniej. *Voprosy psixologii.* М., 2009;(6):81–90. (In Russ.).
70. Лутова МБ, Макаревич ОВ. Взаимосвязь параметров терапевтического альянса и типа отношения семьи к лечению у больных шизофренией. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева.* 2012;(4):54–57.
Lutova MB, Makarevich OV. Vzaimosvyaz parametrov terapevticheskogo al'yansa i tipa otnosheniya sem'i k lecheniyu u bol'nyx shizofreniej. *Obozrenie psixiatrii i medicinskoj psixologii imeni V.M. Bextereva.* 2012;(4):54–57. (In Russ.).
71. Лутова МБ, Макаревич ОВ. Влияние семьи на медикаментозный комплаенс больных шизофренией. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева.* 2010;(2):31–34.
Lutova MB, Makarevich OV. Vliyanie sem'i na medikamentoznyj komplajens bol'nyx shizofreniej. *Obozrenie psixiatrii i medicinskoj psixologii imeni V.M. Bextereva.* 2010;(2):31–34. (In Russ.).
72. Ястребов ВС, Солохина ТА, Рытик ЭГ, Ястребова В.В. Балабанова ВВ, Шевченко ЛС. Двенадцать лекций о психиатрии и психическом здоровье. М.: МБА. 2018;196.
Yastrebov VS, Solokhina TA, Ry'tik EG, Yastrebova VV. Balabanova VV, Shevchenko LS, Dvenadczat' lekcij o psixiatrii i psixicheskom zdorov'e. М.: MBA. 2018;196. (In Russ.).
73. Солохина ТА, Ястребова ВВ, Алиева ЛМ. Инновационно-реформаторский потенциал общественной организации «Семья и психическое здоровье». *Психиатрия.* 2018;79(3):13–22. <https://DOI.org/10.30629/2618-6667-2018-79-13-22>
Solokhina TA, Yastrebova VV, Alieva LM. Innovation and reform potential of the public organization "Family and Mental Health". *Psychiatry.* 2018;79(3):13–22. (In Russ.). <https://DOI.org/10.30629/2618-6667-2018-79-13-22>
74. Ястребова ВВ, Солохина ТА. Клинико-социальные и психологические аспекты реабилитационной работы в общественной организации: оценка эффективности. *Психиатрия.* 2018;79(3):51–60. <https://DOI.org/10.30629/2618-6667-2018-79-51-60>
Yastrebova VV, Solokhina TA. Clinical, social and psychological aspects of rehabilitation work in a public organization: assessment of effectiveness. *Psychiatry.* 018;(3):51–60. (In Russ.). <https://DOI.org/10.30629/2618-6667-2018-79-51-60>

Информация об авторах

Алиева Лейла Мусаферовна, младший научный сотрудник, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-9037-6065>

E-mail: leyla_A17@mail.ru

Солохина Татьяна Александровна, доктор медицинских наук, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» Москва, Россия, ORCID 0000-0003-3235-2476

E-mail: tsolokhina@live.ru

Information about the authors

Leyla M. Alieva, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-9037-6065>

E-mail: leyla_A17@mail.ru

Tatyana A. Solokhina, Dr. of Sci. (Med.), FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia, ORCID 0000-0003-3235-2476

E-mail: tsolokhina@live.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Алиева Лейла Мусаферовна/Leyla M. Alieva

E-mail: leyla_A17@mail.ru

Дата поступления 09.01.2020
Received 09.01.2020

Дата рецензии 08.04.2020
Revised 08.04.2020

Дата принятия 29.05.2020
Accepted for publication 29.05.2020