

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России)  
Факультет психолого-социальной работы и высшего сестринского образования  
Кафедра клинической психологии и педагогики

Допустить к защите:  
Зав. кафедрой клинической психологии  
и педагогики  
д.пс.н., профессор Е.С. Набойченко

---

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА**  
**ДЕТЕРМИНАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ НОН-КОМПЛАЕНТНОСТИ У**  
**ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ АДДИКЦИЕЙ**

Специальность:  
37.05.01 - Клиническая психология  
Квалификация: специалист

Исполнитель:  
студент группы ОКП–601  
Потураев Д.С.

---

Научный руководитель:  
к.ф.н., доцент  
Вершинина Т.С.

---

## СОДЕРЖАНИЕ

|   |    |
|---|----|
| Введение .....  | 4  |
| 1 Детерминанты формирования нон-комплаентности у пациентов с алкогольной аддикцией .....  | 10 |
| 1.1 Понятие комплаенса и нон-комплаенса .....   | 10 |
| 1.2 Факторы, формирующие нон-комплаентность .....   | 14 |
| 1.3 Особенности пациентов с алкогольной аддикцией .....   | 21 |
| 1.4 Нарушения комплаентности пациентов в наркологии.....  | 23 |
| 1.5 Особенности механизмов психологической защиты у пациентов с алкогольной зависимостью.....   | 25 |
| 1.6 Экзистенциальная исполненность у пациентов с алкогольной аддикцией.....   | 27 |
| 2 Эмпирическое исследование детерминант формирования нон-комплаентности у пациентов с алкогольной аддикцией.....  | 31 |
| 2.1 Организация и методы исследования .....   | 31 |
| 2.2 Описание и анализ результатов исследования первой гипотезы .....  | 34 |
| 2.3 Описание и анализ результатов исследования второй гипотезы.....   | 40 |
| 2.4 Описание и анализ результатов исследования третьей гипотезы .....   | 43 |
| 3 Рекомендации по работе с детерминантами нон-комплаентности у пациентов с алкогольной аддикцией.....   | 56 |
| 3.1 Теоретическое обоснование психологического сопровождения клиническим психологом пациентов с экзистенциальной неисполненностью и напряженностью механизмов психологической защиты при алкогольной аддикции ..... | 58 |

|     |  |     |
|-----|--|-----|
| 3.2 | Стратегия психологического сопровождения пациентов с экзистенциальной неисполненностью и напряженностью механизмов психологической защиты при алкогольной аддикции ..... | 60  |
| 3.3 | Теоретическое обоснование психологического сопровождения врачей с эмоциональным выгоранием и экзистенциальной неисполненностью .....                                     | 66  |
| 3.4 | Стратегия психологического сопровождения врачей с эмоциональным выгоранием и экзистенциальной неисполненностью .....   | 68  |
| 3.5 | Рекомендации по работе с пациентами с алкогольной аддикцией для врачей.....  | 73  |
|     | Заключение.....  | 77  |
|     | Список использованных источников .....   | 79  |
|     | Приложение 1 .....   | 87  |
|     | Приложение 2 .....   | 89  |
|     | Приложение 3 .....   | 91  |
|     | Приложение 4 .....   | 94  |
|     | Приложение 5 .....   | 98  |
|     | Приложение 6 .....   | 99  |
|     | Приложение 7 .....   | 103 |
|     | Приложение 8 .....   | 104 |
|     | Приложение 9 .....   | 106 |

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** В контексте современного российского общества решение проблемы алкоголизма выходит на один из передних планов, поскольку следствия данной проблемы сказываются на темпе социально-экономического развития общества. Здравоохранение и общество в целом принимают меры по борьбе с алкогольной аддикцией, однако, несмотря на это, проблематика все еще остается одной из наиболее актуальных, так как обладает высокой распространенностью среди населения. Одними из признанных последствий алкогольной аддикции являются: снижение численности населения, увеличение числа дорожно-транспортных происшествий, в том числе со смертельным исходом, распространение хронических заболеваний, возникающих на фоне алкогольной зависимости, увеличение числа производственных травм и др. В то же время следствием алкоголизма выступает демографическая несоразмерность, которая проявляется в уменьшении продолжительности жизни, а также увеличении числа случаев дезадаптации и десоциализации людей. При попытке лечить пациентов с алкогольной аддикцией, нередко врачи сталкиваются с систематическим невыполнением назначений, что приводит к снижению вероятности достижения стойкого терапевтического эффекта. Иначе говоря, наблюдается низкий уровень соучастия или недостаточная степень согласия к лечению, что может приводить к негативным последствиям для пациента. Также отдельный интерес для исследователей представляет экзистенциальная мотивация у пациентов с алкогольной зависимостью, однако на текущий момент в отечественной психологии данный вопрос разрабатывается очень слабо.

Нередко для формирования комплаенса отсутствуют условия ввиду психологических особенностей пациента или врача. Степень отсутствия приверженности пациентов или их несогласие к терапии рассматривается в работах как зарубежных (Д. Саккет, Р. Хайнес и др.), так и отечественных (Р. В. Кадыров, О. Б. Асриян, С. А. Ковальчук, Д. С. Данилов и др.) исследователей, а

высокая востребованность темы подтверждается неуклонно увеличивающимся числом публикаций, специальных образовательных программ, которые созданы специально пациентов с аддикцией и их близких, проводимых по данной тематике конференций. Непосредственно термин «non-compliance» (несогласие, отсутствие податливости, неуступчивость) имеет значение осознанного нежелания сотрудничества пациента и его близких с врачом, он является обязательным условием рецидива заболевания и способствует значительному снижению терапевтической эффективности вплоть до полного ее отсутствия.

Данные свидетельствуют о том, что полностью не выполняют медицинские предписания после выписки из стационара около 50% больных, как следствие возникают рецидивы, повторные госпитализации, экономические затраты на лечение больных резко возрастают. Проблема выявления причин нон-комплаентности пациентов с алкогольной аддикцией и дальнейшей работы с ними по-прежнему остается актуальной, так как заболевание имеет в своей основе сложный мультифакторный этиопатогенез.

**Цель работы** - выявить детерминанты–нон-комплаентности пациентов с алкогольной аддикцией,

**Задачи исследования.**

- 1) Проанализировать теоретико-методологическую базу по проблеме нон-комплаентности.
- 2) Описать понятие комплаенса и нон-комплаенса, факторы, формирующие нон-комплаентность.
- 3) Рассмотреть особенности нарушения комплаентности, возникновение нон-комплаентности у пациентов с алкогольной аддикцией.
- 4) Проанализировать механизмы психологической защиты, а также экзистенциальную мотивацию у пациентов с алкогольной аддикцией.
- 5) Провести психологическое исследование механизмов психологических защит, экзистенциальной исполненности, уровня приверженности к медикаментозному лечению у пациентов с алкогольными аддикциями различных стадий.

6) Провести психологическое исследование личностных особенностей врачей таких как эмоциональное выгорание и уровень экзистенциальной исполненности.

7) Провести сравнительный и корреляционный анализ результатов психологического исследования психологических защит, экзистенциальной исполненности, показателей уровня приверженности к медикаментозному лечению, с помощью данных, полученных от пациентов при помощи специализированных методик.

8) Определить на какой стадии пациенты с алкогольной аддикции будут с самым выраженным показателем нон-комплаентности.

9) Провести сравнительный и корреляционный анализ результатов психологического исследования эмоционального выгорания, экзистенциальной исполненности, с помощью данных, полученных от врачей при помощи специализированных методик.

10) Выявить и описать факторы, имеющие наибольшее значение в формировании нон-комплаентности у пациентов с алкогольной аддикцией.

11) Составить стратегию психологического сопровождения для клинических психологов с пациентами, обладающими экзистенциальной неисполненностью и выраженными механизмами психологической защиты при алкогольной аддикции.

12) Составить стратегию психологического сопровождения для клинических психологов по работе с эмоциональным выгоранием и экзистенциальной неисполненностью у врачей.

13) Представить рекомендации для врачей по работе с пациентами с алкогольной аддикцией.

**Объект исследования** - нон-комплаентность у пациентов с алкогольной аддикцией.

**Предмет исследования** - детерминанты формирования нон-комплаентности у пациентов с алкогольной аддикцией.

**Общая гипотеза.**

Детерминантами возникновения нон-комплаентности у пациентов с алкогольной аддикцией выступают: механизмы психологической защиты и низкая экзистенциальная исполненность (психологическое неблагополучие), с большей выраженностью у пациентов на поздних стадиях зависимости; взаимодействие с врачами, обладающими эмоциональным выгоранием и экзистенциальной неисполненностью (психологическое неблагополучие).

1. Механизмы психологической защиты и низкая экзистенциальная исполненность (психологическое неблагополучие) пациента с алкогольной аддикцией взаимосвязаны с нон-комплаентностью.

2. Нон-комплаентность обладает большей выраженностью у пациентов с более поздними стадиями алкогольной аддикции.

3. Отсутствие приверженности врачей к лечению алкогольной аддикции у пациентов и наличие эмоционального выгорания и низкой экзистенциальной исполненности (психологическое неблагополучие) со стороны терапевта взаимосвязаны с нон-комплаентностью пациента с алкогольной аддикцией.

#### **Степень и уровень научной разработанности проблемы.**

Исследованиями проблемы комплаенса и нон-комплаенса занимались такие ученые, как Д. Саккет, Р. Хайнес, Д.Е. Мориски, Л.В. Грин, Д.С. Данилов, Н.Б. Лутова, С. А. Ковальчук, О.Б. Асриян, И.В. Голощапова. Среди специалистов, изучавших комплаентность, можно также выделить таких как Э. Берн, А. Лэнгле, В. Франкл и др., они рассматривали личностные аспекты, обеспечивающие успешность в сфере взаимодействия людей, что является компонентом комплаентности. Положения, посвященные проблеме алкоголизма, изложены в работах И.В. Стрельчука, А.А. Портновой, Р.В. Кадырова, П.Д. Шабанова, И.Н. Пятницкой.

**Новизна исследования** обусловлена тем, что несмотря на научные разработки проблемы нон-комплаентности, на текущий момент не в полной степени определены особенности возникновения и развития нон-комплаенса. Данная проблема редко рассматривается в контексте пациентов с алкогольной зависимостью. Выявлен комплекс детерминант. Установлено, что

детерминантами нон-комплаентности у пациентов с алкогольной зависимостью выступают обнаруженные связи механизмов психологической защиты и экзистенциальной неисполненности, наличие эмоционального выгорания и экзистенциальной неисполненности у врачей. Было проведено эмпирическое исследование роли приверженности врача к лечению и его личностно-психологических особенностей в формировании нон-комплаенса у пациентов с алкогольной аддикцией. До этой работы не была изучена взаимосвязь механизмов психологической защиты и уровня экзистенциальной исполненности (психологическое благополучие) с нон-комплаентностью у пациентов с алкогольной аддикцией и влияния личностно-психологических особенностей врача на нон-комплаентность у пациентов.

**Методы исследования** - психологическое тестирование, анкетирование, метод статистической обработки результатов.

**Методики исследования.**

- 1) Опросник уровня комплаентности (Р. В. Кадыров, О. Б. Асриян, С. А. Ковальчук).
- 2) Шкала комплаентности Мориски-Грин (Morisky D.E., Green L.W).
- 3) Методика «Индекс жизненного стиля» (Р. Плутчик).
- 4) Тест экзистенциальных мотиваций (В. Б. Шумский, Е. М. Уколова, Е. Н. Осин, Я. Д. Лупандина).
- 5) Опросник для оценки отношения к лекарственным препаратам (Hogan T.P., Awad A.G., Eastwood R., адаптация И.В. Голощапова).
- 6) Шкала медикаментозного комплаенса.
- 7) Тест на эмоциональное выгорание (В.В. Бойко).

**Теоретическая значимость исследования** состоит в определении детерминант, формирующих нон-комплаентность у пациентов с алкогольной аддикцией, в рассмотрении механизмов психологической защиты, экзистенциальной неисполненности и нарушений комплаентности у таких пациентов. Результаты данного исследования могут быть использованы в теоретических курсах таких дисциплин, как: психотерапия, психокоррекция,

психодиагностика, психология зависимого поведения, дифференциальная психология, клинической психология.

**Практическая значимость исследования.** Были выделены мишени для работы с пациентами с алкогольной аддикцией. Составлены рекомендации по психологическому сопровождению клиническими психологами пациентов, зависимых от алкоголя с экзистенциальной неисполненностью и напряженностью механизмов психологической защиты, формирующими нон-комплаентность. Представлены рекомендации врачам по сопровождению таких пациентов. Составлены рекомендации по психологическому сопровождению врачей с эмоциональным выгоранием и экзистенциальной неисполненностью для клинических психологов. Полученные результаты о комплексе детерминант, оказывающем влияние на нон-комплаентность, можно использовать в работе клинических психологов с пациентами с алкогольной аддикцией и с врачами наркологических отделений.

# 1 ДЕТЕРМИНАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ НОН-КОМПЛАЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ АДДИКЦИЕЙ

## 1.1 Понятие комплаенса и нон-комплаенса

Во многих случаях профессионального взаимодействия специалиста с пациентом, важной частью терапии выступает непосредственное участие больных в терапевтическом процессе. И нередко качественное содействие со стороны пациента значительно улучшает процесс его излечения, в то время как противодействие ходу лечения либо же безучастность, наоборот, могут негативно сказываться на прогрессе терапии. В связи с этим учеными были выделены понятия комплаенса и нон-комплаенса.

Рассматривая исторический контекст возникновения понятия нон-комплаенса, стоит отметить, что до 50-х годов XX в. патерналистическая модель была наиболее часто встречающейся в медицинской практике. Это значит, что специалист составлял план лечения и точно знал, что пациент будет четко следовать всем его этапам. В этот период времени врачи обладали огромным авторитетом, поэтому большинство пациентов действительно соблюдали предписания специалистов. Постепенно фокус сместился, и врачи все чаще начали сталкиваться со случаями, когда больной не следует их назначениям. Как следствие в 1976 - 1979 гг. Д. Саккет и Р. Хайнес ввели понятие «комплаенс», дав ему определение как «меры, в которой поведение индивида соответствует медицинским предписаниям или предписаниям, касающимся здоровья» [2], позже термин стал активно использоваться как в рутинной медицинской практике (для измерения эффективности терапевтического процесса), так и в ходе научных исследований. На территории России лишь несколько десятилетий назад начали заниматься вопросом отказа пациентом от сотрудничества с врачом. Это связано с более постепенным изменением общественных и правовых норм и слиянием зарубежной науки с практикой в отечественном здравоохранении [56].

Понятие комплаенса до сих пор однозначно не определено в научной сфере, более того, наряду с ним могут использоваться другие, синонимичные понятия. В литературе можно найти различные определения этих понятий: один только термин «комплаенс» имеет несколько трактовок. К примеру, это понятие можно описать как меру, отражающую точное выполнение пациентом предписаний врача (от приема медикаментов до смены образа жизни) [12]. Р.В. Кадыров определяет комплаенс как «согласие пациента на лечение, сотрудничество с врачом и выполнение всех терапевтических рекомендаций; осознанное выполнение пациентом указаний врача в ходе лечения» [15].

Наряду с понятием «комплаенс» зачастую используется термин «приверженность к терапии», который описывает поведение больного внутри проводимого лечения и его отношение к назначениям доктора. При этом комплаентность и комплаенс можно определять, как синонимы. Другими терминами, которые могут использоваться для обозначения комплаенса могут быть: «comprehensive disease management» (комплексное лечение заболевания), «concordance» (что можно перевести как «согласие» или «гармония»), «persistence» (что в переводе с английского «настойчивость») [15]. Термины «терапевтическое сотрудничество» и «терапевтический альянс», раскрывающие особенности взаимоотношения пациента с системой медицинской помощи (к примеру, личное отношение пациента к врачу), также являются достаточно распространенными [12].

Вышеупомянутые термины не могут считаться эквивалентными, однако в данном случае мы можем рассмотреть их как синонимичные понятия. Термин «комплаенс», в отличие от остальных, имеет выраженные черты патернализма, потому что односторонне оценивает ситуацию лишь через призму правильности соблюдения пациентом медицинских рекомендаций, при этом полностью игнорируется отношение пациента к данному процессу [12].

«Приверженность лечению» – понятие, которое говорит об индивидуальной активности пациента в выборе плана лечения [36]. В современной медицине предпочтительно использовать партнерский принцип,

когда мнение обеих сторон одинаково ценно, в таком случае для описания подойдет понятие «согласие с лечением», так как этот термин учитывает отношение пациента к проводимой терапии [56]. «Терапевтическое сотрудничество» и «терапевтический альянс» отображают не только согласие пациента придерживаться предписаний врача и правильно их соблюдать, но и качество взаимоотношения пациентов с системой медицинской помощи (например, желание посещать медицинское учреждение, степень доверия к врачу и т. д.) [12]. Исходя из этого, комплаенс можно определить, как соблюдение пациентом по собственной воле предписанного врачом плана лечения [30].

Феномен комплаентности рассматривается через призму двух различных подходов: общемедицинского и психологического. Первый из них имеет в своей основе биопсихосоциальную модель комплаентности, которая выделяет важные роли в возникновении комплаенса следующим факторам: биологическим (влияние, которое оказывает на организм проводимое лечение), клиническим (то, как тяжело переживается пациентом симптоматика заболевания) и социальным (характер взаимоотношений между доктором и пациентом, влияние одних пациентов на других, окружающая пациента микросоциальная среда и т.п.). Еще одним важным фактором является терапевтический (длительность терапии, кратность приёма лекарств и т.п.) [15].

Биопсихосоциоэтическая модель феномена комплаентности является основой психологического подхода. В данном случае к перечисленным выше группам факторов добавляются также психологический и духовный [35]. Согласно мнению В. Д. Менделевича, комплаенс состоит из трех блоков: сенсорно-эмоционального (чувства и эмоции пациента, вызванные болезнью), логического (система оценок и суждений, используемых пациентом для обоснования необходимости проведения лечения и его эффектов) и поведенческого (включает причины и действия, с помощью которых пациент реализует лечебную программу) [29]. Явление комплаентности, согласно

психологическому подходу, следует отнести к категории психических свойств личности:

«Под комплаентностью стоит понимать часть убеждений личности в структуре психической деятельности, определяющую поведение человека, касающееся его отношения к производимым лечебным мероприятиям, рекомендациям и предписаниям со стороны врача» [15, 35].

Также следует упомянуть термин, который имеет прямо противоположное значение сотрудничеству врача и пациента, или комплаенсу, – нон-комплаенс. Это «невозможность следовать рекомендациям терапевта» [5]. Проблема декомпозиции термина в наши дни остается спорной как в отношении нон-комплаенса, так и непосредственно комплаенса. Описано два подхода: качественный и количественный. Первый раскрывает природу комплаенса в виде двойственной характеристики «комплаенс – нон-комплаенс». Второй же рассматривает необходимость описания комплаенса в числовом выражении – от 0 до 100% [23]. Термин нон-комплаенс часто применим при медикаментозной терапии и хронических заболеваниях. Выделяют две большие категории нон-комплаенса: ненамеренный («случайный») и намеренный («умышленный, обдуманый»). Ненамеренный нон-комплаенс имеет место, когда невозможно следовать совету специалиста, или контакт между доктором и пациентом налажен плохо, например, из-за недостатка общения. Намеренный нон-комплаенс может быть следствием ситуации, когда пациент знает, что от него требуется, но решает не выполнять предписание врача [5].

Зачастую, поведение пациента, когда он не следует предписаниям доктора, результирует в тяжелые неблагоприятные последствия. Больные не следуют плану лечения, самостоятельно принимают решения об изменении режима приема медикаментов или о их полной отмене, при этом препараты могут быть существенно важны для здоровья. Нарушение режима лечения ведет к значительному снижению его эффективности. Как следствие, довольно часто можно наблюдать негативную динамику в состоянии больного. Наблюдая

подобное ухудшение, врач начинает постоянно вносить изменения в план терапии и корректировать лечение, заменять препараты, назначая новые – все перечисленное так же препятствует эффективности терапии. Не отмечая улучшений в своем состоянии, пациент полностью теряет доверие к специалисту и ко всей системе здравоохранения в целом. Из всего вышеописанного можно сделать вывод, что термин комплаенс, как явление, затрагивает как самого пациента, так и распространяется на врача и медицинское учреждение [44]. В то же время, среди некомплаентных больных чаще встречаются лица, склонные к антисоциальному и суицидальному поведению, и они имеют более низкие показатели уровня функционирования.

## **1.2 Факторы, формирующие нон-комплаентность**

Перед рассмотрением факторов, формирующих нон-комплаентность нужно выделить методы, позволяющие измерить комплаенс.

Одним из способов оценки комплаентности пациента является его беседа с врачом. Этот метод не всегда позволяет увидеть всю картину болезни, так как не обладает полной достоверностью, потому что пациент может предоставлять врачу заведомо искаженную информацию. Одним из вариантов метода является шкала медикаментозного комплаенса, которая применяется в психиатрической практике [24]. Врач самостоятельно вносит данные о пациенте, полученные в ходе клинической беседы и наблюдения. Шкала включает в себя такие факторы связанные: с пациентом, с близким окружением, с лечащим врачом, отношением к терапии. Следующий способ состоит в написании личного отчета пациентом относительно принятых медикаментов и проделанных манипуляций. Используя данный способ необходимо дополнительно убедиться в достоверности, полученной от пациента информации, так как умышленное искажение и забывчивость пациента могут значительно изменить результаты [23]. Наиболее часто для оценки уровня комплаентности используется тест Мориски-Грина. Он состоит из 4 вопросов, на которые необходимо ответить

пациенту, за каждый из которых он может получить балл. При этом, комплаентными считаются те пациенты, которые набрали 4 балла. [28]. Третий и четвертый способы подразумевают учет лекарственных средств и проведенных манипуляций, а также биохимический анализ. Данные показатели можно считать объективными, поэтому способы не требуют дополнительно подтверждения [23].

Однако, больные могут следовать, а могут и не следовать назначениям специалиста, занимаясь самолечением и ведя нездоровый образ жизни. Такое деструктивное поведение свидетельствует, в первую очередь, о низком комплаенсе больных, и делает усилия врачей мало- или, в некоторых случаях, совсем неэффективными. Данное обстоятельство подтверждает актуальность выявления факторов, которые позитивно или негативно влияют на формирование комплаенса к лечению. Они становятся необходимой предпосылкой, которая обеспечивает повышение эффективности терапии и, как следствие, поддержание здоровья населения [40]. В то же время, стоит отметить, что низкий уровень приверженности пациентов является распространенной проблемой во всем мире. Этому свидетельствует факт, что более половины пациентов, проходящих амбулаторное и больничное лечение в соматической медицине, не принимают назначенных лекарственных средств и не выполняют врачебных назначений [48].

Прежде чем говорить о факторах, влияющих на возникновение нон-комплаентности со стороны пациента, стоит упомянуть о том, что специалист своим состоянием тоже может способствовать установлению нон-комплаенса, например, при возникновении у него эмоционального выгорания. Термин «эмоциональное выгорание» имеет множество трактовок. Одним из наиболее точных считается определение понятия как «приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального, поведения». Эмоциональное выгорание, в какой-то степени, оберегает индивида от высоких расходов энергии и помогает ему дозированно и экономно ее использовать. С другой стороны, «выгорание» может иметь и негативную сторону, так как имеет

отрицательное влияние как на отношениях с людьми, так и на профессиональной деятельности, снижая ее эффективность [31].

Эмоциональное выгорание вырабатывается в процессе жизни индивида как профессиональное искажение личности. Этим данный термин отличается от различных форм эмоциональной ригидности, которая имеет в своей основе органические причины – свойства нервной системы, степень лабильности эмоций, психосоматические нарушения. Эмоциональное выгорание – динамический процесс, развивающийся этапами. Эти этапы полностью соответствуют механизму развития стресса [32]. Таким образом, при данном состоянии имеют место все три фазы стресса:

1) нервное напряжение – формируется на основе перманентного психоэмоционального стресса, а также высоких требований и большого количества обязательств у индивида;

2) резистенция – фаза, в которой человек пытается избежать неприятных эмоций, сопротивляясь;

3) истощение – так как проявленное сопротивление оказывается неэффективным, психические ресурсы начинают ослабевать, а эмоциональный тонус – снижаться [6].

Существует большое количество отдельных факторов, которые обуславливают сложный динамический спектр взглядов и поступков пациента по отношению к терапии в целом и к соблюдению ее режима, в частности. Обозначенные факторы можно (следует) разделить на социальные и клинические, дополнительно эта классификация включает такие факторы, как систему отношений между доктором и пациентом, особенности проводимого лечения и психологические особенности пациента [13].

Первая группа факторов – социальные факторы. Ключевая роль в данной группе отдается близким пациента. С одной стороны, семья может стать своеобразным мощным ресурсом, который обеспечивает эмоциональной поддержкой и, как следствие, подталкивает пациента к осознанию ценности собственного здоровья и важности лечения [12]. С другой стороны, болезнь

близкого человека – это кризисная ситуация, которая способна внести нестабильность в равновесие семьи. Она сопровождается ростом напряжения и чувством неопределенности и страха внутри семьи. Такая атмосфера отражается на пациенте, что в свою очередь может негативно влиять на комплаентность. Также эффективность лечения во многом складывается из отношения близких и родных больного к назначенному лечению. У родственников пациента могут сложиться негативные стереотипы о медицине и медперсонале, что обязательно необходимо учитывать. Подобные стереотипы оказывают влияние на взаимоотношения с врачом [15].

Существует также термин эгротогения – это явление негативного влияния одних пациентов на других. Идеальными условиями для его развития является ситуация, когда у пациентов много свободного времени для установления тесного контакта (например, во время совместного пребывания в больничной палате стационарного отделения, в очереди на прием к врачу). Эгротогения выражается в активном навязывании человеком собственных, чаще всего неверных, представлений о болезни и методах ее лечения. Наиболее негативные последствия эгротогения имеет для пациентов, страдающих сходными заболеваниями [15]. Согласно исследованиям Н.Б. Лутовой, социально-демографические характеристики пациентов оказывают влияние на формирование нон-комплаенса. Прослеживается корреляция между низким уровнем приверженности к лечению и принадлежностью больного к низким социоэкономическим слоям, наличием у него низкого уровня образования, недостаточной социальной активности (недостаточное функционирование в социальной и профессиональной сферах). Положительная же корреляция отмечается между высоким уровнем комплаенса и высоким уровнем социальной и профессиональной эффективности, высоким уровнем адаптации в семье, а также с наличием социальной поддержки [25].

В качестве клинических причин нон-комплаентности можно выделить такие как: степень тяжести симптомов; нагрузка, связанная с физическими

страданиями; стадия прогрессирования болезни; коморбидность; наличие эффективной терапии [10].

Третий фактор - система взаимоотношений «врач-пациент». В этой системе существует ряд моделей, каждая из которых оказывает разное влияние на возникновение нон-комплаентности. При этом ключевыми из них являются две, можно сказать, полярные: патерналистская и партнерская.

В основе первой модели лежит ведущая, и как правило авторитетная, роль врача, при этом пациент и его родные находятся в пассивно-зависимом положении. В данной модели специалист занимает активную лидерскую позицию: он берет на себя принятие решений по вопросам диагностического и терапевтического процессов, полностью несет ответственность за ход лечения и его конечный результат. Пациент, в свою очередь, в процессе терапии остается в зависимой позиции. Он сам, его близкие и семья полностью доверяют врачу весь процесс лечения, и именно это понимается как благо для больного. Допустим вариант, когда пациент и его родственники могут не согласиться с назначенным врачом лечением, но за неимением у них достаточной компетенции в вопросах медицины решение остается за специалистом. Самостоятельность больного сводится лишь к большей или меньшей степени его согласия с медицинскими предписаниями. [2, 48].

Вторая модель в своей сути противоположна первой. Партнерская модель предполагает, что отношения между врачом и пациентом строятся на признании равных прав в принятии решений за обеими сторонами. Специалист, больной и его родственники объединяются с общей целью – справиться с недугом. При этом пациент и его семья имеют возможность выбирать формы и объемы терапевтического влияния. В данной модели врач выступает советчиком, который передает необходимую информацию больному и его близким и объясняет, почему именно это, а не иное медицинское вмешательство будет иметь большую эффективность в конкретном случае. Специалист обязательно должен подробно информировать пользователей помощи о этиологии и симптомах болезни, современных методах, подходах в

лечении и подборе фармакотерапии, возможных трудностях и рисках, которые могут возникнуть в процессе лечения. При этом специалист осознает, что выбор всегда остается за пациентом: он самостоятельно взвешивает все риски и распоряжается своей жизнью. Автономность пациента признается ценной и настолько высокой, что даже если врач назначит лечение из лучших намерений, но вопреки воле больного, это будет считаться недопустимым. Партнерская модель в первую очередь подразумевает доверие между специалистом, больным и его семьей, поэтому на передний план выходит навык врача наладить контакт и его способность учитывать их мнение [43, 48].

Рассматривая четвертый фактор, а именно особенности проводимого лечения, стоит сказать о том, что уровень комплаенса обратно пропорционален сложности составленного плана терапии. Влияние оказывают, в том числе, назначенные медикаменты – чем их больше и чем сложнее схема приема, тем ниже приверженность к лечению. Современные исследования доказывают, что доля пациентов с низкой приверженностью лекарственной терапии, составляя менее 10% при назначении одной таблетки, увеличивалась до 20% при назначении двух таблеток, до 40% - при приеме трех таблеток и становилась крайне значительной, вплоть до полного отказа от лечения, если больному было назначено пять или более таблеток. Также возникновению нон-комплаенса способствует отсутствие адаптации приема препаратов к привычкам пациента, непредоставление доступных алгоритмов самоконтроля, отказ от использования специальных упаковок для дозирования препаратов, непроведение мотивационных бесед, необеспечение передачи телеметрической информации из дома пациента, а также отсутствие улучшения интеграции работников системы здравоохранения с вовлечением в процесс фармацевтов и медицинских сестер. В то же время, во избежание возникновения нон-комплаенса при лечении крайне важно применять адекватные терапевтические режимы, минимизируя нежелательные эффекты и используя препараты с однократным применением в течение суток, предпочтительно в виде фиксированных комбинаций [49].

Заключительный фактор – психологические особенности пациента. Больному непросто отказаться от поведенческих стереотипов, которые складываются годами или даже десятилетиями. Преодоление вызывает формирование психологических барьеров, которые и является одной из важнейших проблем. Таким образом, чем дольше развивается заболевание, тем больше у пациента формируется психологических барьеров, поэтому при хронических заболеваниях создается крайне низкий уровень комплаентности. Нон-комплаенс базируется на неверных когнитивных предпосылках, которые поддерживаются негативным опытом неудач в лечении, когда пациент уже не верит в успех и разочарован в результатах. Нельзя недооценивать влияние воздействия заболевания на психологическое состояние пациента. Оно играет большую роль, создавая препятствие для выстраивания доверительных отношений между врачом и пациентом. Более того, высокий уровень нон-комплаенса показывают пациенты, склонные к жесткому самоконтролю и принятию вины и ответственности за фрустрирующую ситуацию, с симптомами неуверенности и неполноценности [18, 19]. Также возникновению нон-комплаенса могут способствовать некоторые личностные особенности, которые присутствовали и до заболевания. Доказано, что больные с истерическими чертами личности более небрежно и поверхностно относятся к процессу лечения, поэтому больше других рискуют получить развитие медикаментозной зависимости. Они склонны к манипуляции окружающими приемом лекарственных препаратов. Для невротизированных, инфантильных, тревожных личностей характерна склонность к самолечению и злоупотреблению психотропными средствами. В то же время имеется склонность к регулярному нарушению режима терапии гипертимными личностями вследствие легкой переключаемости, неустойчивости интересов, недооценки тяжести заболевания [19, 22].

Придерживаясь другого подхода, причины нон-комплаенса можно классифицировать на три категории:

- 1) те, что связаны с самими пациентами (нежелание принимать терапию, некорректное принятие медикаментов);
- 2) высокая стоимость терапии, особенно многокомпонентной;
- 3) сложный режим приема медикаментов и, соответственно, большая вероятностью отклонения от схемы лечения (например, при назначении 4 препаратов вероятность комплаенса снижается вдвое) [44].

Однако данная классификация менее широко и подробно рассматривает причины нон-комплаенса, в сравнении с представленной ранее.

Таким образом, сложность термина комплаенс как явления подтверждается противоречием во взглядах различных исследователей, которые рассматривали данный вопрос. Стоит отметить, что в трудах многих авторов центральное место среди факторов, от которых зависит тип внутренней картины болезни, занимают именно психологические особенности больного. Именно они определяют поведение пациента в комплаенсе.

### **1.3 Особенности пациентов с алкогольной аддикцией**

Одним из вариантов трактовки определения алкогольной аддикции выступает следующий: «Алкогольная аддикция - одна из форм девиантного поведения, которая выражается в стремлении уйти от реальности путем употребления алкоголя с целью изменения психоэмоционального состояния» [39]. При этом структура алкогольной аддикции до сих пор однозначно не определена, в связи с чем можно выделить две ключевые модели алкоголизма, отображенные в отечественной литературе и науке.

В первую очередь стоит упомянуть модель алкоголизма по А.А. Портнову и И.Н. Пятницкой. Основываясь на факте, что симптом измененной толерантности – это измеряемый показатель, который можно подвергнуть оценке, именно он взят за основу модели. В классификации И.Н. Пятницкой и А.А. Портновой особенный интерес представляет изменение толерантности. Создатели разделили алкогольную аддикцию на несколько стадий: начальная

(неврастеническая) стадия – увеличение толерантности, средняя (наркоманическая) стадия – плато толерантности, исходная (энцефалопатическая) стадия – снижение толерантности [27]. Представленная классификация считалась преимущественно популярной в отечественной наркологии и использовалась как в практической деятельности, так и в дидактических целях для обучения учащихся. Вторая модель алкогольной аддикции, созданная И.В. Стрельчуком в которой центральным синдромом клинического течения являлось патологическое влечение к употреблению алкогольной продукции – качество данного психопатологического явления сложно определить. По этой причине использование модели И.В. Стрельчука затруднительно в клинических исследованиях. Появление изначального патологического влечения к алкогольной продукции определяет момент начала заболевания, а его последующее утяжеление, ассоциированное с симптоматикой прогрессивного течения алкогольной аддикции. В классификации И. В. Стрельчука представлены как: легкая (компенсированная), средняя (суб-компенсированная) и тяжелая (декомпенсированная). Психопатологические аспекты оценки клинической структуры влечения к алкоголю остаются неуточненными. [17].

Обращаясь к другому взгляду на проблему, можно выделить иную структуру, согласно которой при алкогольной аддикции нарушается в первую очередь система мотивации и потребностей: индивид нацелен только на одну потребность, которая начинает подчинять себе другие. Происходит нарушение динамики в сторону лабильности. Также под влиянием длительного отравления организма этиловым спиртом начинают страдать память и мыслительный процесс, что приводит к деградации. [35].

Отечественные исследователи указывают на связь «импульсивности/поиска нового» и качеств «нейротизма/негативной эмоциональности» у людей с феноменом алкоголизма. Часто термины «антисоциальное поведение» и «гиперактивность» связывают с феноменом алкогольной аддикции, однако, они не являются специфичными для данной

зависимости. Также в литературе можно встретить мнение, что алкоголизм связан с нейротизмом, при этом никогда не сочетается с честностью и соблюдением законов [28]. Т.П. Степанкина в своей работе обращает внимание на то, что индивид с алкогольной аддикцией под влиянием ситуаций, которые травмируют его психику (в том числе в условиях изоляции и лечения против его воли), начинает проявлять психопатические реакции: происходит усиление патологических черт личности. При этом, выраженность возникающих психических реакций намного выше, чем травмирующие переживания, которые их вызвали [45].

В то же время, в течение развития хронического алкоголизма индивид подвергается изменениям личности: черты характера становятся более выраженными. В начале хронического алкоголизма, на первых его этапах, у больных чаще наблюдаются невротические расстройства астенического типа (отсутствие уверенности в себе, астения, лабильность настроения, повышенная внушаемость. По мере развития алкоголизма начинают проявляться и более диффузные психопатоподобные расстройства, влекущие за собой изменение(заострение) черт характера (эгоистичность, грубость, цинизм и т.д.). Все это во многом определяет психологический образ и поведенческие реакции личности алкоголика [29]. Стоит также упомянуть и то, что основной мотивацией употребления алкоголя являются желание утвердиться, расслабиться и «выпить за компанию» [46].

Таким образом, на текущий момент существует множество исследований, в которых рассматриваются различные аспекты алкогольной зависимости. Однако конкретно психологическим характеристикам пациентов с алкогольной аддикцией уделяется недостаточное внимание в отечественной науке.

#### **1.4. Нарушения комплаентности пациентов в наркологии**

Нарушения комплаентности пациентов в наркологии можно рассматривать с точки зрения двух условных подходов. Первый –

психологический – базируется на представлении о разрушении, деструкции, или, говоря другими словами, патологической мотивации больного, когда вместо широкого набора мотивов остается лишь один ведущий и доминирующий. Данный подход закономерно продолжается в мотивационную терапию, которая направлена на создание стимула избавиться от зависимости. Главный фокус второго подхода состоит в нарушении критического отношения к себе и к своей болезни при алкоголизме. Как пишут исследователи М.В. Демина и В.В. Чирко, которые наиболее последовательно раскрыли феноменологию алкогольной анозогнозии: «тенденция больных алкоголизмом отрицать свое пьянство настолько общераспространенна и типична, что о ней говорится в медицинских учебниках уже с конца девятнадцатого века». Длительное время именно в рамках понятий «отрицания болезни», «анозогнозии», «отчуждения болезни» рассматривались аспекты поведения больных алкоголизмом, связанные с отсутствием у них согласия к лечению [11, 14].

Указанная концепция имеет прямую связь с проблематикой комплаентности больных с алкогольной и иными химическими аддикциями. Эта позиция доказывается представлением о внутреннем пространстве сознания больного: в нем не существует критической оценки своей аддикции, что делает невозможным нахождение источника мотивации к терапии. В данном случае в лечении специалист может опираться на переживания, которые возникают ввиду соматического и психического дискомфорта больных: они присутствуют всегда и могут стать основным стимулом к лечению. Концепция анозогнозии или отсутствия критического отношения к своему заболеванию, не исключает важную необходимость комплаентности больных, но подчеркивает сложность ее достижения. Для аддиктивных расстройств комплаентность пациентов играет центральную роль в терапии. На сегодняшний день можно найти исследования комплаентности в отношении ее влияния на результативность лечения людей с зависимостью от психоактивных веществ. Так, существуют данные исследования больных, у которых

алкогольная аддикция была коморбидна зависимости от кокаина. Их результаты наглядно показали, что в случае, когда помимо медикаментозной терапии специалисты дополнительно прибегали к психотерапевтической помощи, имел место более высокий уровень комплаентности и готовности к сотрудничеству, тогда как эффекты только медикаментозной терапии представляются ненадежными [1, 11].

В дополнение к вышенаписанному стоит упомянуть, что нередко при алкогольной аддикции встречается не только отрицательное, но и двойственное, противоречивое отношение к терапии. В какой-то степени его можно интерпретировать как одну из форм сопротивления, но, если подходить к проблеме с точки зрения этики, можно посчитать такое отношение попыткой больного самостоятельно и обдуманно оценить пользу и риски от предлагаемой терапии (и излечения) алкоголизма. Вероятно, подобная попытка пациента будет подвержена некоторым искажениям под влиянием когнитивного и регуляторного дефицита. Тем не менее, такой подход в рассмотрении проблемы механизмов, обеспечивающих согласие на лечение, требует внимательного исследования.

### **1.5 Особенности механизмов психологической защиты у пациентов с алкогольной зависимостью**

Больные с алкогольной аддикцией в состоянии ремиссии с высокой вероятностью могут перейти в рецидивоопасные клинические состояния в виду социальной фрустрированности или социально стрессовых расстройств, а также потере способности адаптироваться к окружающей социальной среде при выходе из болезни. Все перечисленные процессы запускаются за счет механизмов психологической защиты (МПЗ) и индивидуальной переработки стрессов. Механизмы выполняют роль «щита» для дезорганизованной психики: извращают и подменяют действительность на ту, которая выгодна их позиции. В современной психологии МПЗ делится на два уровня. Ведущими явлениями

первого – уровня «перцептивной» защиты – являются вытеснение и отрицание. В данном случае порог чувствительности к нежелательной информации увеличивается, больной перестает воспринимать факты, которые не соответствуют ожидаемым. Второй уровень – защиты – определяется в случае, когда негативная информация воспринимается пациентом, но она переоценивается или перестраивается. Ведущими явлениями второго уровня являются проекция, компенсация, интеллектуализация, а также рационализация, реактивное образование, фантазирование – они позволяют обеспечить адаптацию.

Авторы современных научных работ и исследователи описывают механизмы психологической защиты как бессознательный процесс. Многие из механизмов, по их мнению, являются деструктивными и несовершенными [41]. Пациенты с аддикцией осознают события не в полной мере, они недостаточно проживают переживания и ощущения, что ограждает их от боли и позволяет долгое время не впадать в тревожное состояние в отношении проблем с алкоголем [16]. Механизмы защиты не дают индивиду отметить перемены, которые с ним происходят, так как больной постоянно избегает осознание внутренних противоречий. Длительное время больной отрицает свой алкоголизм и считает, что не нуждается в помощи, поэтому заболевание переходит в хроническое [4]. Несмотря на то, что у больных с алкогольной аддикцией могут срабатывать различные МПЗ, ведущим и основным становится какой-то один из них [41]. Данный момент МПЗ у индивидов с алкогольной аддикцией изучен мало и не имеет единого взгляда. Часть исследователей говорят о том, что у индивидов с алкоголизмом преобладает МПЗ проекции [52]. Другая часть исследователей предполагает, что у больных с алкогольной аддикцией преобладает МПЗ «отрицание», при этом «компенсация» не сформирована и обладает меньшей выраженностью, так как заменяется употреблением этилового спирта [4]. Также подтверждено, что частым механизмом у больных является избегание. Индивид с алкогольной зависимостью не принимает всецело жизненный опыт и деформирует

реальность. Вследствие этого человек перестает осознавать свое положение, вызванное алкоголизацией, так как снижается критическое мышление [50, 51]. Подобная психологическая защита имеет наиболее яркое проявления в рамках феномена алкогольной анозогнозии. В начале алкогольной аддикции индивид игнорирует свое заболевание, но на более поздних этапах отрицать его уже становится невозможно. Вследствие чего фокус смещается, и пациент занижает значимость и масштабы своей зависимости. События, которые с ним происходят, подвергаются искажению и подаются в выгодном для пациента свете. Алкогольная зависимость нарастает, и больной начинает выборочно воспринимать приходящую извне информацию, оставляя только те факты, которые ему «выгодны». Пациент легко оправдывает любое свое поведение, так как успевает сформироваться некая универсальная система объяснения. По мере роста степени деградации личности эмоциональный компонент пьянства обесценивается – редуцируется или исчезает. На разных этапах развития алкогольной аддикции определенные механизмы психологической защиты становятся ведущими и сменяют друг друга, приобретая различную степень деструктивности по мере динамики заболевания [50, 53].

Из вышеописанного можно сделать вывод о значимости влияния феномена алкогольной зависимости на механизмы психологической защиты.

### **1.6 Экзистенциальная исполненность у пациентов с алкогольной аддикцией**

Термин «экзистенция» имеет множество определений, но в общем значении его можно раскрыть как способ бытия, который специфичен только для человека. Главная характеристика данного термина – это свобода выбора: «Свободное бытие человека мы называем также экзистенцией» [55]. Человек существует в пространстве возможностей, среди которых он выбирает: «Действительность человека – это возможности, а его бытие – это бытие в модусе «я могу»» [55]. В концепции А. Лэнгле описаны фундаментальные

мотивации человека, из которых образуется экзистенциальная исполненность. А.Лэнгле отмечает высокую согласованность показателя ЭИ с показателями психологического благополучия. Экзистенциальные мотивации имеют в своей основе способность человека принимать свободные решения [55]. А. Лэнгле утверждал, что мотивация возникает в процессе диалога человека с окружающим его миром, основу которого составляют четыре фундаментальные данности бытия:

- мир с его условиями и возможностями;
- жизнь с ее отношениями и чувствами;
- бытие самим собой как уникальной, автономной личностью;
- будущее с присущим ему призывом к действию, к активному привнесению себя в более широкий контекст, в системы взаимосвязей, в которых человек находится и которые он создает [55].

С каждым из вышеизложенных мотиваций связан вопрос, который должен встать перед индивидом:

1. ФМ: видеть себя в своей слабости и соотноситься с реальностью: «Могу ли я быть тем, кто осуществляет свободный выбор?»
2. ФМ: отношения с собой: «Нравится ли мне жить?»
3. ФМ: достоинство, сохранение свободы и переживание силы при принятии решений: «Имею ли я право быть самим собой?»
4. ФМ: видеть смысл в своих действиях, иметь ориентацию: «В чем я вижу смысл» [55]?

Экзистенциальными симптомами зависимости являются:

– Потеря свободы: индивид нарочито избегает проблемы и страдания, находясь в активном поиске удовольствия.

– В виду отсутствия свободы развивается неперсональное поведение. Как следствие диалоги становятся краткими, человек избегает общения и все чаще лжет. Больной сохраняет личностные ценности, но теряет себя в своей сущности.

– Потеря мира: взаимодействие с окружающим миром ограничена и сводится в основном к поиску «вещества». Вещи теряют внутреннюю ценность. Больной чаще прибегает к лжи, так как зависимость очень тесно с ней связана: от самообмана до самоуспокоения. Таким образом можно сказать, что аддикция является формой избегания реальности [27].

Согласно В. Франклу, «экзистенциальный вакуум, как кризис отсутствия смысла жизни или деформированности смысла (экзистенциальной неисполненности), обуславливает возникновение у человека трудностей при нахождении ценности жизни, ее смысла» [47]. Согласно позиции Франкла, «смысл жизни открывается в результате взаимодействия внешнего и внутреннего, если человек извлекает опыт из имеющейся ситуации, не жалуется на отсутствие желаемых обстоятельств, совершает действия, которые считает оптимальными в данных обстоятельствах, значит, он способен открыть и реализовать в ней смысл своей жизни, прожив ее с чувством исполненности, то есть полноценно» [47].

Открытие смысла доступно только тем людям, которые обладают некоторыми предпосылками, а именно: рефлексией, самотрансценденцией, а также способностями экзистенциального плана, например, свободой и ответственностью. «Исполненность, таким образом, включает способность справляться с самим собой и с миром, способность отвечать на внутренние и внешние требования и предложения, соотнося их с собственными ценностями, заниматься самим собой и внешними жизненными ситуациями и прийти к сформированной со смыслом жизни, ведение которой может быть аутентично обосновано, находиться в диалогическом обмене с миром и тем самым прийти к исполнению своей сущностной структуры – экзистенциальному исполнению» [47].

Опираясь на изучение психологических аспектов развития аддиктивного поведения, верным является тезис, что у людей экзистенциальная неисполненность рассматривается как условие риска развития разных зависимостей, подразумевая их формы. В соответствии с исследованиями

Франкла, 80% алкогольных аддиктов переживают чувство внутренней пустоты, что представляет собой результат утраты жизненной цели и неспособности определить ее смысл. Этот момент лежит в основах развития зависимостей. [47].

Таким образом, алкогольную аддикцию можно считать деструктивными способом разрешения конфликта между человеком и социумом, проявлением неперсонального поведения. Больной не ощущает удовлетворение собственной жизнью и теряет экзистенциальную исполненность, вследствие чего необходимо прибегнуть к различным способам решения внутреннего конфликта, отыскав наиболее эффективный.

### **Вывод по первой главе**

Пациенты с алкогольной аддикцией имеют психологические особенности, включающие в себя, низкую экзистенциальную исполненность. Для них характерно прохождение через состояние внутренней пустоты, вследствие различных экзистенциальных трудностей. Стоит также сказать и о том, что на разных этапах алкоголизма могут доминировать разные механизмы психологической защиты, сменяя друга и приобретая определенную степень деструктивности по мере динамики заболевания.

Составляющим фактором нон-комплаенса выступает взаимодействие пациента с врачом, у которого присутствует эмоциональное выгорание, которое, в свою очередь, может оказывать влияние на качество проводимого лечения. В то же время на формирование нон-комплаенса влияет ряд факторов, к которым относятся социальные и клинические, а также психологические особенности пациента и врача.

## **2 ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕРМИНАНТ ФОРМИРОВАНИЯ НОН-КОМПЛАЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ АДДИКЦИЕЙ**

### **2.1 Организация и методы исследования**

Выборку данного исследования составили 30 пациентов с алкогольной аддикцией на разных стадиях возрастом от 29 до 53 лет, средний возраст которых 41,5 лет. Базами для исследования 15 пациентов с зависимостью стала ГБУЗ СО Психиатрическая больница №3, для других 15 пациентов ГАУЗ СО «СОКПБ». Также для определения уровня приверженности к лечению пациентов с алкогольной зависимостью были апробированы 20 разнополюх врачей наркологических отделений при психиатрических больницах ГБУЗ СО Психиатрическая больница №3 и ГАУЗ СО «СОКПБ», так как в работе присутствует сравнение отделений, в целях конфиденциальности далее называем их 1-ое и 2-ое отделение. Всего 5 врачей (25%) 1-го наркологического отделения возрастом от 55-59 лет, средний возраст которых 57,2 года, 5 врачей (25%) 2-го наркологического отделения возрастом от 33 до 45 лет, средний возраст составил 40,2; 10 ординаторов из них 5 (25%) человек работают в наркологическом отделении в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева от 26 до 29 лет, средний возраст 26,8; 5 (25%) человек ординаторы в ГАУЗ СО «Областная наркологическая больница», средний возраст которых 26,4 года.

**Методы исследования.** При проведении исследования пациентов с алкогольной аддикцией разных стадий, был сделан акцент на влиянии на нон-комплаентность механизмов психологических защит, экзистенциальных мотиваций больного и врачей, приверженности к принятию лекарственных средств и способности установления терапевтического альянса психиатрами-наркологами. Для проведения исследования и подтверждения гипотезы были определены следующие методики:

1) Клиническая беседа с пациентами. Состояла из знакомства с анамнезом пациентов. С целью получения данных о возрасте, образовании, алкогольной стадии, семейного положения, сфере деятельности. Дополнительные вопросы для уточнения наличия мечты и оценки, производимого лечения в медицинском учреждении;

2) Клиническое интервью с врачами. Метод использовался для уточнения стажа, возраста, наличия или отсутствия сострадания к пациентам с алкогольной зависимостью, эмоциональной реакции на неисполнительность в отношении приема лекарств, уточнения необходимости в улучшении лечения в мед. учреждениях, уровня вклада пациента и врача в успех лечения алкогольной зависимости и веры в возможность вылечить алкоголическую аддикцию;

3) Методика «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index, LSI) была разработана Р.Плутчиком в соавторстве с Г.Келлерманом и Х.Р.Контом в 1979 году, адаптирована СПб НИПНИ им. Бехтерева, Санкт-Петербург, 2007 г. Тест применяется для оценки работы механизмов психологической защиты «Я». Методика подразумевает оценку всех восьми основных видов защитных механизмов: вытеснение, отрицание, замещение, компенсация, реактивное образование, проекция, интеллектуализация (рационализация) и регрессия. После получения ответов, специалист может выстроить профиль защитной структуры обследуемого;

4) «Тест экзистенциальных мотиваций» (ТЭМ) – оригинальная русскоязычная методика, разработанная в 2016 году В. Б. Шумским, Е. М. Уколовой, Е. Н. Осиным и Я. Д. Лупандиной. С ее помощью обследуемый способен самостоятельно дать субъективную оценку степени реализации экзистенциальных мотиваций, которые связаны с принципиальными вопросами, встающими перед человеком: «Могу ли я быть тем, кто осуществляет свободный выбор? Нравится ли мне жить? Имею ли я право быть самим собой? В чем я вижу смысл?»;

5) «Шкала комплаентности Мориски-Грин» – тестирование, которое распространено в клинико-психологической практике. Оно используется для составления предварительной оценки комплаентности и скринингового выявления пациентов с недостаточным уровнем приверженности к лечению. Шкала Мориски-Грин содержит в себе четыре пункта, отражающих отношение обследуемого к приему медикаментов. Была опубликована в 1986 году под авторством Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M.;

6) «Опросник для оценки отношения к лекарственным препаратам» (Drug Attitude Inventory - DAI-30) (Hogan T.P., Awad A.G., Eastwood R., 1983; адаптация Голощапов И.В., 2010). Тест составлен для определения отношения к фармакологическому лечению и имеет оценки: положительное или отрицательное. Также тестирование способно указать на субъективный опыт приема лекарственных препаратов и общие убеждения пациентов в отношении медикаментозной терапии;

7) «Шкала медикаментозного комплаенса» – используется для прогнозирования уровня приверженности больного к длительному приёму лекарственных средств. Она была составлена в 2012 году в НИПНИ им. Бехтерева. Вопросы тестирования разделены на четыре группы в соответствии с основными факторами, которые влияют на комплаентность: связанные с самим больным, с терапией, с доктором и с окружением пациента;

8) «Опросник уровня комплаентности» (авторы: Р. В. Кадыров, О. Б. Асриян, С. А. Ковальчук, создан в 2014 году) – составлен для тестирования не только для пациентов с хроническими заболеваниями, но и здоровых индивидов от 15 лет (профиль полученного ими образования не важен). Демонстрирует картину внутренних переживаний по поводу своего здоровья, выраженного в качественно своеобразном рисунке поведения, деятельности и жизнедеятельности в целом. Тест составлен для определения уровня комплаентности путем оценки трех составляющих: социальной комплаентности (когда пациент выполняет назначения специалиста, движимый социальным одобрением), эмоциональной комплаентности (индивид склонен соблюдать

предписания врача так как обладает повышенной впечатлительность и чувствительностью), поведенческая комплаентность (больной стремится выполнить назначения врача, так как воспринимает свое заболевание как препятствие, которое необходимо преодолеть);

9) «Тест на эмоциональное выгорание В.В. Бойко – основан на стадийности профессионального выгорания: согласно методике, оно делится на напряжение, резистенцию и истощение. Описанные ранее стадии разделяются по четыре наиболее характерных и выраженных симптома. В первой фазе – это «Переживание обстоятельств», «Неудовлетворенность собой», «Загнанность в клетку», «Тревога и депрессия». Во второй фазе – «Резистенция»: «Неадекватное реагирование», «Эмоциональная дезориентация», «Расширение сферы экономии», «Редукция проф. Обязанностей». Симптомами третьей фазы («Истощение») являются: «Эмоциональный дефицит», «Эмоциональная отстраненность», «Личностная отстраненность», «Психосоматические нарушения». Методика была разработана в 1996 году.

## **2.2 Описание и анализ результатов исследования первой гипотезы**

Для дальнейшего описания результатов данных была проверена нормальность распределения в выборке пациентов и врачей. В выборках нормальность распределения отсутствует (см. Приложение 1), поэтому далее используем непараметрические методы для анализа данных.

Для подтверждения первой гипотезы, что общая напряженность механизмов психологических защит с преобладанием незрелых и экзистенциальная неисполненность (психологического неблагополучие) являются детерминантами показателя нон-комплаентности у пациентов с алкогольной аддикцией был использован критерий Спирмена. Результаты корреляционного анализа представлены в таблицах 1-6.

Результаты таблицы 1 позволяют определить, что чем выше показатели психологических защит, таких как отрицание, подавление, регрессия, проекция

и замещение, тем ниже медикаментозная комплаентность. Важно отметить, что чем выше такие МПЗ, как интеллектуализация и реактивное образование, тем выше медикаментозная комплаентность.

Таблица 1 - Результаты корреляционного анализа механизмов психологических защит и медикаментозного нон-комплаенса у пациентов с алкогольной аддикцией

| Переменные  | Отрицание    | Подавление   | Регрессия    | Проекция     | Замещение    | Интеллектуализация | Реактивное образование | Общее напряжение защит |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------------|------------------------|------------------------|
| Приверженность к лекарственному лечению Мориски-Грин                            | <b>-0,75</b> | <b>-0,76</b> | <b>-0,73</b> | <b>-0,81</b> | <b>-0,75</b> | <b>0,83</b>        | <b>0,80</b>            | <b>-0,93</b>           |
| Уровень комплаентности DAI-30   | <b>-0,70</b> | <b>-0,80</b> | <b>-0,77</b> | <b>-0,86</b> | <b>-0,77</b> | <b>0,88</b>        | <b>0,73</b>            | <b>-0,86</b>           |
| "Поведение при проведении медикаментозного лечения                              | <b>-0,64</b> | <b>-0,76</b> | <b>-0,65</b> | <b>-0,71</b> | <b>-0,55</b> | <b>0,65</b>        | <b>0,68</b>            | <b>-0,61</b>           |
| Заинтересованность в приеме лекарств  | –            | <b>-0,72</b> | <b>-0,60</b> | <b>-0,80</b> | <b>-0,59</b> | <b>0,75</b>        | <b>0,69</b>            | <b>-0,78</b>           |
| Отношение больного к принимавшимся ранее препаратам                             | –            | <b>-0,74</b> | <b>-0,66</b> | <b>-0,78</b> | –            | <b>0,57</b>        | <b>0,56</b>            | <b>-0,79</b>           |
| Оценка больным эффективности принимаемого на данный момент препарата            | <b>-0,58</b> | <b>-0,77</b> | <b>-0,71</b> | <b>-0,64</b> | –            | <b>0,58</b>        | <b>0,71</b>            | <b>-0,75</b>           |
| Оценка больным эффективности принимаемой на данный момент комбинации препаратов | –            | <b>-0,54</b> | <b>-0,53</b> | <b>-0,57</b> | <b>-0,56</b> | <b>0,56</b>        | <b>0,53</b>            | <b>-0,64</b>           |
| Приемлемость парэнтерального способа введения препарата                         | –            | <b>-0,71</b> | <b>-0,75</b> | <b>-0,79</b> | –            | <b>0,72</b>        | <b>0,68</b>            | <b>-0,70</b>           |
| Приемлемость перорального приема препарата                                      | –            | <b>-0,53</b> | <b>-0,59</b> | <b>-0,59</b> | –            | <b>0,60</b>        | <b>0,58</b>            | <b>-0,54</b>           |
| Удовлетворенность режимом приема препарата                                      | <b>-0,57</b> | <b>-0,63</b> | –            | <b>-0,67</b> | <b>-0,57</b> | <b>0,68</b>        | <b>0,71</b>            | <b>-0,70</b>           |
| Доступность препарата   | –            | –            | <b>-0,59</b> | <b>-0,63</b> | <b>-0,54</b> | <b>0,69</b>        | <b>0,51</b>            | <b>-0,56</b>           |
| Отношение близкого окружения к медикации  | <b>-0,56</b> | <b>-0,59</b> | –            | <b>-0,54</b> | <b>-0,50</b> | <b>0,57</b>        | <b>0,57</b>            | <b>-0,55</b>           |
| Адекватность врачебного наблюдения вне обострения                               | –            | –            | <b>-0,55</b> | –            | –            | –                  | <b>0,56</b>            | <b>-0,58</b>           |
| Общий балл медикаментозного комплаенса  | <b>-0,64</b> | <b>-0,78</b> | <b>-0,77</b> | <b>-0,88</b> | <b>-0,74</b> | <b>0,86</b>        | <b>0,80</b>            | <b>-0,94</b>           |

Данные таблицы 2 позволяют определить, что чем выше показатели психологических защит, таких как отрицание, подавление, регрессия, проекция и замещение, тем выше психологические аспекты, мешающие формированию медикаментозного комплаенса. Также установлено, что чем выше такие МПЗ, как интеллектуализация и реактивное образование, тем ниже психологические аспекты, способствующие нарушению медикаментозного комплаенса.

Таблица 2 - Результаты корреляционного анализа механизмов психологических защит и психологических аспектов медикаментозного нон-комплаенса у пациентов с алкогольной аддикцией

| Переменная   | Отрицание   | Подавление  | Регрессия   | Проекция    | Замещение   | Интеллектуализация | Реактивное образование | Общее напряжение |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|------------------------|------------------|
| Наличие опасений, связанных с психотропным действием вообще или с возможностью появления побочных эффектов | <b>0,64</b> | <b>0,65</b> | <b>0,60</b> | <b>0,66</b> | <b>0,63</b> | <b>-0,58</b>       | <b>-0,55</b>           | <b>0,67</b>      |
| Психологически обусловленное саботирование медикации   | <b>0,61</b> | <b>0,74</b> | <b>0,71</b> | <b>0,62</b> | <b>0,52</b> | <b>-0,66</b>       | <b>-0,70</b>           | <b>0,69</b>      |
| Анамнестические сведения о нарушениях комплайенса  | <b>0,67</b> | –           | –           | <b>0,51</b> | <b>0,80</b> | <b>-0,59</b>       | –                      |                  |
| Неосознавание болезни  | <b>0,66</b> | <b>0,79</b> | <b>0,62</b> | <b>0,81</b> | <b>0,77</b> | <b>-0,82</b>       | <b>-0,81</b>           | <b>0,91</b>      |
| Частота рецидивирования  | <b>0,66</b> | <b>0,76</b> | <b>0,78</b> | <b>0,92</b> | <b>0,77</b> | <b>-0,92</b>       | <b>-0,81</b>           | <b>0,92</b>      |
| Суицидальные и прочие тенденции к саморазрушающему поведению   | <b>0,58</b> | <b>0,63</b> | <b>0,79</b> | <b>0,81</b> | <b>0,65</b> | <b>-0,81</b>       | <b>-0,67</b>           | <b>0,81</b>      |
| Коморбидность со злоупотреблением психоактивными веществами и/или расстройствами личности                  | –           | –           | –           | <b>0,58</b> | –           | –                  | –                      | –                |
| Наличие когнитивных нарушений  | –           | -           | <b>0,76</b> | <b>0,81</b> | <b>0,57</b> | <b>-0,76</b>       | <b>-0,68</b>           | <b>0,77</b>      |
| Факторы, связанные с близким окружением  | –           | -           | <b>0,56</b> | <b>0,61</b> | <b>0,61</b> | <b>-0,63</b>       | -                      | <b>0,64</b>      |
| Отсут. терапевтический альянс  | <b>0,66</b> | <b>0,55</b> | <b>0,50</b> | <b>0,75</b> | <b>0,77</b> | <b>-0,78</b>       | <b>-0,59</b>           | <b>0,76</b>      |

Данные таблицы 3 позволяют обнаружить, что чем выше показатели психологических защит, таких как отрицание, подавление, регрессия, проекция и замещение, тем ниже общий уровень комплаенса, образованный социальным, эмоциональным и поведенческим комплаенсом. Также, установили, что чем сильнее такие МПЗ, как интеллектуализация и реактивное образование, тем выше медикаментозная комплаентность и ниже психологические аспекты, мешающие ее формированию.

Таблица 3 - Результаты корреляционного анализа механизмов психологических защит и комплаентности у пациентов с алкогольной аддикцией

| Переменная             | Социальный комплаенс | Эмоциональный комплаенс | Поведенческий комплаенс | Общий уровень комплаентности |
|------------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------|
| Отрицание              | <b>-0,68</b>         | <b>-0,57</b>            | <b>-0,56</b>            | <b>-0,62</b>                 |
| Подавление             | <b>-0,60</b>         | <b>-0,54</b>            | <b>-0,62</b>            | <b>-0,65</b>                 |
| Регрессия              | –                    | <b>-0,52</b>            | –                       | <b>-0,64</b>                 |
| Проекция               | <b>-0,60</b>         | <b>-0,71</b>            | <b>-0,82</b>            | <b>-0,79</b>                 |
| Замещение              | <b>-0,75</b>         | <b>-0,64</b>            | <b>-0,76</b>            | <b>-0,78</b>                 |
| Интеллектуализация     | <b>0,81</b>          | <b>0,86</b>             | <b>0,91</b>             | <b>0,92</b>                  |
| Реактивное образование | <b>0,71</b>          | <b>0,68</b>             | <b>0,70</b>             | <b>0,74</b>                  |

В процессе исследования механизмов психологической защиты в таблицах 1-3 установлено, что высокий уровень нон-комплаентности формируется преимущественно при незрелых защитах, в то время как поиск когнитивных оснований и преобразования негативного чувства в позитивное могут способствовать формированию комплаентности.

Результаты корреляционного анализа в таблице 4, позволяют утверждать, что чем выше экзистенциальная исполненность, тем более выражен медикаментозный комплаенс.

Таблица 4 - Результаты корреляционного анализа экзистенциальной исполненности и медикаментозного нон-комплаенса у пациентов с алкогольной аддикцией

| Переменная  | Экзистенциальная исполненность | ФМ-1: Фундаментальное доверие | ФМ-2: Фундаментальная ценность | ФМ-3: Самоценность | ФМ-4: Смысл жизни |
|---|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------|-------------------|
| Приверженность к лекарственному лечению Мориски-Грин                            | <b>0,86</b>                    | <b>0,81</b>                   | <b>0,87</b>                    | –                  | <b>0,59</b>       |
| Уровень комплаентности DAI-30   | <b>0,92</b>                    | <b>0,83</b>                   | <b>0,89</b>                    | –                  | <b>0,65</b>       |
| "Поведение при проведении медикаментозного лечения                              | <b>0,83</b>                    | <b>0,77</b>                   | <b>0,73</b>                    | <b>0,65</b>        | <b>0,52</b>       |
| Заинтересованность в приеме лекарств  | <b>0,70</b>                    | <b>0,65</b>                   | <b>0,68</b>                    | –                  | <b>0,61</b>       |
| Отношение больного к принимавшимся ранее препаратам                             | <b>0,68</b>                    | <b>0,74</b>                   | <b>0,54</b>                    | –                  | <b>0,66</b>       |
| Оценка больным эффективности принимаемого на данный момент препарата            | <b>0,66</b>                    | <b>0,65</b>                   | <b>0,69</b>                    | –                  | –                 |
| Оценка больным эффективности принимаемой на данный момент комбинации препаратов | <b>0,54</b>                    | –                             | <b>0,58</b>                    | –                  | –                 |
| Приемлемость парэнтерального способа введения препарата                         | <b>0,74</b>                    | <b>0,68</b>                   | <b>0,72</b>                    | –                  | <b>0,54</b>       |
| Приемлемость перорального приема препарата                                      | <b>0,65</b>                    | <b>0,68</b>                   | <b>0,60</b>                    | –                  | –                 |
| Удовлетворенность режимом приема препарата                                      | <b>0,76</b>                    | <b>0,72</b>                   | <b>0,69</b>                    | <b>0,51</b>        | –                 |
| Доступность препарата   | <b>0,70</b>                    | <b>0,62</b>                   | <b>0,74</b>                    | –                  | –                 |
| Отношение близкого окружения к медикации  | <b>0,58</b>                    | <b>0,57</b>                   | <b>0,50</b>                    | –                  | –                 |
| Адекватность врачебного наблюдения вне обострения                               | <b>0,55</b>                    | <b>0,65</b>                   | <b>0,50</b>                    | –                  | –                 |
| Общий балл медикаментозного комплаенса  | <b>0,90</b>                    | <b>0,86</b>                   | <b>0,88</b>                    | –                  | <b>0,64</b>       |

Результаты корреляционного анализа в таблице 5, позволяют сделать вывод, что чем выше экзистенциальная исполненность, тем ниже выраженность психологических аспектов, мешающих формированию медикаментозного комплаенса.

Таблица 5 - Результаты корреляционного анализа экзистенциальной исполненности и психологических аспектов медикаментозного нон-комплаенса у пациентов с алкогольной аддикцией

| Переменная                     | Наличие опасений, связанных с психотропным действием | Психологически обусловленное саботирование медикации | Анамнестические сведения о нарушениях комплайенса | Несознание болезни | Частота рецидивирования | Суицидальные и прочие тенденции к саморазрушающему поведению | Коморбидность со злоупотреблением психоактивными веществами | Наличие когнитивных нарушений | Факторы, связанные с близким окружением | Отсут. терапевтический альянс |
|--------------------------------|--|--|---|--------------------|-------------------------|--|---|-------------------------------|---|-------------------------------|
| Экзист. испол.                 | <b>-0,73</b>   | <b>-0,70</b>   | <b>-0,51</b>                                      | <b>-0,85</b>       | <b>-0,92</b>            | <b>-0,79</b>   | <b>-0,51</b>  | <b>-0,82</b>                  | <b>-0,54</b>                            | <b>-0,74</b>                  |
| ФМ-1: Фундаментальное доверие  | <b>-0,77</b>   | <b>-0,67</b>   | –   | <b>-0,82</b>       | <b>-0,85</b>            | <b>-0,71</b>   | –   | <b>-0,77</b>                  | <b>-0,55</b>                            | <b>-0,66</b>                  |
| ФМ-2: Фундаментальная ценность | <b>-0,63</b>   | <b>-0,69</b>   | <b>-0,54</b>                                      | <b>-0,79</b>       | <b>-0,90</b>            | <b>-0,81</b>   | –   | <b>-0,77</b>                  | <b>-0,55</b>                            | <b>-0,70</b>                  |
| ФМ-4: Смысл жизни              | <b>-0,58</b>   | <b>-0,54</b>   | <b>-0,52</b>                                      | <b>-0,63</b>       | <b>-0,68</b>            | <b>-0,55</b>   | –   | <b>-0,64</b>                  | <b>-0,66</b>                            | <b>-0,54</b>                  |

Данные таблицы 6 дают основание утверждать, что чем выше экзистенциальная исполненность, тем выше общий уровень комплаентности, состоящий из социального, эмоционального, поведенческого комплаенса.

Таблица 6 - Результаты корреляционного анализа экзистенциальной исполненности и комплаентности у пациентов с алкогольной аддикцией

| Переменная                     | Социальный комплаенс | Эмоциональный комплаенс | Поведенческий комплаенс | Общий уровень комплаентности |
|--------------------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------|
| Экзистенциальная исполненность | <b>0,74</b>          | <b>0,78</b>             | <b>0,7</b>              | <b>0,74</b>                  |

Результаты исследования экзистенциальной исполненности в таблицах 4-6 означают, что если человек чувствует, что может осуществить задуманное, при условиях, что это ему нравится, он имеет на это право, и чувствует в этом поступке смысл, то тогда речь идет об истинно персональном, экзистенциальном волеизъявлении и тогда у пациента будет выше уровень медикаментозного комплаенса и ниже выраженность психологических аспектов, затрудняющих лечение. Также будет выше уровень социальной, эмоциональной и поведенческой комплаентности.

Таким образом, можно сделать вывод, что общая напряженность механизмов психологических защит с преобладанием незрелых (отрицание, подавление, регрессия, проекция и замещение) и экзистенциальная неисполненность (психологическое неблагополучие) взаимосвязаны с показателем нон-комплаентности и являются ее детерминантами. Первая гипотеза была подтверждена.

### 2.3 Описание и анализ результатов исследования второй гипотезы

Для подтверждения второй гипотезы, что нон-комплаентное поведение обладает большей выраженностью у пациентов с более поздними стадиями алкогольной аддикции был проведен второй этап математико-статистической обработки.

Для выявления особенностей проявления медикаментозного нон-комплаенса и его личностно-психологических предикторов в зависимости от стадии алкогольной аддикции был проведен сравнительный анализ по критерию Краскала-Уоллиса (таблица 7,8).

Попарное сопоставление выборок пациентов на разных стадиях аддикции по критерию Манна-Уитни представлено в приложении 3.

На основании результатов, представленных в таблице 7 можно сделать следующий вывод, что пациенты с разной стадией алкогольной аддикции отличаются друг от друга выраженностью личностно-психологических особенностей, как напряженность механизмов психологических защит и экзистенциальная исполненность.

Таблица 7 - Сравнение личностно-психологических детерминант нон-комплаентности у пациентов с алкогольной аддикцией на разных стадиях

| Переменная                     | Н      | р            |
|--------------------------------|--------|--------------|
| Отрицание                      | 13,526 | <b>0,001</b> |
| Подавление                     | 17,745 | <b>0,002</b> |
| Регрессия                      | 19,201 | <b>0,001</b> |
| Компенсация                    | 12,022 | <b>0,003</b> |
| Проекция                       | 19,992 | <b>0,002</b> |
| Замещение                      | 19,992 | <b>0,002</b> |
| Интеллектуализация             | 23,354 | <b>0,001</b> |
| Реактивное образование         | 18,593 | <b>0,002</b> |
| Общее напряжение защит         | 22,905 | <b>0,001</b> |
| Экзистенциальная исполненность | 23,992 | <b>0,001</b> |

Проанализировав результаты сравнения в таблице 8, можно сделать вывод, что пациенты с разной стадией алкогольной аддикции отличаются друг

от друга уровнем медикаментозного нон-комплаенса и его психологическими аспектами.

Таблица 8 - Сравнение приверженности к медикаментозному комплаенсу и его психологических аспектов у пациентов с алкогольной аддикцией на разных стадиях

| Переменная   | Н      | р            |
|--|--------|--------------|
| <b>Медикаментозный нон-комплаенс</b>   |        |              |
| Приверженность к лекарственному лечению Мориски-Грин   | 24,413 | <b>0</b>     |
| Уровень комплаентности DAI-30  | 22,777 | <b>0</b>     |
| "Поведение при проведении медикаментозного лечения   | 12,86  | <b>0,002</b> |
| Заинтересованность в приеме лекарств   | 22,556 | <b>0</b>     |
| Отношение больного к принимавшимся ранее препаратам  | 13,464 | <b>0,012</b> |
| Оценка больным эффективности принимаемого на данный момент препарата                                       | 17,492 | <b>0</b>     |
| Приемлемость перорального приема препарата   | 17,652 | <b>0</b>     |
| Оценка больным эффективности принимаемой на данный момент комбинации препаратов                            | 8,7    | <b>0,013</b> |
| Приемлемость парэнтерального способа введения препарата  | 24,857 | <b>0</b>     |
| Удовлетворенность режимом приема препарата   | 16,917 | <b>0</b>     |
| Доступность препарата  | 13,598 | <b>0,001</b> |
| Отношение близкого окружения к медикации   | 9,227  | <b>0,01</b>  |
| Адекватность врачебного наблюдения вне обострения  | 11,168 | <b>0,004</b> |
| Общий балл медикаментозного комплаенса   | 24,802 | <b>0</b>     |
| <b>Психологические аспекты медикаментозного нон-комплаенса</b>   |        |              |
| Анамнестические сведения о нарушениях комплайенса  | 10,472 | <b>0,005</b> |
| Несознание болезни   | 22,473 | <b>0</b>     |
| Частота рецидивирования  | 27,692 | <b>0</b>     |
| Суицидальные и прочие тенденции к саморазрушающему поведению   | 21,46  | <b>0</b>     |
| Коморбидность со злоупотреблением психоактивными веществами и/или расстройствами личности                  | 6,473  | <b>0,039</b> |
| Наличие когнитивных нарушений  | 25,254 | <b>0</b>     |
| Факторы, связанные с близким окружением  | 10,714 | <b>0,005</b> |
| Отсут. терапевтический альянс  | 21,17  | <b>0</b>     |
| Наличие опасений, связанных с психотропным действием вообще или с возможностью появления побочных эффектов | 16,009 | <b>0</b>     |
| Психологически обусловленное саботирование медикации   | 21,17  | <b>0</b>     |

Проанализировав результаты сравнения пациентов с разными алкогольными стадиями (Приложение 3) можно сделать выводы, что пациенты 1-й стадии в сравнении с другими стадиями алкогольной аддикции имеют самый низкий показатель напряженности защит, с преобладанием зрелых защит, у таких пациентов ниже экзистенциальная неисполненность, медикаментозный и общий показатель нон-комплаенса, чем у других стадий. Пациенты 2-й стадии имеют высокие показатели напряженности защит, экзистенциальной неисполненности, медикаментозного и общего уровня нон-комплаенса. Пациенты 3-й стадии в сравнении с остальными имеют самый высокий уровень напряженности защит с преобладанием незрелых и самый низкий уровень экзистенциальной исполненности, медикаментозного и общего показателя комплаенса.

Таким образом, можно сделать вывод, что нон-комплаентное поведение у пациентов с алкогольной аддикцией обладает большей выраженностью на поздних стадиях. Вторая гипотеза была подтверждена.

#### **2.4 Описание и анализ результатов исследования третьей гипотезы**

Для проверки первой части третьей гипотезы, что отсутствие приверженности врачей к лечению алкогольной аддикции у пациентов взаимосвязано с нон-комплаентностью и является ее детерминантой был проведен анализ опроса врачей-психиатров и ординаторов на наличие приверженности к лечению (таблица 9).

Со слов врачей 1-го и 2-го отделения они не испытывают сопереживания к пациентам с алкогольной аддикцией. Это может являться следствием высоких показателей фазы резистенции, характерным симптомом которой является редукция профессиональных обязанностей- попытка облегчения и сокращения эмоциональных затрат (таблица 10). У ординаторов противоположное отношение. Они сопереживают таким пациентам, что подтверждается низких показателей фазы резистенции (таблица 10). Также все врачи 1-го отделения и

ординаторы убеждены, что лечение, которое осуществляется в медицинских учреждениях недостаточно помогает, в то время как доктора 2-го отделения, преимущественно считают, что помогает. Врачи в 1-м и 2-м отделении уверены, что успех лечения алкогольной зависимости зависит от пациента, в то время как, большая часть ординаторов считает, что от терапевта. Врачи 1-го и 2-го отделения солидарны во мнении, что алкоголизм невозможно вылечить. Ординаторы, напротив, убеждены в возможности вылечить данную зависимость.

Таблица 9 - Результаты опроса врачей и ординаторов направленные на выявление их приверженности к лечению пациентов с алкогольной аддикцией

| Вопрос  | Ответы           |                  |                                   |
|---|------------------|------------------|-----------------------------------|
|   | 1 отделение      | 2 отделение      | Ординаторы                        |
| Испытываете сопереживание к пациентам с алкогольной зависимостью? | да 20%/нет 80%   | нет 100%         | да 90%/ нет 10%                   |
| Лечение осуществляемое в мед. учреждениях достаточно помогает?    | нет 100%         | да 60%/нет 40%   | нет 100%                          |
| От кого зависит успех лечения алкогольной зависимости ?           | от пациента 100% | от пациента 100% | от терапевта 70%/ от пациента 30% |
| Алкоголизм можно "вылечить"?                                      | нет 100%         | нет 100%         | да 100%                           |

Следовательно, приверженность специалистов к лечению пациентов с алкогольной аддикцией у 1-го и 2-го отделения будет ниже, чем у ординаторов. Но поскольку лечение пациентов с алкогольной аддикцией, проводимое ординаторами, это участие в приеме пациентов, их консультировании и проводится под контролем врача, проведение методик на пациентах ординаторов не имело значимости для подтверждения гипотезы, так как влияние, оказываемое ординаторами на пациентов не пролонгировано, а по итогам анализа результатов опроса врачей, которые сопереживают пациентам и верят, что алкоголизм можно вылечить в 1-м и 2-м отделении к лечению не

обнаружено, поэтому гипотеза остается для изучения в будущих исследованиях.

Для проверки второй части третьей гипотезы, что детерминантой некомплаентности у пациентов, является взаимодействие пациентов с врачами, имеющими высокий уровень эмоционального выгорания и низкий уровень экзистенциальной исполненности (психологическое неблагополучие) был проведен сравнительный анализ по критерию Краскала-Уоллиса и Манна-Уитни для выявления различий в этих признаках в отделениях и у ординаторов (таблица 10). Полные результаты сравнительного анализа по критерию Краскала-Уоллиса и Манна-Уитни представлены в приложении 2.

Таблица 10 - Различия в выраженности эмоционального выгорания и экзистенциальной исполненности у специалистов

| Переменная                     | Медиана   |       | Значимость различий по критерию Краскала-Уоллиса | Значимость различий отделений по критерию Манна-Уитни |              |      |              |             |
|--------------------------------|-----------|-------|--|---|--------------|------|--------------|-------------|
|                                | Отделение |       |  | U   | Z            | p    |              |             |
|                                | 1         | 2     |  |   |              |      | H            | p           |
| Возраст                        | 57,00     | 41,00 | 26,00  | 16,570  | <b>0,000</b> | 0,00 | <b>2,51</b>  | <b>0,01</b> |
| Стаж                           | 27,00     | 16,00 | 0,00   | 18,350  | <b>0,000</b> | 0,00 | <b>2,51</b>  | <b>0,01</b> |
| Фаза напряжения                | 28,00     | 41,00 | 21,00  | 12,820  | <b>0,002</b> | 0,00 | <b>-2,51</b> | <b>0,01</b> |
| Фаза резистенции               | 84,00     | 85,00 | 20,50  | 14,437  | <b>0,001</b> | 9,00 | -0,63        | 0,53        |
| Фаза истощения                 | 40,00     | 65,00 | 23,50  | 13,679  | <b>0,001</b> | 0,00 | <b>-2,51</b> | <b>0,01</b> |
| Экзистенциальная исполненность | 105,00    | 93,00 | 121,00   | 13,720  | <b>0,001</b> | 7,00 | 1,04         | 0,30        |
| ФМ-2: Фундаментальная ценность | 24,00     | 24,00 | 27,00  | 7,717   | <b>0,021</b> | 9,50 | 0,52         | 0,60        |
| ФМ-3: Самоценность             | 30,00     | 25,00 | 31,00  | 8,046   | <b>0,018</b> | 3,00 | 1,88         | 0,06        |
| ФМ-4: Смысл жизни              | 22,00     | 20,00 | 33,00  | 14,578  | <b>0,001</b> | 8,50 | 0,73         | 0,46        |

При сравнении врачей в 1-го, 2-го отделения и ординаторов обнаружены значимые различия по эмоциональному выгоранию и экзистенциальной исполненности, образованной экзистенциальными мотивациями. Выявлено, что у ординаторов ниже всех уровень эмоционального выгорания и выше уровень

экзистенциальной исполненности. При сравнении врачей в 1-ом и 2-ом отделении обнаружено, что во 2-ом отделении возраст и стаж специалистов меньше, чем в 1-ом, но выше фаза напряжения, выше неудовлетворенность собой, выше фаза истощения, эмоциональная дезориентация, эмоциональный дефицит, эмоциональная и личностная отстраненность.

Для проверки гипотезы, что возраст и стаж специалистов имеют значение при формировании эмоционального выгорания и низкой экзистенциальной исполненности (психологическое неблагополучие) был проведен корреляционный анализ по критерию Спирмена (таблица 11).

Таблица 11 - Результаты корреляционного анализа возраста и стажа с эмоциональным выгоранием и экзистенциальной исполненностью специалистов в отделениях

| Переменная                        | Оба отделения |              | 1 отделение  |              | 2 отделение  |              |
|-----------------------------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|                                   | Возраст       | Стаж         | Возраст      | Стаж         | Возраст      | Стаж         |
| Фаза напряжения                   | <b>0,45</b>   | <b>0,51</b>  | -0,26        | -0,41        | <b>0,70</b>  | <b>0,70</b>  |
| Фаза резистенции                  | <b>0,68</b>   | <b>0,74</b>  | <b>-0,67</b> | <b>-0,90</b> | -0,10        | -0,10        |
| Фаза истощения                    | <b>0,51</b>   | <b>0,56</b>  | <b>-0,62</b> | <b>-0,80</b> | <b>0,67</b>  | <b>0,67</b>  |
| Экзистенциальная исполненность    | <b>-0,70</b>  | <b>-0,76</b> | -0,03        | 0,56         | <b>-0,50</b> | <b>-0,50</b> |
| ФМ-1:<br>Фундаментальное доверие  | <b>-0,61</b>  | <b>-0,60</b> | -0,36        | 0,20         | -0,34        | -0,34        |
| ФМ-2:<br>Фундаментальная ценность | -0,41         | <b>-0,49</b> | -0,05        | 0,20         | 0,45         | 0,45         |
| ФМ-4: Смысл жизни                 | <b>-0,73</b>  | <b>-0,78</b> | 0,24         | 0,82         | <b>-0,60</b> | <b>-0,60</b> |

Обнаружены статистически значимые корреляции возраста и стажа с эмоциональным выгоранием и экзистенциальной исполненностью в обоих отделениях, означающие, что чем больше возраст и стаж, тем выше показатели эмоционального выгорания, позволяющего человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы, при этом могут возникать его дисфункциональные следствия, когда «выгорание» отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности. Обнаружены статистически значимые обратные связи возраста и стажа и фундаментальных мотиваций

образующих экзистенциальную неисполненность, которые означают, что чем выше возраст и стаж, тем ниже уровень фундаментальных мотиваций и экзистенциальной исполненности. В следствии чего, специалист не совершить задуманное, даже если ему это нравится, он не чувствует, что имеет право осуществление, и не видит смысл, что обозначает отсутствие экзистенциального волеизъявления. При сравнении взаимосвязи с эмоциональным выгоранием и экзистенциальной исполненностью возраста и стажа врачей 1-го и 2-го отделения установлено, что несмотря на более высокие показатели возрастных данных и опыта в 1-ом отделении, специалисты смогли выработать индивидуальные механизмы адаптации, о чем свидетельствует связь, что чем выше возраст и стаж, тем ниже показатели эмоционального выгорания (напряжение, резистенция, истощение), в отличие от 2-го отделения, где несмотря на более низкие показатели стажа и возраста, наблюдаются более высокие показатели эмоционального выгорания и экзистенциальной неисполненности. Установлена связь, что с увеличением возраста и опыта работы во 2-ом отделении у специалистов будет увеличиваться эмоциональное выгорание и экзистенциальная неисполненность, а в 1-ом отделении с увеличением возраста и стажа наблюдается динамика снижение фаз эмоционального выгорания преимущественно с остановкой на фазе резистенции (таблица 10).

Таким образом, можно сделать вывод, что сотрудники 1-го отделения обладают менее выраженным уровнем эмоционального выгорания и более высоким показателем экзистенциальной исполненности (психологическое благополучие) в сравнении с сотрудниками 2-го отделения.

Отсюда можно предположить, что уровень нон-комплаентности у пациентов 2-го отделения будет выше, так как врачи 2-го отделения имеют более высокие показатели эмоционального выгорания и экзистенциальной неисполненности при сравнении с 1-м отделением.

Для проверки предположения был проведен сравнительный анализ уровня нон-комплаентности в зависимости от отделения (таблица 12,13).

Таблица 12 - Сравнение показателей уровня нон-комплаентности у пациентов в отделениях

| Переменные  | 1 отделение | 2 отделение | U      | Z            | p-value      |
|---|-------------|-------------|--------|--------------|--------------|
| Поведение при проведении медикаментозного лечения                               | 1,00        | 0,000       | 60,000 | <b>2,157</b> | <b>0,031</b> |
| Оценка больным эффективности принимаемой на данный момент комбинации препаратов | 1,00        | 1,000       | 72,000 | 1,659        | 0,097        |

Были обнаружены статистически значимые различия пациентов с алкогольной аддикцией в 1-м и 2-м отделении. Во 2-м отделении у пациентов более выражена нон-комплаентность в отношении приема лекарственных препаратов; в тенденции более низкая оценка эффективности, принимаемой на данный момент комбинации препаратов. Что подтверждает значимость влияния профессионально-личностного состояния врача на формирование нон-комплаентности.

Таблица 13 - Различия в уровне нон-комплаентности у пациентов на разных стадиях алкогольной аддикции в зависимости от отделения

| Переменные  | 1 стадия |              |             | 2 стадия |             |             | 3 стадия |       |      |
|---|----------|--------------|-------------|----------|-------------|-------------|----------|-------|------|
|   | U        | Z            | p           | U        | Z           | p           | U        | Z     | p    |
| Уровень комплаентности DAI-30                     | 7,50     | 0,94         | 0,35        | 1,50     | <b>2,19</b> | <b>0,03</b> | 12,50    | -0,10 | 0,92 |
| Поведение при проведении медикаментозного лечения | 12,50    | -0,10        | 0,92        | 0,00     | <b>2,51</b> | <b>0,01</b> | 7,50     | 0,94  | 0,35 |
| Адекватность врачебного наблюдения вне обострения | 2,50     | <b>-1,98</b> | <b>0,05</b> | 10,00    | -0,42       | 0,68        | 12,50    | -0,10 | 0,92 |

Из таблицы 13 можно сделать вывод, что влияние профессионально-личностных особенностей врачей (эмоциональное выгорание и экзистенциальная неисполненность) на формирование нон-комплаентности к

приему лекарств имеет значение только на 2-й стадии алкогольной аддикции. Для формирования нон-комплаентности на 1-й и 3-й стадиях эти характеристики влияния не оказывают. На 1-й стадии алкогольной зависимости уровень эмоционального выгорания и низкой экзистенциальной исполненности врачей оказывает влияние на восприятие и оценку адекватности врачебного наблюдения вне обострения. Можно предположить, что для пациентов с начальной стадией, важно запечатление лечащего специалиста как фигуры, заинтересованной в его состоянии - как до, так и после обострения. А если пациентом врачебное наблюдение оценивается как неадекватное, возможен риск обесценивания терапевтического вмешательства, из-за чего вероятность исполнения рекомендаций такого специалиста будет низкой, вследствие чего возможен риск рецидива.

Также можно сделать вывод, что высокий уровень эмоционального выгорания и низкий уровень экзистенциальной исполненности врачей приводит к низкой приверженности пациентов к приему лекарств на 2-й стадии алкогольной аддикции. Можно предположить, что эмоционально выгоревший специалист с низким психологическим уровнем благополучия воспринимается пациентами 2-й стадии, как холодный, незаинтересованный в лечении, вследствие чего, может возникнуть сопротивление к медикаментозному лечению у пациента, из-за чувств брошенности, неважности, безразличия со стороны врача. Такой пациент не будет мотивирован на содействие специалисту в лечении своей болезни, в следствии чего возможен рецидив.

Проверим будут ли пациенты с алкогольной аддикцией в 1-м и 2-м отделениях отличаться друг от друга. Для выявления различий личностных особенностей (механизмы психологических защит и экзистенциальная исполненность) пациентов в отделениях был применен критерий Манна-Уитни (таблица 14,15).

Таблица 14 - Сравнение уровня личностно-психологических особенностей пациентов в зависимости от отделения

| Переменная                | 1 отделение | 2 отделение | U      | Z             | p-value      |
|---------------------------|-------------|-------------|--------|---------------|--------------|
| Компенсация               | 62,00       | 90,000      | 47,500 | <b>-2,675</b> | <b>0,007</b> |
| ФМ-3: Самоценность        | 23,00       | 18,000      | 25,000 | <b>3,609</b>  | <b>0,000</b> |
| Заинтересованное внимание | 9,00        | 6,000       | 27,000 | <b>3,526</b>  | <b>0,000</b> |
| Справедливое отношение    | 8,00        | 6,000       | 40,000 | <b>2,986</b>  | <b>0,003</b> |

Были обнаружены статистически значимые различия пациентов с алкогольной аддикцией в 1-м и 2-м отделениях. Во 2-м отделении преобладают количественно пациенты с защитным механизмом компенсации, у которых ниже самооценку, образованная незаинтересованным вниманием и несправедливым отношением к ним. Такие пациенты сдерживают чувство неполноценности от реальных или мнимых утрат, недостатков (в том числе физических). Испытывают сверхкомпенсаторное желание доказать всем свою значительность. Нуждаются в подтверждении со стороны окружающих своих реальных или мнимых достоинств, сами в них априорно убеждены. Стремятся любыми способами обращать на себя внимание. Такой человек не может оценивать самого себя и предъявлять другим людям свои действия как адекватные и оправданные. Они не обнаруживают собственное «Я» через взгляд на собственную индивидуальность, так как он укоренен в отсутствие самоуважения и непризнании ценности бытия самим собой.

Для определения различий в уровне личностно-психологических особенностей пациентов с алкогольной аддикцией на разных стадиях в обоих отделениях был проведен сравнительный анализ по критерию Манна-Уитни (таблица 15).

Таблица 15 - Различия в уровне личностно-психологических особенностей у пациентов на разных стадиях алкогольной аддикции в зависимости от отделения

| Переменные                     | 1 стадия |              |             | 2 стадия |              |             | 3 стадия |             |             |
|--------------------------------|----------|--------------|-------------|----------|--------------|-------------|----------|-------------|-------------|
|                                | U        | Z            | p           | U        | Z            | p           | U        | Z           | p           |
| Компенсация                    | 4,50     | -1,57        | 0,12        | 1,00     | <b>-2,30</b> | <b>0,02</b> | 4,00     | -1,67       | 0,09        |
| Проекция                       | 0,00     | <b>-2,51</b> | <b>0,01</b> | 9,00     | -0,63        | 0,53        | 10,00    | -0,42       | 0,68        |
| Экзистенциальная исполненность | 12,00    | 0,00         | 1,00        | 0,00     | <b>2,51</b>  | <b>0,01</b> | 5,00     | 1,46        | 0,14        |
| Пространство                   | 8,00     | 0,84         | 0,40        | 0,00     | <b>2,51</b>  | <b>0,01</b> | 8,50     | 0,73        | 0,46        |
| Соотнесенность                 | 1,00     | <b>-2,30</b> | <b>0,02</b> | 9,00     | 0,63         | 0,53        | 12,00    | 0,00        | 1,00        |
| ФМ-3:<br>Самоценность          | 3,50     | 1,78         | 0,08        | 0,50     | <b>2,40</b>  | <b>0,02</b> | 0,50     | <b>2,40</b> | <b>0,02</b> |
| Заинтересованное внимание      | 7,00     | 1,04         | 0,30        | 0,00     | <b>2,51</b>  | <b>0,01</b> | 1,00     | <b>2,30</b> | <b>0,02</b> |
| Справедливое отношение         | 3,50     | 1,78         | 0,08        | 8,00     | 0,84         | 0,40        | 1,00     | <b>2,30</b> | <b>0,02</b> |
| Ценность в будущем             | 1,50     | <b>2,19</b>  | <b>0,03</b> | 9,50     | 0,52         | 0,60        | 10,00    | -0,42       | 0,68        |

Анализ данных, приведенных в таблице 15, позволяет сделать следующие заключения:

-при анализе результатов выявлено, что у пациентов 1-й стадии во втором отделении выше уровень проекции, ниже соотнесенности и ценности в будущем. Такие пациенты приписывают окружающим негативные качества, в том числе собственные. Нетерпимы к реальной или мнимой демонстрации чужого превосходства, поскольку сами не чужды этому. Имеют невысокую соотнесенность с другими людьми, поэтому у них не возникает переживание времени, которое должно подпитывать конкретные отношения, из-за чего теряется их ценность, поскольку человек не уделяет им время в своей жизни. Не стремятся к воплощению субъективно значимых целей, так имеют низкую ценность себя в будущем;

- у пациентов 2-й стадии второго отделения выше показатели защиты компенсации, ниже показатели экзистенциальной исполненности, пространства, самооценности, заинтересованного внимания. Такие пациенты сдерживают чувство неполноценности от реальных или мнимых утрат,

недостатков (в том числе физических). Испытывают сверхкомпенсаторное желание доказать всем свою значительность. Нуждаются в подтверждении со стороны окружающих своих реальных или мнимых достоинств, сами в них априорно убеждены. Стремятся любыми способами обращать на себя внимание. Считают, что не могут быть теми, кто осуществляет свободный выбор, им меньше нравится жить, считают, что не имеют право быть самим собой и мало в чем видят смысл;

- у пациентов 3-й стадий второго отделения ниже самооценку, образованная незаинтересованным вниманием и несправедливым отношением. Такие пациенты не в состоянии оценивать себя и предъявлять другим людям свои действия как адекватные и оправданные. Они не обнаруживают собственное «Я» через взгляд на собственную индивидуальность, так как отсутствует самоуважение и непризнание ценности быть самим собой.

Таким образом, можно сделать вывод о наличии взаимосвязи экзистенциальной неисполненности (психологическое неблагополучие) врачей и наличии эмоционального выгорания в формировании нон-комплаентности и ее детерминант (механизмы психологических защит и экзистенциальная исполненность) у пациентов в зависимости от стадии алкогольной аддикции. Детерминантой нон-комплаентности у пациентов, является взаимодействие с врачами, обладающими эмоциональным выгоранием и низким уровнем экзистенциальной исполненности (психологическое неблагополучие). Вторая часть третьей гипотезы подтверждена.

### **Вывод по второй главе**

Проведенное исследование, в котором приняли участие 50 испытуемых (15 пациентов с алкогольной аддикцией и 5 врачей в 1-м отделении, 15 пациентов и 5 врачей во 2-м отделении и 10 ординаторов 5 работают в наркологическом отделении в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 5 работают в

ГАУЗ СО «Областная наркологическая больница»). Исследование предполагало использование девяти методик с целью исследования гипотезы о том, что детерминантами возникновения нон-комплаентности у пациентов с алкогольной аддикцией выступают: механизмы психологической защиты и низкая экзистенциальная исполненность (психологическое неблагополучие), с большей выраженностью у пациентов на поздних стадиях зависимости; взаимодействие с врачами, обладающими эмоциональным выгоранием и экзистенциальной неисполненностью (психологическое неблагополучие).

В результате были обнаружено, что чем выше показатели психологических защит таких, как отрицание, подавление, регрессия, проекция и замещение, тем ниже медикаментозная комплаентность (приверженность к лекарственному лечению Мориски-Грин, уровень комплаентности DAI-30, поведение при проведении медикаментозного лечения, заинтересованность в приеме лекарств, отношение больного к принимавшимся ранее препаратам, оценка больным эффективности принимаемого на данный момент препарата, приемлемость перорального приема препарата, оценка больным эффективности принимаемой на данный момент комбинации препаратов, приемлемость парэнтерального способа введения препарата, удовлетворенность режимом приема препарата, доступность препарата, отношение близкого окружения к медикации, адекватность врачебного наблюдения вне обострения) и больше выраженность психологических аспектов, затрудняющих процесс лечения (анамнестические сведения о нарушениях комплаенса, неосознавание болезни, частота рецидивирования, суицидальные и прочие тенденции к саморазрушающему поведению, коморбидность со злоупотреблением психоактивными веществами и/или расстройствами личности, наличие когнитивных нарушений, факторы, связанные с близким окружением, отсутствует терапевтический альянс, наличие опасений, связанных с психотропным действием вообще или с возможностью появления побочных эффектов, психологически обусловленное саботирование медикации), а также общий уровень комплаентности, образованный социальным, эмоциональным и

поведенческим комплаенсом. Также установлено, что чем выше такие психологические защиты, как интеллектуализация и реактивное образование, тем выше медикаментозная комплаентность и меньше выраженность психологических аспектов, затрудняющих процесс лечения. Это свидетельствует о том, что высокий уровень нон-комплаентности формируется преимущественно при незрелых защитах, в то время как поиск когнитивных оснований и преобразования негативного чувства в позитивное будут способствовать формированию комплаентности. Также было установлено, что чем выше экзистенциальная неисполненность пациентов с алкогольной аддикцией, тем выше медикаментозный нон-комплаенс и меньше выраженность психологических аспектов, затрудняющих процесс лечения.

Анализ результатов сравнения пациентов с разными алкогольными стадиями позволяет сделать следующие выводы:

- Пациенты 1-й стадии в сравнении с другими стадиями алкогольной аддикции имеют самый низкий показатель напряженности защит, с преобладанием зрелых защит, у таких пациентов ниже экзистенциальная неисполненность, медикаментозный и общий показатель нон-комплаенса, чем у других стадий.

- Пациенты 2-й стадии имеют высокие показатели напряженности защит, экзистенциальной неисполненности, медикаментозного и общего уровня нон-комплаенса.

- Пациенты 3-й стадии в сравнении с остальными имеют самый высокий уровень напряженности защит с преобладанием незрелых и самый низкий уровень экзистенциальной исполненности, медикаментозного и общего показателя комплаентности. Выявлено, что пациенты с разной стадией алкогольной аддикции отличаются друг от друга уровнем медикаментозного нон-комплаенса, выраженностью психологических аспектов, затрудняющих процесс лечения, общим уровнем комплаенса и личностно-психологическими особенностями, такими как напряженность механизмов психологических защит

и экзистенциальная исполненность. Пациенты с 3-ей стадией обладают самым высоким уровнем нон-комплаентности.

По результатам клинического интервью установили, что врачи в обоих отделениях не испытывают сопереживания к пациентам с алкогольной аддикцией. Врачи 1-го отделения уверены, что лечение, которое осуществляется в медицинских учреждениях недостаточно помогает, в то время как доктора 2-го отделения, преимущественно считают, что помогает. Врачи в 1-ом и 2-ом отделении солидарны во мнении, что алкоголизм невозможно вылечить. Оба отделения уверены, что успех лечения алкогольной зависимости зависит от пациента. В то время как ординаторы сопереживают пациентам с алкогольной аддикцией, считают, что лечение, которое осуществляется в медицинских учреждениях недостаточно помогает, что успех лечения зависит от врача и убеждены в возможности вылечить данную зависимость. Данные результаты демонстрируют, что большую приверженность к лечению пациентов с алкогольной аддикцией имеют молодые специалисты.

Влияние профессионально-личностных особенностей (эмоциональное выгорание и экзистенциальная неисполненность) врачей на формирование нон-комплаентности к приему лекарств имеет значение только на 2-й стадии алкогольной аддикции. На 1-й стадии алкогольной зависимости уровень эмоционального выгорания и низкой экзистенциальной исполненности врачей оказывает влияние на восприятие и оценку адекватности врачебного наблюдения вне обострения. Высокий уровень эмоционального выгорания и низкий уровень экзистенциальной исполненности врачей приводит к низкой приверженности пациентов к приему лекарств на 2-й стадии алкогольной аддикции.

Были обнаружены статистически значимые различия пациентов с алкогольной аддикцией в 1-м и 2-м отделении. Во 2-м отделении во время исследования количественно преобладают пациенты с защитным механизмом компенсации, у которых ниже самооценку, образованная незаинтересованным вниманием и несправедливым отношением к ним.

При анализе результатов выявлено, что у пациентов 1-й стадии во втором отделении выше уровень проекции, ниже соотнесенности и ценности в будущем. Такие пациенты приписывают окружающим негативные качества, в том числе собственные. Нетерпимы к реальной или мнимой демонстрации чужого превосходства, поскольку сами не чужды этому. Имеют невысокую соотнесенность с другими людьми, поэтому у них не возникает переживание времени, которое должно подпитывать конкретные отношения, из-за чего теряется их ценность, поскольку человек не уделяет им время в своей жизни. Не стремятся к воплощению субъективно значимых целей, так как имеют низкую ценность себя в будущем;

У пациентов 2-й стадии второго отделения выше показатели защиты компенсации, ниже показатели экзистенциальной исполненности, пространства, самооценности, заинтересованного внимания. Такие пациенты сдерживают чувство неполноценности от реальных или мнимых утрат, недостатков (в том числе физических). Испытывают сверхкомпенсаторное желание доказать всем свою значительность в определенном виде деятельности. Нуждаются в подтверждении со стороны окружающих своих реальных или мнимых достоинств, сами в них априорно убеждены. Стремятся любыми способами обращать на себя внимание. Считают, что не могут быть теми, кто осуществляет свободный выбор, им меньше нравится жить, считают, что не имеют право быть самим собой и мало в чем видят смысл;

У пациентов 3-й стадий второго отделения ниже самооценность, образованная незаинтересованным вниманием и несправедливым отношением. Такие пациенты не в состоянии оценивать себя и предъявлять другим людям свои действия как адекватные и оправданные. Они не обнаруживают собственное «Я» через взгляд на собственную индивидуальность, так как отсутствует самоуважение и непризнание ценности быть самим собой.

Обнаружено, что взаимодействие со специалистами, обладающими эмоциональным выгоранием и низким уровнем экзистенциальной

исполненности (психологическое неблагополучие) влияет на нон-комплаентность у пациентов.

Гипотеза, что детерминантами возникновения нон-комплаентности у пациентов с алкогольной аддикцией выступают: механизмы психологической защиты и низкая экзистенциальная исполненность (психологическое неблагополучие), с большей выраженностью у пациентов на поздних стадиях зависимости; взаимодействие с врачами, обладающими эмоциональным выгоранием и экзистенциальной неисполненностью (психологическое неблагополучие) подтверждена.

### **3 РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАБОТЕ С ДЕТЕРМИНАНТАМИ НОН-КОМПАЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ АДДИКЦИЕЙ**

#### **3.1 Теоретическое обоснование психологического сопровождения клиническим психологом пациентов с экзистенциальной неисполненностью и напряженностью механизмов психологической защиты при алкогольной аддикции**

Согласно полученным результатам исследования, было установлено, что нон-комплаентность аддиктивных пациентов детерминирована экзистенциальной неисполненностью и напряженностью психологических защит, а значит для формирования комплаенса у пациентов необходимо психологическое сопровождение. Одним из эффективных методов психологического сопровождения является арт-терапия. Данный метод является направлением в психотерапии, психокоррекции, реабилитации и сопровождении включающее в себя методы воздействия и построения психотерапевтических отношений в контексте творческой активности. Многими исследователями выявлено, что арт-терапия для людей с химической зависимостью имеет преимущества перед другими видами психотерапии (Klingemann & Klingemann, 2016; Shaffer et al., 2018; Aletraris, Paino, Edmond, Roman, & Bride, 2014; Sharp, 2018; Tam, Shik, & Lam, 2016; Halužan, 2012; Krebs, n.d.). Так, согласно данным Julliard (1995) и Moore (1983), в процессе арт-терапии возможен обход защитных механизмов, а в работах Holt & Kaiser (2009) выявлено, что арт-терапия содействует облегчению выражения у зависимых эмоций, полезна для установления связи между мыслями, чувствами и поведением. В исследованиях Feen-Calligan (2007) отмечено, что арт-терапия способствует духовному выздоровлению зависимых. Данные Aletraris et al. (2014) показали, что художественная терапия способствуют лечению зависимостей, наибольшее значение

обнаружено в отношении уменьшения отрицания зависимости, уменьшения сопротивления и повышения мотивации к лечению алкоголизма, побуждения пациентов к изменениям. В работе Копытина и Богачева (2008) доказано, что методы арт-терапии обладают не только определенным потенциалом, но и отдельными преимуществами в лечении и реабилитации людей, страдающих химическими зависимостями [42].

Кинотерапия – современный инструмент диагностики и коррекции бессознательной сферы психики. Данная техника представляет собой просмотр художественных кинофильмов с последующим обсуждением в группе. Метод делает возможным переход к сознательной коррекции действий и осознанным изменениям в жизни. Сеансы просмотра фильмов можно считать эффективным способом взаимодействия врача и индивида с зависимостью, потому что данный метод доступен и способен обойти цензуру сознания. Во время проведения кинотерапии важнейшим является отслеживание проявления МПЗ и поддержка в их осознании, а также помощь в распознавании их влияния на сознание пациентов и направление на рациональное разъяснение жизненных ситуаций и трудностей, с которыми они сталкиваются [3].

Для повышения уровня психологического благополучия (экзистенциальной исполненности) и снятия напряженности психологических защит можно использовать технику «Кинотерапия в группе». Применение кинотерапии в работе с аддикциями может выступать как метод, позволяющий сформировать терапевтический альянс, снизить степень влияния защитных механизмов и эмоционального напряжения, создать комфортную обстановку для взаимодействия членов внутри группы и самопознания, а также вывести на обсуждение проблему, которая отражена в кинокартине. [21]

**Целью** психологического сопровождения является повышение комплаентности у пациентов с алкогольной аддикцией при помощи

повышения психологического благополучия и снижения напряженности механизмов психологической защиты.

Использование методов арт-терапии позволяет замотивировать пациента ходить на такие занятия, так как многие из них отмечают, что им скучно в отделении. Применение арт-терапевтического метода позволит: во-первых, сформировать терапевтический альянс и мотивацию к дальнейшему психологическому сопровождению. Во-вторых, повысить психологическое благополучие, сняв эмоциональное напряжение и улучшив навык самопознания. В-третьих, поможет снизить напряженность механизмов психологической защиты при помощи их проработки в группе.

### **3.2 Стратегия психологического сопровождения пациентов с экзистенциальной неисполненностью и напряженностью механизмов психологической защиты при алкогольной аддикции**

В этом параграфе мы предлагаем использование метода «Кинотерапия» для работы с экзистенциальной неисполненностью и напряженностью механизмов психологической защиты у аддиктивных пациентов. Данный метод арт-терапии можно использовать в психологическом сопровождении как основной, так и дополнительный, сочетая с разными психологическими подходами.

В связи с тем, что реальная картина в отделениях, где проводилось исследование выглядит так, что лечение пациентов с алкогольной аддикцией в среднем занимает 5-10 дней в стационаре, мы предлагаем на **начальном этапе** (после поступления в стационар) и проведения эмпирического исследования уровня нон-комплаентности (Приложение 4), направить все усилия психолога на мотивирование пациента к дальнейшей и продолжительной работе (после прохождения курса стационарного лечения), в чем дополнительно может помочь правильно выстроенное взаимодействие

врач-пациент (Глава 3.5. Рекомендации по работе врачей с аддиктивными пациентами); также мы видим обязательным компонентом формирования комплаентности использование кинотерапии в группе для уменьшения экзистенциальной неисполненности и напряженности психологической защиты.

При использовании метода «Кинотерапия» можно предложить организовать открытую группу, в ней допускается постоянное изменение состава участников, она может действовать неограниченное время. Группа должна быть достаточно однородной по возрастному составу или кругу проблем, актуальных для участников. Это поможет более точно подобрать фильмы, которые будут наиболее живо и полно отображать актуальные проблемы всех участников. Кинотерапевтическая группа не должна быть слишком большой, чтобы не снижалась возможность контакта «каждый с каждым», не сокращалось время, посвящаемое каждому участнику группы. Вместе с тем, в группе должно быть достаточное количество участников. При численности группы менее восьми человек не всегда возникает «критическая масса» реакций и откликов членов группы на фильм, необходимая для полноценной дискуссии. Поэтому оптимальным количеством участников в группе считается от 8-12 человек. На наш взгляд, стоит брать в группу пациентов с разными стадиями, но не в одинаковой пропорции. Например, 7 пациентов с 1-й стадией, 3 со 2-й, 2 с 3-й стадией. Либо набирать группы пациентов с разными стадиями, так как динамика работы у них будет похожа. Представленные варианты требуют проверки на практике.

### **Задачи психолога в кинотерапевтической группе**

Поддержание дискуссии. Появление в процессе дискуссии по фильму различных точек зрения и их конфронтация создают условия для выражения и проявления эмоций. Члены группы провести анализ влияния эмоций на взаимоотношения и поведение окружающих, выработать новые методы

управления эмоциями, в некоторых случаях пациент может осознать возможность их выражения. Осознание эмоций, возникших во время просмотра фильма, уточнение и более адекватное их название помогает лучше понимать эмоции и чувства окружающих людей.

Акцентирование высказываний, вскрывающих объективные причинно-следственные связи кинофильма. Кинопродукт имеет свое объективное содержание. Диагностика содержания проекции и создание условий для обнаружения и осознания клиентом подмены реальности проекциями. Для этого ведущий использует специальные вопросы. Например, вопрос: «Что Вы увидели такого, что позволяет Вам так говорить?» или «Что в фильме говорит об этом?». Открываясь в процессе групповой дискуссии новому опыту, приносимому приближением к объективному содержанию фильма, участники кинотерапевтической группы постепенно начинают замечать реальность без помех, накладываемых защитными механизмами.

Мониторинг состояния членов группы во время просмотра кинофильма и его обсуждения (помощь, поддержка). Содержание фильма во время просмотра может вызывать у участников группы заметные эмоциональные реакции. Как правило, такие реакции являются внешним проявлением «попадания» содержания фильма в проблемную область индивидуального опыта пациента.

Работа с негативными переживаниями. Фильм может актуализировать в сознании зрителя вытесненный или подавленный материал. Почти всегда это сопровождается негативными переживаниями. Ведущему необходимо сделать все, чтобы негативные переживания прошлого опыта не препятствовали пониманию фильма.

### **Правила работы в кинотерапевтической группы**

Прежде чем начать терапию, необходимо обсудить с пациентами правила общения внутри группы. Во-первых, психолог просит участников говорить от своего имени, то есть вести монолог или диалог от первого лица

в единственном числе, подчеркивая личную ответственность. Во-вторых, задавать вопросы, высказывать свою точку зрения. Интерпретировать можно только то, что было в фильме, а не высказывания других участников группы. Ведущий кинотерапевтической группы может стимулировать участников к большей аргументации, используя специальные вопросы: «Как Вы увидели это?», «Что Вы увидели такого, что позволяет Вам так говорить?». В-третьих, осознавать субъективность своего восприятия. Ведущий следит, чтобы члены группы помнили о том, что их восприятие и оценки - субъективны. Для поддержания этого правила используется следующий вопрос и его вариации: «Есть ли другая точка зрения?». В-четвертых, ведущий просит соблюдать очередность во время обсуждения. Когда несколько участников группы пытаются говорить одновременно, это приводит к тому, что группа может потерять нечто очень важное для понимания фильма, показанных в нем событий и отношений. Психолог напоминает: «Вы отвечаете за все, что Вы делаете в группе.» Участники должны осознавать свои мысли и чувства и ответственно решать, о чем говорить и что делать.

Важным аспектом кинотерапии является выбор фильма. Для активизации неосознаваемых процессов, активно участвующих в восприятии кинофильма (отрицание, вытеснение, проекция, идентификация, компенсация, рационализация), необходимо, чтобы герои фильма были близки по возрасту участникам группы. При выборе фильма стоит руководствоваться наличием в картине второго психологического плана, а также наличием расхождения между провозглашаемыми мотивами, лежащими на поверхности поступками изучаемого персонажа, и некоторыми, незначительными на первый взгляд, поступками и оговорками, постоянное появление которых, однако, указывает на наличие других, истинных мотивов поведения [38]. Также важным критерием выбора фильма будет являться невозможность дать однозначную оценку героям фильма в терминах «хороший – плохой». Фильмы, в которых такая оценка задана изначально,

оказываются для кинотерапии малопригодными [38]. Как отмечает А.А. Плескачевская, совершенно непригодны для кинотерапии фильмы, основная задача которых - идеологическое воспитание, пропаганда, развлечение, релаксация.

Вследствие чего нами предложен список фильмов с темой алкогольной аддикцией, соответствующий вышеперечисленным требованиям: «28 дней» (реж. Б.Томас), «На игле» (реж. Д.Боил), «Лучше не бывает» (реж. Джеймс Л.Брук), «Покидая Лас-Вегас» (реж. М. Фиггис), «В диких условиях» (реж. Ш.Пенн), «Еще по одной» (реж. Томас Винтерберг), «Потерянный уик-энд» (реж. Билли Уайлдер), «Друг» (реж. Леонид Квинихидзе).

### **Процесс открытой кинотерапевтической группы:**

**Первый этап.** Ведущий знакомит участников группы с правилами работы и основными процедурами. Отношения в группе на этом этапе характеризуются неструктурированностью и неопределенностью. На этом этапе важно, чтобы ведущий способствовал активизации творческой и исследовательской позиции участников группы. Поэтому ему необходимо проявлять эмпатию, доверие, понимание, принятие, уверенность в том, что группа будет работать продуктивно. Психолог мотивирует пациента к интересной для него работе. Перед просмотром фильма ведущий группы сообщает его название и призывает участников группы быть максимально внимательными к тому, что будет происходить на экране. Ведущий напоминает собравшимся, что для того, чтобы обсуждение прошло продуктивно, им нужно записывать имена основных персонажей, а также, кратко, мысли и чувства, которые будут приходить в голову во время просмотра фильма.

**Второй этап.** Во время обсуждения фильма ведущий дает разъяснения, оказывает поддержку, помогает участникам в трудных ситуациях, координирует дискуссию и подводит итоги. Таким образом, в группе создается атмосфера безопасности, что в последующем приводит к росту активности ее участников. В группе не должно быть принуждения к

самораскрытию и откровенности - эти акты могут быть только результатом свободного выбора каждого члена группы. Важным условием появления в группе актов самораскрытия является открытость самого ведущего, его собственная позиция. Самораскрытие и искренность становятся механизмами личностного развития и групповой динамики.

После формирования доверительных отношений (пациент открыт с психологом, почувствует в большинстве кинотерапевтических групп), успешного прохождения стационарного лечения (можно обратиться к лечащему врачу для уточнений), а также желания со слов пациента работать дальше над зависимостью, мы предлагаем **второй этап** психологического сопровождения. Он направлен на дальнейшее увеличение экзистенциальной исполненности и снижение напряженности механизмов психологической защиты при помощи арт-терапии. Предлагаем пациенту продолжить посещать кинотерапевтические группы с добавлением художественных техник. Например, проводим в начале кинотерапию, затем упражнение, если участники группы отмечают наличие ресурса. Если пациенты выматываются, то художественные занятия в группе можно перенести на другой удобный день.

На наш взгляд, в работе могут быть использованы следующие техники:

#### **«КРУГ Оворот»**

Данное занятие подходит для начала АТ работы. Техника направлена на развитие спонтанности, рефлексии. В результате упражнения позволяет прояснить личностные особенности, ценности, притязания, положение каждого участника в группе [54].

#### **«Мое дерево»**

Данная техника направлена на получение информации о «содержании жизни». Она открывает конкретные ситуации из прошлого и отражает черты

личности. В результате упражнения позволяет обнаружить долговременные, неосознанные чувства по отношению к своему «Я» [54].

### **«Свободный рисунок»**

Техника направлена на выявление отношения автора к миру и жизни, рассказывает о переживаниях. Результатом будет являться информация о человеке, о его индивидуальности и восприятии мира [54].

**На последнем этапе** повторно проводим измерение уровня экзистенциальной исполненности, напряженности психологической защиты, комплаенса с помощью специально предназначенных методик (Приложение 4), демонстрируем результат пациенту, обязательно позитивно подкрепляем его похвалой: «Ты молодец! Прошел нелегкий путь, теперь ты знаешь, что все в твоих силах...» Предоставляем рекомендации для поддержания результата, это может быть информация о группах самопомощи, горячие линии, психотерапия и др.

**Завершать процесс психологического сопровождения** или снижать его интенсивность возможно, когда в повторном психологическом исследовании пациент показывает положенный результат: отсутствие экзистенциальной неисполненности и напряженности психологической защиты (см. Приложение 4), когда пациент ощущает психологическое благополучие и отсутствие желания вернуться к зависимости.

### **3.3. Теоретическое обоснование психологического сопровождения врачей с эмоциональным выгоранием и экзистенциальной неисполненностью**

Согласно полученным результатам исследования, было установлено, что нон-комплаентность связана с эмоциональным выгоранием и экзистенциальной неисполненностью врачей, а значит для формирования комплаенса у пациентов необходимы рекомендации по коррекции и

профилактике СЭВ и психологического благополучия. Для снижения эмоционального выгорания можно использовать балинтовскую группу. Балинтовская группа дает уникальный опыт использования эмоций в анализе профессиональной коммуникации и направленно противодействует основным проявлениям выгорания [8].

Важнейшей стороной балинтовской работы является воссоздание ситуации профессионального контакта. Балинтовская группа учит на практике осознавать и использовать свои эмоции в применении к реальным профессиональным задачам и этим отличается от всех остальных групп коммуникативной направленности. При нахождении в таких условиях у действующего специалиста возникает реальная мотивация к изменению. Участие в группе расширяет диапазон эмоционального реагирования и позволяет двигаться от агрессии, страха, слияния в отношениях с пациентами к большей гибкости, спонтанности, творчеству. Погружение в эмоционально-насыщенное поле исследования профессионального контакта заменяет отстраненность и равнодушие, характерное для симптоматики редукции профессиональных обязанностей. В результате «эмоционального штурма» (в противовес мозговому) происходит знакомство с широким спектром своих чувств по отношению к пациенту [8].

Для работы, направленной на увеличение экзистенциальной исполненности необходимо установить ощутимую соотнесенность с ценностями. Для этого можно использовать метод в усиливающий переживание ценностей такой как арт-терапия [27].

Также мы полагаем, что система саморегуляции экзистенциальной исполненности эмоционально неблагополучных клиентов должна включать в себя, прежде всего, активацию базовых основ (когнитивной, эмоциональной) психической жизни и развитие высших личностных образований. Психологическая устойчивость такой личности прямо зависит от максимального использования преимуществ своей психической организации и нейтрализации ее недостатков. Представляется, что психологическую

устойчивость эмоционально неблагополучных клиентов можно активно формировать, развивать с помощью технологий, техник и приёмов арт-терапии. Как активное направление психологического сопровождения, арт-терапия является не только средством для диагностической работы, но и способом освобождения от психологических конфликтов и сильных переживаний, средством усиления чувства личностной ценности, методом эмоциональной коррекции, формой свободного самовыражения и самопознания [37].

**Целью** психологического сопровождения врачей наркологического отделения является создание условий, способствующих снижению СЭВ, увеличение психологического благополучия (экзистенциальная исполненность).

Использование данных методов работы позволит, во-первых, укреплению профессиональной идентичности, чтобы нивелировать эмоциональное выгорание, развить коммуникативные умения, сплотить коллектив и повысить в нем доверие, научиться использовать свои эмоции в применении к реальным профессиональным задачам. Данные задачи может помочь решить работа в балинтовских группах. Во-вторых, способствует формированию психологического благополучия у врачей, путем снятия эмоционального напряжения и улучшения навыков самопознания. Данные трудности помогают разрешить техники арт-терапии.

### **3.4 Стратегия психологического сопровождения врачей с эмоциональным выгоранием и экзистенциальной неисполненностью**

В этом параграфе мы предлагаем стратегию работы с эмоциональным выгоранием и экзистенциальной неисполненностью у врачей.

**На начальном этапе** психологического сопровождения психолог в рамках индивидуальной встречи должен выявить отношение врача к своей

работе, пациентам через диалог, также может помочь рассказ врача о себе, своих переживаниях, отношениях в коллективе. Узнать о условиях работы, рабочих перегрузках, дефиците времени, продолжительности рабочего дня, содержания труда и т.д.

На этом этапе могут помочь данные измерений уровня эмоционального выгорания при помощи методики «Диагностика уровня эмоционального выгорания В.В.Бойко» и экзистенциальной исполненности, основываясь на тесте экзистенциальных мотиваций А.Лэнгле у врачей наркологического отделения.

На этом этапе происходит сотрудничество с клиентом. Психолог устанавливает психотерапевтические взаимоотношения. Итогом этого считается выявление приверженности врача к лечению пациентов с алкогольной аддикцией. Распознавание эмоционального выгорания и его стадий, экзистенциальной неисполненности. Каким способом он справляется с трудностями, как контактирует с коллегами, социумом. Также важно разобраться во взгляде клиента на то, что с ним происходит в данный момент и степени осмысления этого. Если по результатам исследования мы обнаружили отсутствие приверженности к лечению (Ответы «нет» в приложении 5), наличие эмоционального выгорания и экзистенциальной неисполненности с помощью специализированных методик (см. Приложение 9), то используем рекомендации.

Затем, целесообразно провести семинар практикум с элементами тренинга «Профессиональное «выгорание» врача: причины, коррекция и профилактика» (см. Приложение 6).

**На следующем этапе** происходит основной процесс психологического сопровождения, в котором мы используем два метода: балинтовскую группу и арт-терапевтические техники. Вследствие высокой загруженности и эмоциональной напряженности работы врача-нарколога, мы предлагаем последовательное проведение данных методов. Например, в начале недели

балинтовские группы, чтобы после полученной информации в ней, процесс лечения тяжелых пациентов проходил продуктивнее. В конце недели арт-терапевтические техники в группе, для восстановления эмоционального ресурса и самопознания. Важно отметить, что представленные методы можно использовать, как в строгой последовательности, так и в зависимости от запросов и возможностей врачей-наркологов, что делает данные рекомендации применимыми к профессиональным реалиям врачей-наркологов.

Для составления системы работы по снижению эмоционального выгорания врачей мы предлагаем использовать концепцию балинтовской группы Майкла Балинта (3 декабря 1893 г. - 31 декабря 1970 г.).

**Задача клинического психолога.** Создать безопасную атмосферу для участников группы, сфокусировавшись на эффективной коммуникации, а не психологических проблемах группы. Следить за тем, чтобы в группе не осуществлялась психотерапия отдельных участников. Помочь группе фиксировать и корректно интерпретировать сопротивления, механизмы психологической защиты, переносы, проявления эмпатии, возникающие в работе с пациентом и в процессе анализа в группе.

#### **Правила групп-процесса:**

- Внимание группы фокусируется на обозначенной в начале проблеме;
- Не допускается обсуждение и критика докладчика;
- Поощрение членами группы открытых и искренних выражений собственных чувств и мыслей по поводу обсуждаемого случая;
- Защита членов группы от нежелательной травмирующей критики;
- Поддержание безопасной обстановки в группе [54].

Если у врачей нет запроса, то психолог может предложить темы для обсуждения (см. Приложение 7).

Предлагаемая схема проведения процесса балинтовской группы описана подробно Кулаковым С.А. и представляет полную инструкцию по работе в данном методе [54] (см. Приложение 8).

Итогом проведения данной техники будет являться укрепление профессиональной идентичности и снятие эмоционального выгорания [9].

Для составления системы работы формирования психологического благополучия с помощью арт-терапии мы предлагаем использовать концепцию экзистенциальных мотиваций А.Лэнгле. Согласно данной концепции можно выделить 4 фундаментальные мотивации, образующие экзистенциальную исполненность (психологическое благополучие).

**Техники арт-терапии в соответствии с фундаментальными мотивациями:**

– ФМ-1: Фундаментальное доверие: видеть себя в своей слабости и соотноситься с реальностью: «Могу ли я быть тем, кто осуществляет свободный выбор?» (Автопортрет)

– ФМ-2: Фундаментальная ценность: «Нравится ли мне жить?» (Изображение эмоционального состояния)

– ФМ-3: Самоценность: достоинство, сохранение свободы и переживание силы при принятии решений: «Имею ли я право быть самим собой?» (Пирог)

– ФМ-4: Смысл жизни: видеть смысл в своих действиях, иметь ориентацию: «В чем я вижу смысл»? (Составление коллажа на темы: «Я в будущем», «Мои цели», «Мои мечты»)

Занятия проводятся с группой, состоящей из 2-10 человек, 1 раз в неделю. Длительность занятия от 1 часа до 2 часов в зависимости от желания и работоспособности врачей.

Пространство кабинета организовывается таким образом, чтобы образовалось свободное от мебели пространство, в котором можно легко перемещаться и комфортно заниматься творчеством.

**Правила проведения занятий:**

При проведении занятий одним из главных условий эффективности будет добровольное участие. Арт-терапевтические занятия не должны

утомлять, поэтому, если врачи устали, необходимо закончить занятия. Принятие и понимание со стороны психолога создают атмосферу, в которой на первом плане будет не соревновательный момент, не критика, а врач с его психологическим состоянием. Также в начале обязательно обговаривается, что любой из участников всегда может отказаться от дальнейшей работы, при этом он не должен мешать остальным.

На наш взгляд, в работе могут быть использованы следующие техники:

**«Автопортрет».** Техника направлена на формирование способности отвлечься от проблем, спроецировать на холст свои переживания. Привести в норму работу нервной системы с при помощи работы мелкой моторики. Выражение своих чувств и переживаний. Обнаружение своих сильных сторон и слабых в соотношении их с реальностью. Ответ на вопрос: «Могу ли я быть тем, кто осуществляет свободный выбор?» [33]. Позволит психологу определить удовлетворенность врача физическим и психологическим пространством для жизни (в семье, на работе, в обществе).

**«Изображение эмоционального состояния».** Техника направлена на выявление актуального эмоционального состояния, значимости его для врача и соотношение эмоций разного знака. Ответ на вопрос: «Нравится ли мне жить?». Полученная информация позволит определить наполнена ли его жизнь ценностями, которые определяют желание жить [33].

**«Пирог».** Техника направлена на оценку различных сторон личности врача, развитие навыка интроспекции. Ответ на вопрос: «Имею ли я право быть самим собой?». Информация позволит определить чувствует ли врач свою самооценку и способен ли принимать аутентичные решения [33].

**«Составление коллажа».** Техника направлена на формирование способности видеть смысл в своих действиях. Ответ на вопрос: «В чем я

вижу смысл?». Ответив, врач помогает психологу определить понимает ли свое бытие и видит ли в нем смысл [33].

**Завершать процесс психологического сопровождения** или снизить его интенсивность возможно, когда психолог наблюдает, что у врача отмечаются признаки усиления своей профессиональной идентичности, отмечается повышение удовлетворенности рабочей деятельностью, снижается уровень эмоционального выгорания, полученного в процессе работы. Когда врач улучшил коммуникативные умения, научился лучше использовать свои эмоции в применении к реальным профессиональным задачам. Когда в коллективе повысилось доверие друг к другу. Врач отметил улучшение состояния психологического благополучия.

### **3.5 Рекомендации по работе с пациентами с алкогольной аддикцией для врачей**

#### **Методы определения приверженности**

Выявление степени нон-комплаентности и его детерминант у пациентов с алкогольной аддикцией поможет врачу сориентироваться и определить направления, по которым нужно работать с пациентом помимо назначения лекарственной терапии. Оценка приверженности и ее контроль в течение длительного времени наблюдения и лечения пациента позволит уменьшить частоту рецидивов, улучшить качество жизни пациента, а также сократить прогрессирование зависимости, вследствие контроля за адекватностью терапии и ее приемом.

Оценка приверженности в реальной клинической практике возможна несколькими путями.

#### **Опрос пациента во время визита**

Врач узнает, как пациент выполнял рекомендации врача, полученные во время прошлого визита, все ли было понятно, возникали ли трудности при

приеме препаратов, наблюдались ли побочные явления, какие меры пациент принимал для их устранения, насколько была удобна назначенная схема приема препаратов, были ли нарушения режима приема, принимал ли пациент другие лекарственные препараты, не совмещал ли с приемом терапии другие методы лечения.

Метод опроса характеризуется относительной простотой, однако, если у больного имеются какие-либо причины скрывать несоблюдение рекомендаций по приему препаратов, то информация, полученная при опросе, может быть необъективной. Если пациент не хочет сообщать врачу о невыполнении рекомендаций, то его ответы могут быть не совсем откровенными. Опрос должен дополняться другими тестами и/или методиками.

#### **Опрос пациента с помощью специальных тестов**

К таким тестам, можно отнести «Опросник Мориски-Грина», «Опросник уровня комплаентности», «Опросник для оценки отношения к лекарственным препаратам», «Шкала медикаментозного комплаенса».

#### **Факторы успешного лечения пациентов с алкогольной аддикцией:**

Просвещение пациента о заболевании. Информирование пациентов с алкогольной аддикцией, должно быть организовано разносторонне и разнопланово, чтобы качественно изменить, углубить знания о заболевании. Тогда у пациента более осознанно формируется определенное отношение к приему терапии, идет поиск внутренних резервов, мотиваторов, влияющих в дальнейшем на устойчивость новых поведенческих установок. Если в процесс включаются и осведомленные о ситуации члены семьи, партнеры, то это обеспечивает еще более благоприятный фон для планируемых в связи с началом терапии перемен. С пациентом необходимо обсуждать вопросы назначения лечения, выяснять его сомнения, беспокойства по поводу возможных побочных эффектов препаратов, узнавать о представлениях пациента, касательно других методов лечения.

Толерантное отношение к пациенту должно осуществляться независимо от личностных особенностей и образа жизни пациента, его взглядов на лечение и эффективность тех или иных методов терапии. При проведении консультирования врачу необходимо руководствоваться обязательными общепринятыми принципами: конфиденциальность, доступность, структурированность, уважение пациента, эмпатия, искренность консультативного контакта, уверенность в пользе проводимого лечения.

### **Поэтапное консультирование пациента для создания лекарственной терапии:**

Первый этап консультирования. Необходимо выяснить представления пациента о феномене алкогольной аддикции, о лечении данной зависимости, а также в доступной для него форме рассказать о целях, преимуществах и требованиях к лечению.

Второй этап консультирования. Врач выясняет проблемы, связанные с лечением заболевания у конкретного пациента. Необходимо выяснить отношение пациента к лечению, готов ли к нему, что может помешать регулярному приему препаратов посещению врача и контролю лечения. Установить проблемы, которые могут препятствовать выработке комплаентности (см. Приложение 4). Необходимо обратить внимание на образ жизни пациента, оценить его рабочий график; каковы взаимоотношения в семье; кто из близких знает о терапии и может напомнить о приеме лекарств, каково его психологическое состояние. В случае необходимости - привлечь к работе клинического психолога.

Третий этап консультирования. При наличии готовности к началу лечения обсуждаются вопросы, связанные с режимом терапии, возможными побочными эффектами и вариантами их коррекции; оформляется добровольное информированное согласие на лечение; подчеркивается взаимный характер обязательств, которые принимают на себя участники терапевтического процесса. Во время консультирования обсуждаются

вопросы, способствующие повышению комплаентности, разрабатывается план лечения, предоставляется график приема препаратов и визитов к врачу, определяется режим терапии. Осуществляется обмен контактной информацией, позволяющей пациенту при необходимости обратиться к врачу. Врач информирует о наличии групп взаимопомощи доступных в регионе.

### **Выводы по третьей главе**

В процессе изучения детерминант формирующих нон-комплаентность у пациентов с алкогольной аддикцией, была предложена стратегия психологического сопровождения, направленная на увеличение экзистенциальной исполненности и снижение напряженности механизмов психологической защиты. Основой для которой стала работа в арт-терапевтическом подходе.

Установив, что эмоциональное выгорание и низкая экзистенциальная исполненность врачей оказывает влияние на формирование нон-комплаентности у пациентов с алкогольной аддикцией была предложена стратегия психологического сопровождения врачей. Для снижения эмоционального выгорания и повышения профессиональной идентичности рекомендуем использовать балинтовскую группу. Для усиления экзистенциальной исполненности врачей предлагаем использовать арт-терапевтические техники.

Также в данной главе представлены рекомендации для врачей по работе с пациентами, имеющими алкогольную зависимость.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На сегодняшний день проблема нон-комплаентности пациентов с алкогольной выходит на один из передних планов, так как алкогольная зависимость нередко включает в себя несоблюдение больными врачебных назначений, что может приводить к негативным последствиям для человека. Поэтому феномен нон-комплаентности требует системного подхода к психологическому изучению и психологическому сопровождению.

В процессе исследования темы: «нон-комплаентность у пациентов с алкогольной аддикцией» была поставлена цель - выявить детерминанты данного явления и разработать рекомендации по психологическому сопровождению для клинических психологов.

Для достижения цели было произведен анализ теоретических представлений о нон-комплаентности пациентов с алкогольной аддикцией со стороны отечественных и зарубежных исследователей. Вследствие которого, была сформулирована гипотеза, которая состоит в предположении, что детерминантами формирования нон-комплаентности у пациентов с алкогольной аддикцией выступают: механизмы психологической защиты и низкая экзистенциальная исполненность (психологическое неблагополучие), с большей выраженностью у пациентов на поздних стадиях зависимости; взаимодействие с врачами, обладающими эмоциональным выгоранием и экзистенциальной неисполненностью (психологическое неблагополучие). Для её подтверждения или опровержения было проведено эмпирическое исследование уровня экзистенциальной исполненности, напряженности психологических защит, уровня комплаентности у пациентов с алкогольной аддикцией. У врачей был измерен уровень эмоционального выгорания и экзистенциальной исполненности. В результате исследования было установлено:

1. Детерминантами формирования нон-комплаентности у пациентов с алкогольной аддикцией являются: механизмы психологической защиты с

преобладанием незрелых (отрицание, подавление, регрессия, проекция и замещение) и экзистенциальная неисполненность (психологическое неблагополучие).

2. Алкогольная стадия взаимосвязана с нон-комплаентным поведением и его личностно-психологическими детерминантами. Также нон-комплаентность обладает большей выраженностью у пациентов с более поздними стадиями алкогольной аддикции.

3. Детерминантой формирования нон-комплаентности у пациентов с алкогольной зависимостью является взаимодействие с врачами, имеющими высокий уровень эмоционального выгорания и низкий уровень экзистенциальной исполненности (психологическое неблагополучие).

На основе данных эмпирического исследования были сформулированы рекомендации по психологическому сопровождению аддиктивных пациентов с экзистенциальной неисполненностью и выраженными механизмами психологической защиты при помощи метода «Кинотерапии» и других арт-терапевтических техник. Также были составлены рекомендации по психологическому сопровождению врачей с эмоциональным выгоранием и экзистенциальной неисполненностью при помощи балинтовских групп и арт-терапевтических методов.

Для подтверждения результатов работы необходимо повторное проведение эмпирического исследования на больших выборках испытуемых, что позволит распространить данные результаты на генеральную совокупность и составить полную программу работы с такими пациентами.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Агибалова, Т.В. Согласие на лечение в наркологии: старая проблема и новый подход / Агибалова Т.В., Бузик О.Ж., Голощапов И.В. // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. - 2008. - №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/soglasie-na-lechenie-v-narkologii-staraya-problema-i-novyy-podhod>
2. Асриян, О.Б. Комплаенс как результат коммуникативной компетентности врача / Асриян О.Б. // Тихоокеанский медицинский журнал. - 2016. - Т. 61, № 4. - С. 93-97.
3. Березин, С.В. Кинотерапия. Рабочая программа дисциплины. / С.В. Березин – Самара: Изд-во «Самарский университет», 2001.
4. Бехтель, Э.С. Психологические защитные механизмы в клинике алкоголизма / Э.С. Бехтель // Журн. невропатологии и психиатрии. — 1984. — Т. 84, Вып. 2. — С. 244-248.
5. Богатырёв, Н.В. Понятие комплайенса и проблема измерения комплайенса / Богатырёв Н.В. // Известия РГПУ им. А. И. Герцена. - 2009. - №116. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ponyatie-komplayensa-i-problema-izmereniya-komplayensa>
6. Бойко, В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. / В.В. Бойко М.: Филинь, 1996.
7. Борок, Н.Г. Личностные особенности больных алкоголизмом второй стадии / Борок Н.Г., Суботялов М.А. // Вестник НГПУ. - 2016.- №3 (31). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/lichnostnye-osobennosti-bolnyh-alkogolizmom-vtoroy-stadii>
8. Васильева, Н.Г. Балинтовские группы и предупреждение профессионального выгорания в работе клинических психологов / Васильева Н.Г. // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2018. – Т. 6, № 3(21)

9. Винокур, В.А. Балинтовские группы: история, технология, структура, границы и ресурсы: учебное пособие / В. А. Винокур. – Санкт- Петербург: СпецЛит, 2015. –191 с.

10. Вольская, Е.А. Пациентский комплаенс. Обзор тенденций в исследованиях / Вольская Е. А. // Ремедиум. - 2013. - №11. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/patsientskiy-komplaens-obzor-tendentsiy-v-issledovaniyah>

11. Голощاپов, И.В. Формирование согласия на лечение у больных с зависимостью от алкоголя: диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.01.27 / Голощاپов И. В. ФГУ "Национальный научный центр наркологии"- Москва, 2010.- 180 с.

12. Данилов, Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2014. - № (2). - С. 4-12.

13. Дмитриев, М.Н. Терапевтические факторы комплаенса при лечении психозов: срез отдельных проблем / Дмитриев М.Н., Санников А.Н., Бачурина О.В. // Главврач Юга России. - 2017. - №3 (56). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/terapevticheskie-factory-komplaensa-pri-lechenii-psihozov-srez-otdelnyh-problem>

14. Иванова, М.А. Никотиновая зависимость и комплаенс у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и сопутствующим алкоголизмом / Иванова М.А., Пунин А.А., Ваулин С.В. // Трудный пациент. 2019. №10. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nikotinovaya-zavisimost-i-komplaens-u-patsientov-s-hronicheskoy-obstruktivnoy-boleznyu-legkih-i-soputstvuyuschim-alkogolizmom>

15. Кадыров, Р.В. Опросник «Уровень комплаентности»: монография / Р.В. Кадыров, О.Б. Асриян, С.А. Ковальчук. – Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2014. 74 с.

16. Карпинский, К.В. Смысл жизни и ресурсы его реализации: к пониманию механизмов личностного кризиса / Карпинский К.В.// Журнал Высшей школы экономики. 2012. Т. 9, № 4. С. 3-33.

17. Красильников, Г.Т. Две клинико-описательных модели алкогольной аддикции / Красильников Г.Т., Косенко Н.А., Косенко В.Г. // Тюменский медицинский журнал. - 2014. - №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dve-kliniko-opisatelnyh-modeli-alkogolnoy-addiktsii>

18. Кремлева, О.В. Проблемы некомплайентности в соматической клинике: тактика преодоления [Электронный ресурс] / Кремлева О.В. // Медицинская психология в России: электрон. научн. журн. - 2013. - № 4(21). URL: <http://medpsy.ru>

19. Кувшинова, Н.Ю. Проблема приверженности терапии в различных областях медицины / Н.Ю. Кувшинова // Известия Самарского научного центра РАН. - 2015. - №5-3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problema-priverzhennosti-terapii-v-razlichnyh-oblastyah-meditsiny>

20. Кулаков, С.А. Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии / С.А. Кулаков СПб.: «Речь», 2002. - С. 23-33.

21. Лавров, А.В. Применение кинотерапии в работе с аддикциями / А.В. Лавров // Казахский национальный университет имени аль-Фараби, г. Алматы, Казахстан – 2014 г. [https://elar.urfu.ru/bitstream/10995/97486/1/978-5-7996-3165-9\\_2020\\_048.pdf](https://elar.urfu.ru/bitstream/10995/97486/1/978-5-7996-3165-9_2020_048.pdf).

22. Лесная, Н.Н. Состояние проблемы комплайенса при лечении больных хроническими заболеваниями / Н.Н. Лесная // Медицинская психология. - 2009. - № 2-3. - С. 135-138.

23. Ложкина, Л.И. Комплаенс как актуальная проблема медицинской психологии: теоретико-методологические аспекты / Ложкина Л.И. // Изв. Саратов. ун-та Нов. сер. Сер. Философия. Психология. Педагогика. - 2015. - №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/komplaens-kak-aktualnaya-problema-meditsinskoj-psihologii-teoretiko-metodologicheskie-aspekty>

24. Лутова, Н.Б. Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии: метод. рекомендации. / Лутова Н.Б. - СПб., 2006. 26 с.

25. Лутова, Н.Б. Структура комплайенса у больных с эндогенными психическими расстройствами: автореферат на соискание учёной степени доктора медицинских наук. - СПб., 2013.

26. Лутова, Н.Б. Комплаенс в психиатрии и подходы к его улучшению / Лутова Н.Б. // Российский психиатрический журнал. - 2012. - №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/komplaens-v-psihiatrii-i-podhody-k-ego-uluchsheniyu>

27. Лэнгле, А. Согласие в зависимости. Экзистенциально-аналитический подход / Лэнгле А. // НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2019. – № 3(35). – С. 47–59.

28. Мартынов, А.А., Повышение приверженности пациентов стационаров и амбулаторно-поликлинических подразделений к лечебно-реабилитационным программам и факторы, оказывающие влияние на комплаентность / Мартынов А.А., Спиридонова Е. В., Бутарева М.М. // Вестн. дерматологии и венерологии. - 2012. - № 1. С. 21-27.

29. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология. / В.Д. Менделевич - М.: Медпресс-информ, 2008. - 432 с.

30. Молотков, А.О. Комплаенс или приверженность терапии: современное состояние проблемы и особенности при бронхиальной астме / Молотков А.О., Пунин А.А., Молоткова С.А. // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. - 2012. - №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/komplaens-ili-priverzhennost-terapii-sovremennoe-sostoyanie-problemy-i-osobennosti-pri-bronhialnoy-astme>

31. Москалёва, Т.В. Синдром эмоционального выгорания / Москалёва Т.В. // Вестник Московского информационно-технологического университета – Московского архитектурно-строительного института. - 2018. - №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sindrom-emotsionalnogo-vygoraniya-2>

32. Несын, В.В. Эмоциональное выгорание врачей / Несын В.В., Несына С.В. // Образовательный вестник «Сознание». - 2019. - №6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/emotsionalnoe-vygoranie-vrachey-2>

33. Никонорова, Ю.В. Арт-терапевтическая техника «Карта эмоций»/ Ю.В. Никонорова / Энциклопедия признаков и интерпретаций в проективном рисовании и арт-терапии. — 2016. - с.378

34. Оруджев, Я.С. Психологический фактор комплаенса / Оруджев Я. С., Зубова Е. Ю., Козленко Е. А. // Вестник ВолГМУ. - 2007. - №3 (23). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskiiy-faktor-komplayensa>

35. Пахомова, Е.А. Психические и психологические особенности мужчин на разных стадиях алкогольной зависимости / Пахомова Е. А., Вымекаева Т.В. // ЕГИ. - 2015. - №1 (7). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihicheskie-i-psihologicheskie-osobennosti-muzhchin-na-raznyh-stadiyah-alkogolnoy-zavisimosti>

36. Первичко, Е.И. Личностный смысл болезни ребенка как фактор приверженности семьи лечению (исследование семей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом) / Первичко Е.И., Довбыш Д.В. // Национальный психологический журнал. - 2016. - №2 (22). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/lichnostnyy-smysl-bolezni-rebenka-kak-faktor-priverzhennosti-semi-lecheniyu-issledovanie-semey-vospityvayuschih-detey-s-detskim>

37. Петухова, Л.М. Педагогическая и коррекционная психология формирование психической устойчивости эмоционально неблагополучных клиентов средствами арт-терапии. / Л.М. Петухова. - Московский педагогический государственный университет, Москва. – 2017.

38. Плескачевская, А.А. Кинотренинг и сфера его применения / Плескачевская А. А. // Психол. газета. - №8 (35). – 9 (36), 1998

39. Птицына, Н.А. Гендерные аспекты аддиктивного поведения в студенческой среде / Птицына Н. А., Зубарева Л. В. // Женщина в российском обществе. - 2010. - №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/gendernye-aspekty-addiktivnogo-povedeniya-v-studencheskoj-srede>

40. Светличная, Т.Г. Факторы формирования комплаенса больных при оказании психиатрической помощи (в оценках врачей и пациентов) / Светличная Т.Г., Смирнова Е.А. // Вестник ИвГМА. - 2014. - №4. URL:

<https://cyberleninka.ru/article/n/factory-formirovaniya-komplaensa-bolnyh-pri-okazanii-psihiatricheskoj-pomoschi-v-otsenkah-vrachey-i-patsientov>

41. Сквиря, И. М. Механизмы психологической защиты у лиц с алкогольной зависимостью в ремиссии и в рецидивоопасных клинических состояниях / И. М. Сквиря // Проблемы здоровья и экологии. - 2011. - №2 (28). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/mehanizmy-psihiologicheskoy-zaschity-u-lits-s-alkogolnoy-zavisimostyu-v-remissii-i-v-retsdivoopasnyh-klinicheskikh-sostoyaniyah>

42. Скиртач, И.А. Возможности арт-терапии в коррекции волевого контроля и самооценки пациентов с химической зависимостью / И.А. Скиртач // Медицинская психология. – Том 19. - №1. – 2021. <https://doi.org/10.21702/ncpb.2021.2>

43. Солондаев, В.К. Комплаенс в общении врач-больной / Солондаев В.К., Сумеркина Д.В. // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. - 2011. - № 4(9) [Электронный ресурс]. - URL: <http://medpsy.ru>

44. Старостенкова Т.А. Психолого-педагогические факторы комплаенса / Старостенкова Т.А. // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2018. №2 (32). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihiologo-pedagogicheskie-factory-komplayensa>

45. Степанкина, Т.П. Психологические особенности личности больных наркоманией и хроническим алкоголизмом, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа / Степанкина Т.П., Максимов Ю. А., Медведева Т.А. // Психопедагогика в правоохранительных органах. - 2001. - №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihiologicheskie-osobennosti-lichnosti-bolnyh-narkomaniey-i-hronicheskim-alkogolizmom-nahodyaschihsya-na-prinuditelnom-lechenii-v>

46. Степанова, О.П. Психологические особенности людей, зависимых от психоактивных веществ / Степанова О.П., Слепухина Г.В., Безенкова Т.А. // АНИ: педагогика и психология. - 2018. - №4 (25). URL:

<https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-lyudey-zavisimyh-ot-psihoaktivnyh-veschestv>

47. Сунцова, Я.С. Экзистенциальная исполненность лиц с алкогольной и наркотической зависимостью / Сунцова Я.С. // Вестник Удмуртского университета. Серия «Философия. Психология. Педагогика». - 2021. - №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ekzistentsialnaya-ispolnennost-lits-s-alkogolnoy-i-narkoticheskoy-zavisimostyu>

48. Трушкина, С.В. Вызовы современности: медицинский комплаенс, партнерские отношения, коммуникативная компетентность врача / Трушкина С.В. // Медицинская психология в России. - 2018. - №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vyzovy-sovremennosti-meditsinskiy-komplaens-partnerskie-otnosheniya-kommunikativnaya-kompetentnost-vracha>

49. Управление лечением на основе приверженности / Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П., и др. // Consilium Medicum. - 2020. - №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/upravlenie-lecheniem-na-osnove-priverzhennosti>

50. Фоломкин, И.М. Особенности копинг-стратегий и механизмов психологической защиты у лиц с алкогольной зависимостью / Фоломкин И.М. // StudNet. - 2021. - №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-kopingstrategiy-i-mehanizmov-psihologicheskoy-zaschity-u-lits-s-alkogolnoy-zavisimostyu>

51. Черенёва, Е.А. Защитные механизмы поведения как фактор адаптивного поведения личности / Черенёва Е.А. // Вестник ТГПУ. - 2013. - № 6 (134). - С. 122—126.

52. Чернявская, И. Ю. Механизмы психологической защиты у лиц с алкогольной аддикцией / И. Ю. Чернявская // «Пшхалопя». — 2010. — № 4. — С. 24-28.

53. Чхиквадзе, Т.В. Особенности копинга и механизмов психологической защиты у лиц с алкогольной зависимостью / Чхиквадзе Т.В., Беляева Е.Н. // Вестник РУДН. Серия: Психология и педагогика. - 2018. - №1. URL:

<https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-kopinga-i-mehanizmov-psihologicheskoy-zaschity-u-lits-s-alkogolnoy-zavisimostyu>

54. Шевченко, М.А. «Психологические рисуночные тесты для детей и взрослых» / М.А. Шевченко. - АСТ: 2014.

55. Шумский, В.Б. Диагностика экзистенциальной исполненности: оригинальная русскоязычная версия теста экзистенциальных мотиваций / Шумский В.Б., Уколова Е.М., Осин Е.Н. // Психология. Журнал ВШЭ. 2016. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-ekzistentsialnoy-ispolnennosti-originalnaya-russkoyazychnaya-versiya-testa-ekzistentsialnyh-motivatsiy>

56. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003, 212 p.

**Таблица с результатами проверки выборки пациентов на нормальность распределения**

| Переменные   | W           | p            |
|--|-------------|--------------|
| Возраст  | 0,93        | 0,060        |
| Оцените лечение от 1 до 100  | <b>0,87</b> | <b>0,002</b> |
| Отрицание  | <b>0,78</b> | <b>0,000</b> |
| Подавление   | <b>0,82</b> | <b>0,000</b> |
| Регрессия  | <b>0,78</b> | <b>0,000</b> |
| Компенсация  | <b>0,84</b> | <b>0,000</b> |
| Проекция   | <b>0,79</b> | <b>0,000</b> |
| Замещение  | <b>0,90</b> | <b>0,009</b> |
| Интеллектуализация   | <b>0,91</b> | <b>0,016</b> |
| Реактивное образование   | <b>0,86</b> | <b>0,001</b> |
| Общее напряжение защит   | <b>0,92</b> | <b>0,025</b> |
| Экзистенциальная исполненность   | 0,97        | 0,501        |
| ФМ-1: Фундаментальное доверие  | 0,97        | 0,489        |
| Опора  | <b>0,82</b> | <b>0,000</b> |
| Защищенность   | 0,95        | 0,127        |
| Пространство   | <b>0,88</b> | <b>0,003</b> |
| ФМ-2: Фундаментальная ценность   | <b>0,91</b> | <b>0,014</b> |
| Соотнесенность   | <b>0,92</b> | <b>0,032</b> |
| Время  | 0,94        | 0,109        |
| Близость   | 0,96        | 0,341        |
| ФМ-3: Самоценность   | 0,97        | 0,459        |
| Заинтересованное внимание  | <b>0,91</b> | <b>0,018</b> |
| Справедливое отношение   | 0,94        | 0,083        |
| Признание ценности   | <b>0,90</b> | <b>0,011</b> |
| ФМ-4: Смысл жизни  | <b>0,92</b> | <b>0,032</b> |
| Возможности для деятельности   | <b>0,91</b> | <b>0,013</b> |
| Включенность во взаимосвязи  | <b>0,89</b> | <b>0,004</b> |
| Ценность в будущем   | <b>0,86</b> | <b>0,001</b> |
| Приверженность   | <b>0,85</b> | <b>0,001</b> |
| Уровень комплаентности DAI-30  | <b>0,93</b> | <b>0,037</b> |
| "Поведение при проведении медикаментозного лечения   | <b>0,63</b> | <b>0,000</b> |
| Заинтересованность в приеме лекарств   | <b>0,62</b> | <b>0,000</b> |
| Наличие опасений, связанных с психотропным действием вообще или с возможностью появления побочных эффектов | <b>0,63</b> | <b>0,000</b> |
| Психологически обусловленное саботирование медикации   | <b>0,60</b> | <b>0,000</b> |
| Анамнестические сведения о нарушениях комплайенса  | <b>0,62</b> | <b>0,000</b> |
| Отношение больного к принимавшимся ранее препаратам  | <b>0,64</b> | <b>0,000</b> |
| Оценка больным эффективности принимаемого на данный момент препарата                                       | <b>0,55</b> | <b>0,000</b> |
| Оценка больным эффективности принимаемой на данный момент комбинации препаратов                            | <b>0,62</b> | <b>0,000</b> |
| Приемлемость парэнтерального способа введения препарата  | <b>0,58</b> | <b>0,000</b> |
| Приемлемость перорального приема препарата   | <b>0,53</b> | <b>0,000</b> |
| Удовлетворенность режимом приема препарата   | <b>0,62</b> | <b>0,000</b> |
| Доступность препарата  | <b>0,61</b> | <b>0,000</b> |

|   |             |              |
|---|-------------|--------------|
| Осознание болезни   | <b>0,80</b> | <b>0,000</b> |
| Частота рецидивирования   | <b>0,80</b> | <b>0,000</b> |
| Суицидальные и прочие тенденции к саморазрушающему поведению                              | <b>0,74</b> | <b>0,000</b> |
| Коморбидность со злоупотреблением психоактивными веществами и/или расстройствами личности | <b>0,64</b> | <b>0,000</b> |
| Наличие когнитивных нарушений   | <b>0,61</b> | <b>0,000</b> |
| Факторы, связанные с близким окружением   | <b>0,80</b> | <b>0,000</b> |
| Отношение близкого окружения к медикации  | <b>0,55</b> | <b>0,000</b> |
| Терапевтический альянс  | <b>0,60</b> | <b>0,000</b> |
| Адекватность врачебного наблюдения вне обострения   | <b>0,53</b> | <b>0,000</b> |
| Общий балл медикаментозного комплаенса  | 0,93        | 0,062        |
| Социальный комплаенс  | 0,96        | 0,319        |
| Эмоциональный комплаенс   | <b>0,92</b> | <b>0,031</b> |
| Поведенческий комплаенс   | 0,95        | 0,213        |
| Общий уровень комплаентности  | <b>0,86</b> | <b>0,001</b> |

**Таблица с результатами проверки выборки врачей на нормальность распределения**

| Переменные                     | Врачи       |              |
|--------------------------------|-------------|--------------|
|                                | W           | p            |
| Фаза напряжения                | <b>0,86</b> | <b>0,009</b> |
| Переживание обстоятельств      | 0,92        | 0,123        |
| Неудовлетворенность собой      | <b>0,89</b> | <b>0,030</b> |
| "Загнанность в клетку"         | 0,97        | 0,659        |
| Тревога и депрессия            | 0,94        | 0,264        |
| Фаза резистенции               | <b>0,76</b> | <b>0,000</b> |
| Неадекватное реагирование      | <b>0,83</b> | <b>0,002</b> |
| Эмоциональное дезориентация    | <b>0,78</b> | <b>0,000</b> |
| Расширение сферы экономии      | <b>0,84</b> | <b>0,004</b> |
| Редукция проф.обязанностей     | <b>0,85</b> | <b>0,005</b> |
| Фаза истощения                 | <b>0,90</b> | <b>0,034</b> |
| Эмоциональный дефицит          | 0,92        | 0,088        |
| Эмоциональная отстраненность   | <b>0,90</b> | <b>0,043</b> |
| Личностная отстраненность      | <b>0,71</b> | <b>0,000</b> |
| Психосоматические нарушения    | <b>0,89</b> | <b>0,026</b> |
| Экзистенциальная исполненность | 0,92        | 0,104        |
| ФМ-1: Фундаментальное доверие  | 0,93        | 0,192        |
| Опора                          | 0,93        | 0,145        |

|                                |             |              |
|--------------------------------|-------------|--------------|
| Защищенность                   | 0,94        | 0,252        |
| Пространство                   | 0,96        | 0,455        |
| ФМ-2: Фундаментальная ценность | 0,92        | 0,119        |
| Соотнесенность                 | 0,95        | 0,340        |
| Время                          | <b>0,90</b> | <b>0,047</b> |
| Близость                       | <b>0,89</b> | <b>0,026</b> |
| ФМ-3: Самоценность             | 0,97        | 0,763        |
| Заинтересованное внимание      | 0,95        | 0,333        |
| Справедливое отношение         | <b>0,87</b> | <b>0,013</b> |
| Признание ценности             | 0,91        | 0,058        |
| ФМ-4: Смысл жизни              | <b>0,88</b> | <b>0,017</b> |
| Возможности для деятельности   | <b>0,88</b> | <b>0,021</b> |
| Включенность во взаимосвязи    | <b>0,84</b> | <b>0,004</b> |
| Ценность в будущем             | <b>0,87</b> | <b>0,011</b> |

## Приложение 2

Таблица с результатами описательной статистики и сравнения врачей в 1-м и 2-м отделениях

| Переменные                | Медиана   |       |            | Значимость различий по критерию Краскала-Уоллиса |              | Значимость различий отделений по критерию Манна-Уитни |              |             |
|---------------------------|-----------|-------|------------|--|--------------|---|--------------|-------------|
|                           | Отделение |       | Ординаторы | Н  | р            | U   | Z            | р           |
|                           | 1         | 2     |            |  |              |   |              |             |
| Возраст                   | 57,00     | 41,00 | 26,00      | 16,570   | <b>0,000</b> | 0,00  | <b>2,51</b>  | <b>0,01</b> |
| Стаж                      | 27,00     | 16,00 | 0,00       | 18,350   | <b>0,000</b> | 0,00  | <b>2,51</b>  | <b>0,01</b> |
| Фаза напряжения           | 28,00     | 41,00 | 21,00      | 12,820   | <b>0,002</b> | 0,00  | <b>-2,51</b> | <b>0,01</b> |
| Переживание обстоятельств | 12,00     | 14,00 | 6,00       | 14,009   | <b>0,001</b> | 3,50  | -1,78        | 0,08        |
| Неудовлетворенность собой | 5,00      | 11,00 | 6,00       | 8,978  | <b>0,011</b> | 2,50  | <b>-1,98</b> | <b>0,05</b> |
| "Загнанность в клетку"    | 6,00      | 9,00  | 5,00       | 7,974  | <b>0,019</b> | 3,00  | -1,88        | 0,06        |
| Тревога и депрессия       | 8,00      | 10,00 | 5,50       | 9,509  | <b>0,009</b> | 7,50  | -0,94        | 0,35        |
| Фаза резистенции          | 84,00     | 85,00 | 20,50      | 14,437   | <b>0,001</b> | 9,00  | -0,63        | 0,53        |
| Неадекватное реагирование | 23,00     | 22,00 | 5,00       | 14,465   | <b>0,001</b> | 9,50  | 0,52         | 0,60        |

|                                   |        |       |        |            |              |             |              |             |
|-----------------------------------|--------|-------|--------|------------|--------------|-------------|--------------|-------------|
| Эмоциональное дезориентация       | 21,00  | 23,00 | 5,00   | 15,83<br>1 | <b>0,000</b> | <b>2,00</b> | <b>-2,09</b> | <b>0,04</b> |
| Расширение сферы экономики        | 22,00  | 19,00 | 4,50   | 14,52<br>4 | <b>0,001</b> | 9,00        | 0,63         | 0,53        |
| Редукция проф.обязанностей        | 18,00  | 19,00 | 5,00   | 14,47<br>7 | <b>0,001</b> | 10,0<br>0   | -0,42        | 0,68        |
| Фаза истощения                    | 40,00  | 65,00 | 23,50  | 13,67<br>9 | <b>0,001</b> | 0,00        | <b>-2,51</b> | <b>0,01</b> |
| Эмоциональный дефицит             | 12,00  | 22,00 | 6,50   | 11,54<br>9 | <b>0,003</b> | 0,00        | <b>-2,51</b> | <b>0,01</b> |
| Эмоциональная отстраненность      | 14,00  | 20,00 | 7,00   | 11,46<br>9 | <b>0,003</b> | 1,50        | <b>-2,19</b> | <b>0,03</b> |
| Личностная отстраненность         | 6,00   | 21,00 | 6,00   | 10,81<br>6 | <b>0,005</b> | 0,00        | <b>-2,51</b> | <b>0,01</b> |
| Психосоматические нарушения       | 13,00  | 6,00  | 7,00   | 5,966      | 0,051        | 3,00        | 1,88         | 0,06        |
| Экзистенциальная исполненность    | 105,00 | 93,00 | 121,00 | 13,72<br>0 | <b>0,001</b> | 7,00        | 1,04         | 0,30        |
| ФМ-1:<br>Фундаментальное доверие  | 24,00  | 23,00 | 30,00  | 9,617      | 0,008        | 10,5<br>0   | 0,31         | 0,75        |
| Опора                             | 9,00   | 7,00  | 11,00  | 8,947      | <b>0,011</b> | 3,00        | 1,88         | 0,06        |
| Защищенность                      | 8,00   | 9,00  | 10,00  | 3,159      | 0,206        | 8,00        | -0,84        | 0,40        |
| Пространство                      | 7,00   | 8,00  | 10,00  | 6,922      | <b>0,031</b> | 10,0<br>0   | -0,42        | 0,68        |
| ФМ-2:<br>Фундаментальная ценность | 24,00  | 24,00 | 27,00  | 7,717      | <b>0,021</b> | 9,50        | 0,52         | 0,60        |
| Соотнесенность                    | 6,00   | 6,00  | 9,00   | 7,881      | <b>0,019</b> | 10,5<br>0   | -0,31        | 0,75        |
| Время                             | 9,00   | 9,00  | 9,00   | 1,180      | 0,554        | 11,0<br>0   | -0,21        | 0,83        |
| Близость                          | 10,00  | 7,00  | 9,50   | 2,581      | 0,275        | 6,00        | 1,25         | 0,21        |
| ФМ-3:<br>Самоценность             | 30,00  | 25,00 | 31,00  | 8,046      | <b>0,018</b> | 3,00        | 1,88         | 0,06        |
| Заинтересованное внимание         | 9,00   | 8,00  | 10,00  | 3,573      | <b>0,168</b> | 7,50        | 0,94         | 0,35        |
| Справедливое отношение            | 10,00  | 8,00  | 11,00  | 6,642      | <b>0,036</b> | 2,50        | <b>1,98</b>  | <b>0,05</b> |
| Признание ценности                | 9,00   | 9,00  | 11,00  | 1,845      | 0,398        | 12,0<br>0   | 0,00         | 1,00        |
| ФМ-4: Смысл жизни                 | 22,00  | 20,00 | 33,00  | 14,57<br>8 | <b>0,001</b> | 8,50        | 0,73         | 0,46        |
| Возможности для деятельности      | 8,00   | 6,00  | 11,00  | 12,96<br>3 | <b>0,002</b> | 9,00        | 0,63         | 0,53        |
| Включенность во взаимосвязи       | 6,00   | 5,00  | 11,00  | 14,55<br>1 | <b>0,001</b> | 10,5<br>0   | 0,31         | 0,75        |
| Ценность в будущем                | 7,00   | 7,00  | 11,00  | 9,072      | <b>0,011</b> | 11,0<br>0   | 0,21         | 0,83        |

**Результаты сравнения пациентов с алкогольной аддикцией на разных стадиях**

| Переменные                     | 1 и 2 |              |             | 1 и 3     |              |             | 2 и 3 |              |             |
|--------------------------------|-------|--------------|-------------|-----------|--------------|-------------|-------|--------------|-------------|
|                                | U     | Z            | p-value     | U         | Z            | p-value     | U     | Z            | p-value     |
| Возраст                        | 38,00 | -0,87        | 0,38        | 22,5<br>0 | <b>-2,04</b> | <b>0,04</b> | 16,00 | <b>-2,53</b> | <b>0,01</b> |
| Оцените лечение от 1 до 100    | 20,00 | <b>2,23</b>  | <b>0,03</b> | 6,00      | <b>3,29</b>  | <b>0,00</b> | 23,00 | <b>2,00</b>  | <b>0,05</b> |
| Отрицание                      | 34,50 | -1,13        | 0,26        | 8,50      | <b>-3,10</b> | <b>0,00</b> | 14,00 | <b>-2,68</b> | <b>0,01</b> |
| Подавление                     | 2,00  | <b>-3,59</b> | <b>0,00</b> | 4,00      | <b>-3,44</b> | <b>0,00</b> | 40,00 | -0,72        | 0,47        |
| Регрессия                      | 0,00  | <b>-3,74</b> | <b>0,00</b> | 1,50      | <b>-3,63</b> | <b>0,00</b> | 43,50 | -0,45        | 0,65        |
| Компенсация                    | 15,00 | <b>2,61</b>  | <b>0,01</b> | 39,0<br>0 | -0,79        | 0,43        | 9,00  | <b>-3,06</b> | <b>0,00</b> |
| Проекция                       | 0,00  | <b>-3,74</b> | <b>0,00</b> | 2,00      | <b>-3,59</b> | <b>0,00</b> | 19,00 | <b>-2,31</b> | <b>0,02</b> |
| Замещение                      | 33,50 | -1,21        | 0,23        | 0,00      | <b>-3,74</b> | <b>0,00</b> | 2,00  | <b>-3,59</b> | <b>0,00</b> |
| Интеллектуализация             | 7,00  | <b>3,21</b>  | <b>0,00</b> | 0,50      | <b>3,70</b>  | <b>0,00</b> | 5,50  | <b>3,33</b>  | <b>0,00</b> |
| Реактивное образование         | 1,00  | <b>3,67</b>  | <b>0,00</b> | 9,50      | <b>3,02</b>  | <b>0,00</b> | 15,00 | <b>2,61</b>  | <b>0,01</b> |
| Общее напряжение защит         | 5,00  | <b>-3,36</b> | <b>0,00</b> | 0,50      | <b>-3,70</b> | <b>0,00</b> | 7,00  | <b>-3,21</b> | <b>0,00</b> |
| Экзистенциальная исполненность | 1,00  | <b>3,67</b>  | <b>0,00</b> | 0,00      | <b>3,74</b>  | <b>0,00</b> | 6,50  | <b>3,25</b>  | <b>0,00</b> |
| ФМ-1: Фундаментальное доверие  | 6,00  | <b>3,29</b>  | <b>0,00</b> | 0,00      | <b>3,74</b>  | <b>0,00</b> | 13,00 | <b>2,76</b>  | <b>0,01</b> |
| Опора                          | 34,00 | 1,17         | 0,24        | 14,0<br>0 | <b>2,68</b>  | <b>0,01</b> | 23,00 | <b>2,00</b>  | <b>0,05</b> |
| Защищенность                   | 11,50 | <b>2,87</b>  | <b>0,00</b> | 5,00      | <b>3,36</b>  | <b>0,00</b> | 22,50 | <b>2,04</b>  | <b>0,04</b> |
| Пространство                   | 35,50 | 1,06         | 0,29        | 1,50      | <b>3,63</b>  | <b>0,00</b> | 8,50  | <b>3,10</b>  | <b>0,00</b> |
| ФМ-2: Фундаментальная ценность | 3,00  | <b>3,52</b>  | <b>0,00</b> | 0,00      | <b>3,74</b>  | <b>0,00</b> | 7,50  | <b>3,17</b>  | <b>0,00</b> |
| Соотнесенность                 | 6,00  | <b>3,29</b>  | <b>0,00</b> | 21,5<br>0 | <b>2,12</b>  | <b>0,03</b> | 42,50 | 0,53         | 0,60        |
| Время                          | 20,00 | <b>2,23</b>  | <b>0,03</b> | 12,0<br>0 | <b>2,83</b>  | <b>0,00</b> | 19,50 | <b>2,27</b>  | <b>0,02</b> |
| Близость                       | 18,50 | <b>2,34</b>  | <b>0,02</b> | 7,00      | <b>3,21</b>  | <b>0,00</b> | 14,50 | <b>2,65</b>  | <b>0,01</b> |
| ФМ-3: Самоценность             | 33,50 | 1,21         | 0,23        | 22,5<br>0 | <b>2,04</b>  | <b>0,04</b> | 32,00 | 1,32         | 0,19        |
| Заинтересованное внимание      | 33,50 | 1,21         | 0,23        | 30,0<br>0 | 1,47         | 0,14        | 43,50 | 0,45         | 0,65        |
| Справедливое отношение         | 46,50 | 0,23         | 0,82        | 28,5<br>0 | 1,59         | 0,11        | 29,00 | 1,55         | 0,12        |
| Признание ценности             | 43,50 | 0,45         | 0,65        | 27,5<br>0 | 1,66         | 0,10        | 29,50 | 1,51         | 0,13        |
| ФМ-4: Смысл                    | 15,50 | <b>2,57</b>  | <b>0,01</b> | 9,50      | <b>3,02</b>  | <b>0,00</b> | 30,00 | 1,47         | 0,14        |

|  |       |             |             |           |             |             |       |             |             |
|--|-------|-------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-------|-------------|-------------|
| жизни  |       |             |             |           |             |             |       |             |             |
| Возможности для деятельности   | 40,00 | 0,72        | 0,47        | 20,0<br>0 | <b>2,23</b> | <b>0,03</b> | 24,50 | 1,89        | 0,06        |
| Включенность во взаимосвязи  | 22,00 | <b>2,08</b> | <b>0,04</b> | 21,5<br>0 | <b>2,12</b> | <b>0,03</b> | 45,50 | 0,30        | 0,76        |
| Ценность в будущем   | 22,50 | <b>2,04</b> | <b>0,04</b> | 24,0<br>0 | 1,93        | 0,05        | 48,50 | -0,08       | 0,94        |
| Приверженность   | 10,00 | <b>2,99</b> | <b>0,00</b> | 1,00      | <b>3,67</b> | <b>0,00</b> | 5,00  | <b>3,36</b> | <b>0,00</b> |
| Уровень комплаентности DAI-30  | 2,50  | <b>3,55</b> | <b>0,00</b> | 0,50      | <b>3,70</b> | <b>0,00</b> | 9,50  | <b>3,02</b> | <b>0,00</b> |
| "Поведение при проведении медикаментозного лечения   | 25,00 | 1,85        | 0,06        | 10,0<br>0 | <b>2,99</b> | <b>0,00</b> | 35,00 | 1,10        | 0,27        |
| Заинтересованность в приеме лекарств   | 10,00 | <b>2,99</b> | <b>0,00</b> | 0,00      | <b>3,74</b> | <b>0,00</b> | 40,00 | 0,72        | 0,47        |
| Наличие опасений, связанных с психотропным действием вообще или с возможностью появления побочных эффектов | 30,00 | 1,47        | 0,14        | 5,00      | <b>3,36</b> | <b>0,00</b> | 25,00 | 1,85        | 0,06        |
| Психологически обусловленное саботирование медикации   | 10,00 | <b>2,99</b> | <b>0,00</b> | 5,00      | <b>3,36</b> | <b>0,00</b> | 45,00 | 0,34        | 0,73        |
| Анамнестические сведения о нарушениях комплайенса  | 40,00 | 0,72        | 0,47        | 15,0<br>0 | <b>2,61</b> | <b>0,01</b> | 25,00 | 1,85        | 0,06        |
| Отношение больного к принимавшимся ранее препаратам  | 20,00 | <b>2,23</b> | <b>0,03</b> | 10,0<br>0 | <b>2,99</b> | <b>0,00</b> | 40,00 | 0,72        | 0,47        |
| Оценка больным эффективности принимаемого на данный момент препарата                                       | 10,00 | <b>2,99</b> | <b>0,00</b> | 10,0<br>0 | <b>2,99</b> | <b>0,00</b> | 50,00 | -0,04       | 0,97        |
| Оценка больным эффективности принимаемой на данный момент комбинации препаратов                            | 35,00 | 1,10        | 0,27        | 24,5<br>0 | 1,89        | 0,06        | 35,00 | 1,10        | 0,27        |
| Приемлемость парэнтерального способа введения  | 5,00  | <b>3,36</b> | <b>0,00</b> | 5,00      | <b>3,36</b> | <b>0,00</b> | 50,00 | -0,04       | 0,97        |

|   |       |             |             |           |             |             |       |             |             |
|---|-------|-------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-------|-------------|-------------|
| препарата   |       |             |             |           |             |             |       |             |             |
| Приемлемость перорального приема препарата  | 15,00 | <b>2,61</b> | <b>0,01</b> | 15,0<br>0 | <b>2,61</b> | <b>0,01</b> | 50,00 | -0,04       | 0,97        |
| Удовлетворенность режимом приема препарата  | 35,00 | 1,10        | 0,27        | 5,00      | <b>3,36</b> | <b>0,00</b> | 20,00 | <b>2,23</b> | <b>0,03</b> |
| Доступность препарата   | 35,00 | 1,10        | 0,27        | 10,0<br>0 | <b>2,99</b> | <b>0,00</b> | 25,00 | 1,85        | 0,06        |
| Информация о времени ожидаемого начала действия препарата                                 | 50,00 | -0,04       | 0,97        | 50,0<br>0 | -0,04       | 0,97        | 50,00 | -0,04       | 0,97        |
| Осознание болезни   | 15,00 | <b>2,61</b> | <b>0,01</b> | 1,00      | <b>3,67</b> | <b>0,00</b> | 8,00  | <b>3,14</b> | <b>0,00</b> |
| Частота рецидивирования   | 0,00  | <b>3,74</b> | <b>0,00</b> | 0,00      | <b>3,74</b> | <b>0,00</b> | 5,00  | <b>3,36</b> | <b>0,00</b> |
| Суицидальные и прочие тенденции к саморазрушающему поведению                              | 10,00 | <b>2,99</b> | <b>0,00</b> | 2,00      | <b>3,59</b> | <b>0,00</b> | 18,00 | <b>2,38</b> | <b>0,02</b> |
| Коморбидность со злоупотреблением психоактивными веществами и/или расстройствами личности | 25,00 | 1,85        | 0,06        | 25,0<br>0 | 1,85        | 0,06        | 50,00 | 0,04        | 0,97        |
| Наличие когнитивных нарушений   | 5,00  | <b>3,36</b> | <b>0,00</b> | 0,00      | <b>3,74</b> | <b>0,00</b> | 45,00 | 0,34        | 0,73        |
| Факторы, связанные с близким окружением   | 34,00 | 1,17        | 0,24        | 15,0<br>0 | <b>2,61</b> | <b>0,01</b> | 19,00 | <b>2,31</b> | <b>0,02</b> |
| Отношение близкого окружения к медикации  | 40,00 | 0,72        | 0,47        | 20,0<br>0 | <b>2,23</b> | <b>0,03</b> | 30,00 | 1,47        | 0,14        |
| Терапевтический альянс  | 45,00 | 0,34        | 0,73        | 5,00      | <b>3,36</b> | <b>0,00</b> | 10,00 | <b>2,99</b> | <b>0,00</b> |
| Адекватность врачебного наблюдения вне обострения   | 25,00 | 1,85        | 0,06        | 20,0<br>0 | <b>2,23</b> | <b>0,03</b> | 45,00 | 0,34        | 0,73        |
| Общий балл медикаментозного комплаенса  | 0,00  | <b>3,74</b> | <b>0,00</b> | 0,00      | <b>3,74</b> | <b>0,00</b> | 4,50  | <b>3,40</b> | <b>0,00</b> |
| Социальный комплаенс  | 22,00 | <b>2,08</b> | <b>0,04</b> | 0,00      | <b>3,74</b> | <b>0,00</b> | 0,00  | <b>3,74</b> | <b>0,00</b> |
| Эмоциональный комплаенс   | 10,50 | <b>2,95</b> | <b>0,00</b> | 0,00      | <b>3,74</b> | <b>0,00</b> | 0,50  | <b>3,70</b> | <b>0,00</b> |
| Поведенческий комплаенс   | 3,50  | <b>3,48</b> | <b>0,00</b> | 0,00      | <b>3,74</b> | <b>0,00</b> | 0,00  | <b>3,74</b> | <b>0,00</b> |
| Общий уровень   | 5,00  | <b>3,36</b> | <b>0,00</b> | 0,00      | <b>3,74</b> | <b>0,00</b> | 0,00  | <b>3,74</b> | <b>0,00</b> |

|                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| КОМПЛАЕНТНОСТИ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

## Приложение 4

**Форма индивидуальной карты исследования пациента алкогольной зависимостью**

1. ФИО, дата рождения: \_\_\_\_\_
2. Номер истории болезни: \_\_\_\_\_
3. Дата проведения исследования: \_\_\_\_\_
4. Семейный статус (объективно): \_\_\_\_\_
5. Социальный статус: \_\_\_\_\_
6. Отделение \_\_\_\_\_
7. Есть ли у вас мечта? Если да, то какая? \_\_\_\_\_
8. **Оцените уровень удовлетворенности лечением:**

**0****100**

3. Тест-опросник механизмов психологической защиты «ИНДЕКС ЖИЗНЕННОГО СТИЛЯ», «LIFE STYLE INDEX» (LSI):

**Профильный лист**

| Эго защиты                 | Сырая оценка | Процент |
|----------------------------|--------------|---------|
| 1 - Отрицание              |              |         |
| 2 - Подавление             |              |         |
| 3 - Регрессия              |              |         |
| 4 - Компенсация            |              |         |
| 5 — Проекция               |              |         |
| 6 - Замещение              |              |         |
| 7 -Интеллектуализация      |              |         |
| 8 - Реактивные образования |              |         |
| 9-Общее напряжение защит   |              |         |

10. Тест экзистенциальных мотиваций (ТЭМ):

| Шкала | Субшкала     | Результат |
|-------|--------------|-----------|
| 1 ФМ  | Опора        |           |
|       | Защищенность |           |
|       | Пространство |           |

|      |                              |  |
|------|------------------------------|--|
| 2 ФМ | Соотнесенность               |  |
|      | Время                        |  |
|      | Близость                     |  |
| 3 ФМ | Заинтересованное внимание    |  |
|      | Справедливое отношение       |  |
|      | Признание ценности           |  |
| 4 ФМ | Возможности для деятельности |  |
|      | Включенность во взаимосвязи  |  |
|      | Ценность в будущем           |  |

11. Шкала комплаентности Мориски – Грин:

Вы когда-нибудь забывали принять препараты?

Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема ЛС?

Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?

Если Вы чувствуете себя плохо после приема ЛС, не пропускаете ли Вы следующий прием?

12. Опросник для оценки отношения к лекарственным препаратам (DAI-30): \_\_\_\_\_

13. Шкала медикаментозного комплаенса:

**1. Отношение к медикации**

***Поведение при проведении медикаментозного лечения***

Самостоятельный прием лекарств 2

Прием препаратов под контролем мед.персонала, родственников 1

Уклонение от приема лекарств (избегает приема, отказывается) 0

***Заинтересованность в приеме лекарств***

Активное отношение к приему препарата, понимание необходимости приема, интерес к параметрам терапии 3

Согласие на прием препарата при наличии сомнений в его эффективности 2

Пассивное согласие на прием при отсутствии надежды на эффект 1

Нежелание принимать лекарства 0

***Наличие опасений, связанных с психотропным действием вообще или с возможностью появления побочных эффектов***

Отсутствие необоснованных опасений относительно медикации 5

Считает, что психотропные препараты в дальнейшем могут вызвать неприятные побочные действия 4

Считает, что препараты, как и любые «химические», т.е. не природные вещества могут оказаться вредными для организма 3

Считает, что психотропные препараты в дальнейшем могут произвести психологический эффект «зомбирования», «разрушения» личности 2

Негативно относится к принимаемому препарату, т.к. испытал на себе его субъективно тягостные побочные действия или отсутствие эффекта 1

Негативно относится к лекарствам, т.к. испытал на себе субъективно тягостные побочные действия или отсутствие эффекта нескольких (3 и более) препаратов 0

***Психологически обусловленное саботирование медикации***

Психологически обусловленное саботирование отсутствует 5  
 Недостаточность субъективного страдания от болезни 4  
 Особенности восприятия врача (проявление недоверия, недовольство контактом и т.д.) 3  
 Страх стигматизации (прием лекарств воспринимается как подтверждение наличия психического заболевания для себя/окружающих) 2  
 Особенности внутренней картины болезни 1  
 Наличие вторичной выгоды от болезни (обеспечение заботы родных, освобождение от ответственности и нагрузок, материальные выгоды) 0

***Анамнестические сведения о нарушениях комплаенса (при их наличии)***

Нет нарушений 4  
 Снижение дозировок лекарств 3  
 Нерегулярность приема лекарств 2  
 Прекращение приема лекарств 1  
 Прием не рекомендованных врачом лекарств 0

***Отношение больного к принимавшимся ранее препаратам***

Положительное 2  
 Нейтральное/ранее не принимал 1  
 Отрицательное 0

***Оценка больным эффективности, принимаемой на данный момент комбинации препаратов***

Высокая 2  
 Средняя 1  
 Низкая 0

***Приемлемость парэнтерального способа введения препарата***

Удовлетворен 1  
 Индифферентен/не используется 0  
 Не удовлетворен -1  
 Приемлемость перорального приема препарата  
 Удовлетворен 1  
 Индифферентен/не используется 0  
 Не удовлетворен -1

***Удовлетворенность режимом приема препарата***

Полностью удовлетворен 2  
 Нейтрален 1  
 Не удовлетворен 0

***Доступность препарата***

Доступен 1  
 Недоступность по финансовым или иным причинам 0

***Информация о времени ожидаемого начала действия препарата***

Получена больным 1  
 Не получена 0

**2. Факторы, связанные с пациентом**

***Осознание болезни***

Инсайт на психологические механизмы болезни 3  
 Наличие критики к симптомам 2  
 Частичная критика 1  
 Отсутствие критики 0

***Частота рецидивирования***

Низкая 2  
 Средняя 1  
 Высокая 0

**Суицидальные и прочие тенденции к саморазрушающему поведению**

Низкие 2

Средние 1

Высокие 0

**Коморбидность со злоупотреблением психоактивными веществами и/или расстройствами личности**

Отсутствует 1

Имеется 0

**Наличие когнитивных нарушений**

Отсутствуют 1

Имеются 0

**3. Факторы, связанные с близким окружением****Уровень социальной поддержки, включая материальное содействие в приобретении лекарственных средств)**

Высокий 2

Средний 1

Низкий 0

**Отношение близкого окружения к медикации**

Адекватное отношение 3

Отрицательное отношение друзей 2

Отрицательное отношение лечащего психотерапевта/парапрактика 1

Отрицательное/инадекватное отношение семьи 0

**4. Факторы, связанные с лечащим врачом****Терапевтический альянс**

Высокий 2

Средний 1

Низкий 0

**Адекватность врачебного наблюдения вне обострения**

Высокая 2

Средняя 1

Низкая 0

Общий балл медикаментозного комплаенса \_\_\_\_\_

**14. Опросник «уровень комплаентности»:**

Социальная комплаентность \_\_\_\_\_

Эмоциональная комплаентность \_\_\_\_\_

Поведенческая комплаентность \_\_\_\_\_

Общий уровень комплаентности \_\_\_\_\_

## Приложение 5

**Форма индивидуальной анкеты исследования врача наркологического отделения**

1. ФИО, дата рождения: \_\_\_\_\_

3. Дата проведения исследования: \_\_\_\_\_

4. Стаж: \_\_\_\_\_

5. Профессиональный статус: \_\_\_\_\_

6. Отделение \_\_\_\_\_

7. Вопросы для уточнения установок врача:

Вы испытываете сопереживание к пациентам с алкогольной аддикцией ?

Лечение, осуществляемое в мед. учреждениях достаточно помогает?

От кого зависит успех лечения алкогольной зависимости?

---

Алкоголизм можно вылечить?

---

8. Методика диагностики уровня эмоционального выгорания В. В. Бойко:

| Фазы  | Результат |
|---|-----------|
| <b>«НАПРЯЖЕНИЕ»</b>                                       |           |
| 1. Переживание психотравмирующих обстоятельств            |           |
| 2. Неудовлетворенность собой:                             |           |
| 3. «Загнанность в клетку»:                                |           |
| 4. Тревога и депрессия:                                   |           |
| <b>«РЕЗИСТЕНЦИЯ»</b>                                      |           |
| 1. Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование: |           |
| 2. Эмоционально-нравственная дезориентация:               |           |
| 3. Расширение сферы экономии эмоций:                      |           |
| 4. Редукция профессиональных обязанностей:                |           |
| <b>«ИСТОЩЕНИЕ»</b>  |           |
| 1. Эмоциональный дефицит:                                 |           |
| 2. Эмоциональная отстраненность:                          |           |
| 3. Личностная отстраненность (деперсонализация):          |           |
| 4. Психосоматические и психовегетативные нарушения:       |           |

9. Тест экзистенциальных мотиваций (ТЭМ):

| Шкала | Субшкала                     | Результат |
|-------|------------------------------|-----------|
| 1 ФМ  | Опора                        |           |
|       | Защищенность                 |           |
|       | Пространство                 |           |
| 2 ФМ  | Соотнесенность               |           |
|       | Время                        |           |
|       | Близость                     |           |
| 3 ФМ  | Заинтересованное внимание    |           |
|       | Справедливое отношение       |           |
|       | Признание ценности           |           |
| 4 ФМ  | Возможности для деятельности |           |
|       | Включенность во взаимосвязи  |           |
|       | Ценность в будущем           |           |

### Семинар практикум с элементами тренинга «Профессиональное «выгорание» врача: причины, коррекция и профилактика»

**Цель:** познакомить медицинских работников с понятием профессионального выгорания, симптомами его проявления, этапами формирования, причинами возникновения и способами коррекции и профилактики; сформировать у врачей мотивацию к профессиональному самосовершенствованию личности.

#### I. Приветствие присутствующих

Психолог предлагает участникам пожелать себе что-нибудь как специалисту на ближайшие 5 лет (пожелание записывается на бланке). Работу предлагается начать с того, чтобы разобраться, какое место в нашей жизни занимает профессиональная и личная составляющие.

##### 1. Упражнение «Баланс реальный и желательный»

Врачам предлагается поработать с изображениями кругов:

- в первом, ориентируясь на внутренние психологические ощущения, секторами отметить, в каком соотношении в настоящее время находятся работа (профессиональная жизнь), работа по дому и личная жизнь (путешествия, отдых, увлечения);
- во втором – их идеальное соотношение.

*Обсуждение:* Есть ли различия? В чем они заключаются? Почему так получилось? К каким последствиям эти разногласия могут привести?

##### 2. Упражнение: Мозговой штурм

Врачам предлагается написать максимально возможное число ассоциаций на «Эмоциональное выгорание- это?»

Пример: «Эмоциональное выгорание — это тотальная усталость»

*Обсуждение:* Есть ли различия? В чем они заключаются?

#### II. Теоретическая часть.

«В последние годы в России, так же, как и в развитых странах, все чаще говорят не только о профессиональном стрессе, но и о синдроме эмоционального выгорания работников».

«Что такое синдром эмоционального выгорания?»

**Эмоциональное выгорание** – это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетике) в ответ на избранные психотравмирующие воздействия.

Эмоциональное выгорание представляет собой приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального, поведения. «Выгорание» отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время, могут возникать его дисфункциональные следствия, когда «выгорание» отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с партнерами.

Эмоциональное выгорание является формой профессиональной деформации личности и приобретает в жизнедеятельности человека. Этим «выгорание» отличается от различных форм эмоциональной ригидности, которая, напомним читателю, определяется органическими причинами – свойствами нервной системы, степенью подвижности эмоций, психосоматическими нарушениями.

Эмоциональное выгорание – динамический процесс и возникает поэтапно, в полном соответствии с механизмом развития стресса. При эмоциональном выгорании налицо все три фазы стресса:

**1) нервное (тревожное) напряжение** – его создают хроническая психоэмоциональная атмосфера, дестабилизирующая обстановка, повышенная ответственность, трудность контингента;

**Симптом «переживания психотравмирующих обстоятельств»** проявляется усиливающимся осознанием психотравмирующих факторов профессиональной деятельности, которые трудно или вовсе неустранимы. Если человек не ригиден, то раздражение ими постепенно растёт, накапливается отчаяние и негодование. Неразрешимость ситуации приводит к развитию прочих явлений «выгорания».

**Симптом «неудовлетворенности собой»** в результате неудач или неспособности повлиять на психотравмирующие обстоятельства, человек обычно испытывает недовольство собой, избранной профессией, занимаемой должностью, конкретными обязанностями. Действует механизм «эмоционального переноса» – энергетика направляется не только и не столько вовне, сколько на себя. По крайней мере, возникает замкнутый энергетический контур «Я и обстоятельства», впечатления от внешних факторов деятельности постоянно травмируют личность и побуждают ее вновь и вновь переживать психотравмирующие элементы профессиональной деятельности. В этой схеме особое значение имеют известные нам внутренние факторы, способствующие появлению эмоционального выгорания – интенсивная интериоризация обязанностей, роли, обстоятельства деятельности, повышенная совестливость и чувство ответственности. На начальных этапах «выгорания» они нагнетают напряжение, а на последующих провоцируют психологическую защиту.

**Симптом «загнанности в клетку»** возникает не во всех случаях, хотя выступает логическим продолжением развивающегося стресса. Когда психотравмирующие обстоятельства очень давят и ус гранить их невозможно, к нам часто приходит чувство безысходности. Мы пытаемся что-то изменить, еще и еще раз обдумываем неудовлетворительные аспекты своей работы. Это приводит к усилению психической энергии за счет индукции идеального работает мышление, действуют планы, цели, установки, смыслы, подключаются образы должного и желаемого. Сосредоточение психической энергии достигает внушительных объемов. И если она не находит выхода, если не сработало какое-либо средство психологической защиты, включая эмоциональное выгорание, то человек переживает ощущение «загнанности в клетку». Это состояние интеллектуально-эмоционального тупика.

**Симптом «тревоги и депрессии»** обнаруживается в связи с профессиональной деятельностью в особо осложненных обстоятельствах, побуждающих к эмоциональному выгоранию как средству психологической защиты. Чувство неудовлетворенности работой и собой порождают мощные энергетические напряжения в форме переживания ситуативной или личностной тревоги, разочарования в себе, в избранной профессии, в конкретной должности или месте службы. Симптом «тревоги и депрессии», – пожалуй, крайняя точка в формировании тревожной напряженности при развитии эмоционального выгорания.

**2) резистенция**, то есть сопротивление, – человек пытается более или менее успешно оградить себя от неприятных впечатлений;

**Симптом «неадекватного избирательного эмоционального реагирования»** - несомненный признак «выгорания», когда профессионал перестает улавливать разницу между двумя принципиально отличающимися явлениями: экономичное проявление эмоций и неадекватное избирательное эмоциональное реагирование.

В первом случае речь идет о выработанном со временем полезном навыке (подчеркиваем это обстоятельство) подключать к взаимодействию с деловыми партнерами эмоции довольно ограниченного регистра и умеренной интенсивности: легкая улыбка,

приветливый взгляд, мягкий, спокойный тон речи, сдержанные реакции на сильные раздражители, лаконичные формы выражения несогласия, отсутствие категоричности, грубости.

Совсем иное дело, когда профессионал неадекватно «экономит» на эмоциях, ограничивает эмоциональную отдачу за счет выборочного реагирования в ходе рабочих контактов. Действует принцип «хочу или не хочу»: сочту нужным – уделю внимание данному партнеру, будет настроение – откликнусь на его состояния и потребности. При всей неприемлемости такого стиля эмоционального поведения, он весьма распространен. Дело в том, что человеку чаще всего кажется, будто он поступает допустимым образом. Однако субъект общения или сторонний наблюдатель фиксирует иное – эмоциональную черствость, неучтивость, равнодушие. Неадекватное ограничение диапазона и интенсивности включения эмоций в профессиональное общение интерпретируется партнерами как неуважение к их личности, то есть переходит в плоскость нравственных оценок.

**Симптом «эмоционально-нравственной дезориентации»** - он как-бы углубляет неадекватную реакцию в отношениях с деловым партнером. Нередко у профессионала возникает потребность в самооправдании. Не проявляя должного эмоционального отношения к субъекту, он защищает свою стратегию. При этом звучат суждения: «это не тот случай, чтобы переживать», «такие люди не заслуживают доброго отношения», «таким нельзя сочувствовать», «почему я должен за всех волноваться». Подобные мысли и оценки бесспорно свидетельствуют о том, что эмоции не пробуждают или недостаточно стимулируют нравственные чувства. Ведь профессиональная деятельность, построенная на человеческом общении, не знает исключений. Врач не имеет морального права делить больных на «хороших» и «плохих».

**Симптом «расширения сферы экономии эмоций»** - доказательство эмоционального выгорания, когда данная форма защиты осуществляется вне профессиональной области – в общении с родными, приятелями и знакомыми. Случай известный: на работе вы до того устаете от контактов, разговоров, ответов на вопросы, что вам не хочется общаться даже с близкими.

**Симптом «редукции профессиональных обязанностей»** - термин редукция означает упрощение. В профессиональной деятельности, предполагающей широкое общение с людьми, редукция проявляется в попытках облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат. По пресловутым «законам редукции» нас, субъектов сферы обслуживания, лечения, обучения и воспитания, обделяют элементарным вниманием. Врач не находит нужным дольше побеседовать с больным, побудить к подробному изложению жалоб. Анамнез получается скудным и недостаточно информативным.

**3) истощение** – оскудение психических ресурсов, снижение эмоционального тонуса, которое наступает вследствие того, что проявленное сопротивление оказалось неэффективным.

**Симптом «эмоционального дефицита».** К профессионалу приходит ощущение, что эмоционально он уже не может помогать субъектам своей деятельности. Не в состоянии войти в их положение, соучаствовать и сопереживать, отзываться на ситуации, которые должны трогать, побуждать усиливать интеллектуальную, волевую и нравственную отдачу. О том, что это ничто иное как эмоциональное выгорание, говорит его еще недавний опыт: некоторое время тому назад таких ощущений не было, и личность переживает их появление. Постепенно симптом усиливается и приобретает более осложненную форму все реже проявляются положительные эмоции и все чаще отрицательные. Резкость, грубость, раздражительность, обиды, капризы – дополняют симптом «эмоционального дефицита».

**Симптом «эмоциональной отстраненности».** Личность почти полностью исключает эмоции из сферы профессиональной деятельности. Ее почти ничто не волнует, почти ничто не вызывает эмоционального отклика – ни позитивные обстоятельства, ни отрицательные.

Причем это не исходный дефект эмоциональной сферы, не признак ригидности, а приобретенная за годы обслуживания людей эмоциональная защита. Человек постепенно научается работать как робот, как бездушный автомат. В других сферах он живет полнокровными эмоциями. Реагирование без чувств и эмоций наиболее яркий симптом «выгорания». Он свидетельствует о профессиональной деформации личности и наносит ущерб субъекту общения. Партнер обычно переживает проявленное к нему безразличие и может быть глубоко травмирован.

**Симптом «личностной отстраненности, или деперсонализации»** проявляется в широком диапазоне умонастроений и поступков профессионала в процессе общения. Прежде всего отмечается полная или частичная утрата интереса к человеку – субъекту профессионального действия. Он воспринимается как неодушевленный предмет, как объект для манипуляций – с ним приходится что-то делать. Объект тяготит своими проблемами, потребностями, неприятно его присутствие, сам факт его существования. Метастазы «выгорания» проникают в установки, принципы и систему ценностей личности. Возникает деперсонализированный защитный эмоционально-волевой антигуманистический настрой. Личность утверждает, что работа с людьми не интересна, не доставляет удовлетворения, не представляет социальной ценности.

**Симптом «психосоматических и психовегетативных нарушений»** симптом проявляется на уровне физического и психического самочувствия. Обычно он образуется по условно-рефлекторной связи негативного свойства. Многие из того, что касается субъектов профессиональной деятельности, провоцирует отклонения в соматических или психических состояниях. Порой даже мысль о таких субъектах или контакт с ними вызывает плохое настроение, дурные ассоциации, бессонницу, чувство страха, неприятные ощущения в области сердца, сосудистые реакции, обострения хронических заболеваний. Переход реакций с уровня эмоций на уровень психосоматики свидетельствует о том, что эмоциональная защита – «выгорание» – самостоятельно уже не справляется с нагрузками, и энергия эмоций перераспределяется между другими подсистемами индивида. Таким способом организм спасает себя от разрушительной мощи эмоциональной энергии.

#### ***Удовлетворение от работы***

Важным профессиональным фактором, имеющим тесную связь с выгоранием, выступает удовлетворенность трудом.

Врачам предлагается ответить на вопрос: «Что мешает Вам получить удовлетворение от профессиональной деятельности?». Перечисляемые барьеры записываются на доске, при этом психолог предлагает анализировать, к каким факторам относится та или иная причина неудовлетворения – к организационным или индивидуальным. Далее обращается внимание участников, что по результатам исследований, ведущая роль в возникновении и развитии выгорания принадлежит именно личностным факторам, которые представляют собой совокупность индивидуально-психологических особенностей человека.

**Индивидуальные факторы:** возраст, пол, уровень образования, семейное положение (не состоящие в браке), стаж работы, самооценка, коммуникабельность.

**Организационные факторы:** условия работы, рабочие перегрузки, дефицит времени, продолжительность рабочего дня, содержание труда, самостоятельность в своей работе, обратная связь.

**Вывод:** мы ищем причины нашей неудовлетворенности от работы во внешних обстоятельствах, не задумываемся о собственной роли в профессиональном выгорании.

### **III. Практическая часть**

#### ***Упражнение «Я работаю воспитателем»***

**Оборудование:** листы А4, цветные карандаши

Участникам занятия предлагается изобразить себя: в начале трудового пути (если специалист имеет небольшой опыт работы – его представления о себе в начале профессионального пути), в настоящее время, через 5 лет.

Присутствующим предлагается поделиться собственными ощущениями от своих рисунков. Важно, чтобы они сами смогли увидеть возможные различия в содержании, разработанности, цветовой гамме изображенного.

*Обсуждение:* В чем отличия полученных образов? Какой образ Вам нравится больше, почему? Нравится ли Вам образ настоящего времени, а образ будущего? Почему? Содержит ли образ будущего те желания, которые Вы определили для себя в начале нашей встречи?

## **2. Профилактика профессионального выгорания?**

«Каким же образом мы можем помочь себе избежать выгорания? Наиболее доступным в качестве профилактических мер является использование арт-терапевтических техник и профессиональные группы помощи (балинтовская группа). Это своего рода техника безопасности для специалистов, имеющих многочисленные и интенсивные контакты с людьми в ходе своей профессиональной деятельности».

Продолжительность занятия – 1,5 часа.

Приложение 7

## **Основные области отношений, в которых возникает проблемы для обсуждения в балинтовской группе:**

### *1. Отношения пациент-врач.*

Пример: пациент рассматривает врача как объекта всемогущего, способного справиться с любой трудностью. Все усилия и ответственность в выздоровлении пациент перекладывает на доктора. В следствии чего медицинский работник может стать фигурой психологических игр этих отношений.

Результат: способность к пониманию, что врач не может всецело оберегать пациента, но может научить заботиться о себе самостоятельно, вследствие правильно выстроенных границ и профессионального подхода к лечению.

### *2. Отношения врач-пациент.*

Примеры: врач, следуя морально-этическим принципам, специалист может примерить на себя роль «миссии», помогая по всем вопросам, однако это негативно сказывается на профессиональных компетенциях, а также может повлиять на здоровье самого доктора. Апостольская миссия» врача, нарциссические фантазии, которые приводили в случае затруднений к ощущению собственной некомпетентности. Чрезмерная идентификация с клиентом с временной «потерей» собственной идентичности. Зависть к материальному положению клиента, от которой терапевт защищался с помощью злости.

Результат:

Формирование аналитических форм видения данных отношений. Восприимчивость к эмоциональному состоянию пациента, понимание к их запросам и переживаниям. Интерес к психологическим проблемам. Сформированность навыка слышать и подмечать, что пациент неясно говорит или умалчивает, прислушаться к своим чувствам, чтобы достичь взаимопонимание с пациентом. Смена акцента с болезнь-центрированного подхода на пациент-ориентированный.

### *3. Отношения, складывающиеся в процессе обучения врача.*

Примеры: контакты с пациентами в это время накладывают трудности в формировании профессиональных качеств молодого специалиста. Отыгрываемое терапевтом недовольство.

Результат: Осознание, что пациент не должен страдать из-за личных проблем врача и что учеба может сказаться на рабочем процессе, но не этого происходить не должно, так как может навредить пациенту и как следствие профессиональной идентичности.

### *4. Отношения между средними, высшими медицинскими работниками и иными обслуживающими данное медицинское учреждение людьми.*

Пример: различные точки зрения в вопросах лечения могут способствовать профессиональным кризисам и стрессам. Вмешательство администрации в психотерапевтический процесс

Результат: поиск компромиссного решения; Осознание своих полномочий, обязанностей и способностей, позволяющих вести лечебный процесс.

5. *Область взаимоотношений медицинской службы с другими социальными институтами (правовыми, образовательными, средствами массовой информации, семьями и др.)*

Результат: умение выстраивать продуктивный контакт с социальными институтами.

## Приложение 8

### Схема проведения процесса балинтовской группы

**Первый "шаг"** - может быть условно назван "определение заказчика" из числа участников балинтовской группы. Каждое занятие начинается с вопроса ведущего: "Кто хотел бы представить на рассмотрение свой случай, проблему, создающие состояние дискомфорта?". Обычно после небольшой, а иногда и продолжительной паузы определяется один или несколько желающих. Каждого из претендентов на "заказ" ведущий просит описать в течение 1-2 минут свой случай в произвольной, но лаконичной форме. После непродолжительной дискуссии и выбора группа отдает предпочтение одному из "заказчиков". При голосовании может возникнуть ситуация, когда два "заказчика" получат равное количество голосов. Тогда право выбора предоставляется обоим путем переговоров или руководитель берет инициативу на себя.

**Второй "шаг"** - работы группы предполагает рассказ "заказчика" о своем трудном случае из практики своей профессиональной деятельности. Устанавливаются "мягкие" ограничения по времени. Руководитель и члены группы внимательно слушают и наблюдают за его поведением и поведением друг друга. Их наблюдения могут оказаться очень полезными для последующего анализа коммуникативных затруднений докладчика.

**Третий "шаг"** - формулирование "заказчиком" вопросов к группе по своему случаю, вынесенному на обсуждение. На этом этапе ведущий помогает "заказчику" сформулировать запросы (вопросы и пожелания) группе, в которых заложено желание получить новые знания и (или) групповую поддержку. Целесообразно записать вопросы на доске или планшете, т.к. все участники группы постоянно обращаются к ним, сохраняя точность их содержания.

**Четвертый "шаг"** - вопросы группы к участнику, представившему случай. Этот этап может проводиться по-разному в зависимости от состава участников, опыта и предпочтений ведущего. В классической балинтовской группе поведение на данном этапе жестко не регламентировано.

**Пятый "шаг"** - окончательное формулирование "заказчиком" вопросов, которые он хотел бы вынести на обсуждение. Иногда формулировки вопросов сохраняются в первоначальном виде. Чаще, однако, они претерпевают изменения. Некоторые из ранее поставленных вопросов могут вообще потерять свою актуальность для "заказчика",

благодаря осознанию им ряда моментов на предыдущем этапе. Список вопросов "заказчика" может быть и расширен, если какие-то из вопросов, заданных ранее группой, кажутся ему существенными для прояснения случая.

**Шестой "шаг"** - ответы группы на запросы "заказчика" и свободная дискуссия. Начало этапа может быть формализовано. Все участники по кругу отвечают на поставленные перед ними опросы. При этом "заказчик" может предпочесть услышать ответы на все вопросы поочередно от каждого члена группы или предложить, чтобы участники по кругу ответили сначала на первый вопрос, затем на второй и т.д. Если некоторые вопросы представляются ему тесно связанными, то возможно, чтобы каждый ответил по кругу на первую группу вопросов, а потом также по кругу на следующую из них. Ответы могут отражать чувства участников группы: "В этом случае я чувствую себя ...".

**На седьмом "шаге"** - "заказчик" дает информацию о своих ощущениях. Его высказывания могут касаться собственного эмоционального состояния и впечатлений о работе группы. Он может также представить обратную связь конкретным участникам, содержащую его мнение об эффективности их деятельности, поблагодарить за поддержку или высказаться о своем состоянии словами "как стало легко и многое понятно". Балинтовская сессия может заканчиваться высказываниями отдельных членов группы о своих ощущениях и впечатлениях. Решаются также организационные вопросы, принимаются предложения.

**Восьмой "шаг"** - в конце работы ведущий благодарит "заказчика" за предоставленный случай и смелость при его разборе, а участников группы - за поддержку сотрудника.

## Использованные методики

### Тест-опросник механизмов психологической защиты «ИНДЕКС ЖИЗНЕННОГО СТИЛЯ», «LIFE STYLE INDEX» (LSI) (Р.Плутчик, Г.Келлерман, Х.Р.Конте, адаптация Е.С.Романова, Л.Р.Гребенников)

**Инструкция к тесту:** «Вам будут предъявляться утверждения, касающиеся состояния вашего здоровья и вашего характера. Читайте каждое утверждение и решайте, верно ли оно по отношению к вам. Не тратьте времени на раздумье. Если вы решили, что утверждение верно, поставьте любой знак в столбце «Да» рядом с номером вопроса; если утверждение по отношению к вам неверно, поставьте любой знак в столбце «Нет» рядом с номером вопроса. При сомнениях помните, что всякое утверждение, которое вы не можете расценить по отношению к себе как верное, следует считать неверным».

#### Текст опросника

1. Я человек, с которым очень легко поладить.
2. Когда я чего-то хочу, у меня не хватает терпения подождать.
3. Всегда был такой человек, на которого я хотел бы походить.
4. Люди считают меня сдержанным, рассудительным человеком.
5. Мне противны непристойные кинофильмы.
6. Я редко помню свои сны.
7. Люди, которые всюду распоряжаются, приводят меня в бешенство.
8. Иногда у меня возникает желание пробить кулаком стену.
9. Меня сильно раздражает, когда люди рисуются.
10. В своих фантазиях я всегда главный герой.
11. У меня не очень хорошая память на лица.
12. Я чувствую некоторую неловкость, пользуясь общественной баней.
13. Я всегда внимательно выслушиваю все точки зрения в споре.
14. Я легко выхожу из себя, но быстро успокаиваюсь.
15. Когда в толпе кто-то толкает меня, я испытываю желание ответить тем же.
16. Многое во мне восхищает людей.
17. Отправляясь в поездку, я обязательно планирую каждую деталь.
18. Иногда, без всякой причины, на меня нападает упрямство.
19. Друзья почти никогда не подводят меня.
20. Мне случалось думать о самоубийстве.
21. Меня оскорбляют непристойные шутки.
22. Я всегда вижу светлые стороны вещей.
23. Я ненавижу недоброжелательных людей.
24. Если кто-нибудь говорит, что я не смогу что-то сделать, то я нарочно хочу сделать это, чтобы доказать ему неправоту.
25. Я испытываю затруднения, вспоминая имена людей.
26. Я склонен к излишней импульсивности.
27. Я терпеть не могу людей, которые добиваются своего, вызывая к себе жалость.
28. Я ни к кому не отношусь с предубеждением.

29. Иногда меня беспокоит, что люди подумают, будто я веду себя странно, глупо или смешно.
30. Я всегда нахожу логичные объяснения любым неприятностям.
31. Иногда мне хочется увидеть конец света.
32. Порнография отвратительна.
33. Иногда, будучи расстроен, я ем больше обычного.
34. У меня нет врагов.
35. Я не очень хорошо помню свое детство.
36. Я не боюсь состариться, потому что это происходит с каждым.
37. В своих фантазиях я совершаю великие дела.
38. Большинство людей раздражают меня, потому что они слишком эгоистичны.
39. Прикосновение к чему-либо склизкому вызывает во мне омерзение.
40. У меня часто бывают яркие, сюжетные сновидения.
41. Я убежден, что, если буду неосторожен, люди воспользуются этим.
42. Я не скоро замечаю дурное в людях.
43. Когда я читаю или слышу о трагедии, это не слишком трогает меня.
44. Когда есть повод рассердиться, я предпочитаю основательно все обдумать.
45. Я испытываю сильную потребность в комплиментах.
46. Сексуальная невоздержанность отвратительна.
47. Когда в толпе кто-то мешает моему движению, у меня иногда возникает желание толкнуть его плечом.
48. Как только что-нибудь не по-моему, я обижаюсь и мрачнею.
49. Когда я вижу окровавленного человека на экране, это почти не волнует меня.
50. В сложных жизненных ситуациях я не могу обойтись без поддержки и помощи людей.
51. Большинство окружающих считают меня очень интересным человеком.
52. Я ношу одежду, которая скрывает недостатки моей фигуры.
53. Для меня очень важно всегда придерживаться общепринятых правил поведения.
54. Я склонен часто противоречить людям.
55. Почти во всех семьях супруги друг другу изменяют.
56. По-видимому, я слишком отстраненно смотрю на вещи.
57. В разговорах с представителями противоположного пола я стараюсь избегать щекотливых тем.
58. Когда у меня что-то не получается, мне иногда хочется плакать.
59. Из моей памяти часто выпадают некоторые мелочи.
60. Когда кто-то толкает меня, я испытываю сильное негодование.
61. Я выбрасываю из головы то, что мне не нравится.
62. В любой неудаче я обязательно нахожу положительные стороны.
63. Я терпеть не могу людей, которые всегда стараются быть в центре внимания.
64. Я почти ничего не выбрасываю и бережно храню множество разных вещей.
65. В компании друзей мне больше всего нравятся разговоры о прошедших событиях, развлечениях и удовольствиях.
66. Меня не слишком раздражает детский плач.
67. Мне случалось так разозлиться, что я готов был перебить все вдребезги.
68. Я всегда оптимистичен.
69. Я чувствую себя неуютно, когда на меня не обращают внимания.
70. Какие бы страсти не разыгрывались на экране, я всегда отдаю себе отчет в том, что это только на экране.
71. Я часто испытываю чувство ревности.
72. Я бы никогда специально не пошел на откровенно эротический фильм.
73. Неприятно то, что людям, как правило, нельзя доверять.
74. Я готов почти на все, чтобы произвести хорошее впечатление.
75. Я никогда не бывал панически испуган.

76. Я не упущу случая посмотреть хороший триллер или боевик.  
 77. Я думаю, что ситуация в мире лучше, чем полагает большинство людей.  
 78. Даже небольшое разочарование может привести меня в уныние.  
 79. Мне не нравится, когда люди откровенно флиртуют.  
 80. Я никогда не позволяю себе терять самообладание.  
 81. Я всегда готовлюсь к неудаче, чтобы не быть застигнутым врасплох.  
 82. Кажется, некоторые из моих знакомых завидуют моему умению жить.  
 83. Мне случалось со зла так сильно ударить или пнуть по чему-нибудь, что я неумышленно причинял себе боль.  
 84. Я знаю, что за глаза кое-кто отзывается обо мне дурно.  
 85. Я едва ли могу вспомнить свои первые школьные годы.  
 86. Когда я расстроен, я иногда веду себя по-детски.  
 87. Мне намного проще говорить о своих мыслях, чем о своих чувствах.  
 88. Когда я бываю в отъезде и у меня случаются неприятности, я сразу начинаю сильно тосковать по дому.  
 89. Когда я слышу о жестокостях, это не слишком глубоко трогает меня.  
 90. Я легко переношу критику и замечания.  
 91. Я не скрываю своего раздражения по поводу привычек некоторых членов моей семьи.  
 92. Я знаю, что есть люди, настроенные против меня.  
 93. Я не могу переживать свои неудачи в одиночку.  
 94. К счастью, у меня меньше проблем, чем имеет большинство людей.  
 95. Если что-то волнует меня, я иногда испытываю усталость и желание выспаться.  
 96. Отвратительно то, что почти все люди, добившиеся успеха, достигли его с помощью лжи.  
 97. Нередко я испытываю желание почувствовать в своих руках пистолет или автомат.

### Бланк ответов

| ФИО |    |     | пол |    |     | дата |    |     |    |    |     |
|-----|----|-----|-----|----|-----|------|----|-----|----|----|-----|
| №   | да | нет | №   | да | нет | №    | да | нет | №  | да | нет |
| 1   |    |     | 26  |    |     | 51   |    |     | 76 |    |     |
| 2   |    |     | 27  |    |     | 52   |    |     | 77 |    |     |
| 3   |    |     | 28  |    |     | 53   |    |     | 78 |    |     |
| 4   |    |     | 29  |    |     | 54   |    |     | 79 |    |     |
| 5   |    |     | 30  |    |     | 55   |    |     | 80 |    |     |
| 6   |    |     | 31  |    |     | 56   |    |     | 81 |    |     |
| 7   |    |     | 32  |    |     | 57   |    |     | 82 |    |     |
| 8   |    |     | 33  |    |     | 58   |    |     | 83 |    |     |
| 9   |    |     | 34  |    |     | 59   |    |     | 84 |    |     |
| 10  |    |     | 35  |    |     | 60   |    |     | 85 |    |     |
| 11  |    |     | 36  |    |     | 61   |    |     | 86 |    |     |
| 12  |    |     | 37  |    |     | 62   |    |     | 87 |    |     |
| 13  |    |     | 38  |    |     | 63   |    |     | 88 |    |     |
| 14  |    |     | 39  |    |     | 64   |    |     | 89 |    |     |

|    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
|----|--|--|----|--|--|----|--|--|----|--|--|
| 15 |  |  | 40 |  |  | 65 |  |  | 90 |  |  |
| 16 |  |  | 41 |  |  | 66 |  |  | 91 |  |  |
| 17 |  |  | 42 |  |  | 67 |  |  | 92 |  |  |
| 18 |  |  | 43 |  |  | 68 |  |  | 93 |  |  |
| 19 |  |  | 44 |  |  | 69 |  |  | 94 |  |  |
| 20 |  |  | 45 |  |  | 70 |  |  | 95 |  |  |
| 21 |  |  | 46 |  |  | 71 |  |  | 96 |  |  |
| 22 |  |  | 47 |  |  | 72 |  |  | 97 |  |  |
| 23 |  |  | 48 |  |  | 73 |  |  |    |  |  |
| 24 |  |  | 49 |  |  | 74 |  |  |    |  |  |
| 25 |  |  | 50 |  |  | 75 |  |  |    |  |  |

### Обработка результатов

Подсчитывается количество положительных ответов по каждой из 8 шкал, в соответствии с ключом. Затем сырые баллы переводятся в проценты. На основе процентных показателей составляется профиль эго-защит.

#### Ключ

| № >      | Название шкал          | Номера утверждений                                    | n  |
|----------|------------------------|---|----|
| <b>A</b> | Отрицание              | 1, 16, 22, 28, 34, 42, 51, 61, 68, 77, 82, 90, 94     | 12 |
| <b>B</b> | Подавление             | 6, 11, 19, 25, 35, 43, 49, 59, 66, 75, 85, 89         | 12 |
| <b>C</b> | Регрессия              | 2, 14, 18, 26, 33, 48, 50, 58, 69, 78, 86, 88, 93, 95 | 14 |
| <b>D</b> | Компенсация            | 3, 10, 24, 29, 37, 45, 52, 64, 65, 74                 | 10 |
| <b>E</b> | Проекция               | 7, 9, 23, 27, 38, 41, 55, 63, 71, 73, 84, 92, 96      | 13 |
| <b>F</b> | Замещение              | 8, 15, 20, 31, 40, 47, 54, 60, 67, 76, 83, 91, 97     | 13 |
| <b>G</b> | Интеллектуализация     | 4, 13, 17, 30, 36, 44, 56, 62, 70, 80, 81, 87         | 12 |
| <b>H</b> | Реактивное образование | 5, 12, 21, 32, 39, 46, 53, 57, 72, 79,                | 10 |

**Шкалы перевода сырых баллов в процентиля**  
**Шкала перевода сырых баллов в процентиля (при апробации)**

| <b>Сырые очки</b> | <b>отрицание</b> | <b>вытеснение</b> | <b>регрессия</b> | <b>компенсация</b> | <b>проекция</b> | <b>замещение</b> | <b>&gt;интеллектуализация</b> | <b>Реактивное образование</b> |
|-------------------|------------------|-------------------|------------------|--------------------|-----------------|------------------|-------------------------------|-------------------------------|
|                   | <b>A</b>         | <b>B</b>          | <b>C</b>         | <b>D</b>           | <b>E</b>        | <b>F</b>         | <b>G</b>                      | <b>H</b>                      |
| <b>0</b>          | 0                | 2                 | 1                | 2                  | 2               | 4                |                               | 13                            |
| <b>1</b>          | 2                | 15                | 6                | 5                  | 2               | 15               | 0                             | 38                            |
| <b>2</b>          | 8                | 34                | 15               | 16                 | 4               | 27               | 3                             | 56                            |
| <b>3</b>          | 19               | 54                | 30               | 29                 | 9               | 40               | 16                            | 71                            |
| <b>4</b>          | 33               | 71                | 47               | 45                 | 16              | 53               | 32                            | 81                            |
| <b>5</b>          | 52               | 83                | 61               | 62                 | 26              | 69               | 51                            | 88                            |
| <b>6</b>          | 70               | 91                | 73               | 79                 | 39              | 83               | 74                            | 93                            |
| <b>7</b>          | 83               | 96                | 82               | 90                 | 53              | 90               | 87                            | 95                            |
| <b>8</b>          | 91               | 99                | 89               | 97                 | 68              | 94               | 95                            | 98                            |
| <b>9</b>          | 97               |                   | 93               | 99                 | 70              | 96               | 99                            | 99                            |
| <b>10</b>         | 99               |                   | 97               |                    | 88              | 99               |                               |                               |
| <b>11</b>         |                  |                   | 99               |                    | 94              |                  |                               |                               |
| <b>12</b>         |                  |                   |                  |                    | 98              |                  |                               |                               |

### Тест экзистенциальной мотивации (ТЭМ)

**Инструкция:** уважаемый участник опроса, пожалуйста, оцените с помощью шкалы, насколько каждое утверждение соответствует Вашей жизни:

|                             |                         |                      |                         |
|-----------------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| Совершенно не соответствует | Скорее не соответствует | Скорее соответствует | Полностью соответствует |
| 1                           | 2                       | 3                    | 4                       |

| №  | УТВЕРЖДЕНИЕ  | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----|--|---|---|---|---|
| 1  | В жизни у меня есть надежная опора   |   |   |   |   |
| 2  | Я легко вступаю в контакт с людьми   |   |   |   |   |
| 3  | Меня не занимает мой внутренний мир  |   |   |   |   |
| 4  | У меня достаточно возможностей выбрать то, чем заниматься                          |   |   |   |   |
| 5  | Я нередко испытываю тревогу и страх  |   |   |   |   |
| 6  | Мне постоянно не хватает времени на то, что я считаю для себя действительно важным |   |   |   |   |
| 7  | Я считаю, что жизнь справедлива ко мне   |   |   |   |   |
| 8  | Я чувствую себя частью чего-то важного   |   |   |   |   |
| 9  | Я чувствую, что мне не хватает пространства для жизни                              |   |   |   |   |
| 10 | Нет никого, с кем я был бы близок по-настоящему                                    |   |   |   |   |
| 11 | Мне не за что себя уважать   |   |   |   |   |
| 12 | Я не имею определенных целей и намерений в жизни                                   |   |   |   |   |
| 13 | Я не чувствую поддержки от близких людей   |   |   |   |   |
| 14 | Мне трудно сблизиться с людьми   |   |   |   |   |
| 15 | Я нахожу окружающий мир скучным  |   |   |   |   |
| 16 | Я чувствую, что у меня мало возможностей для самореализации                        |   |   |   |   |
| 17 | Я чувствую себя хорошо защищенным от превратностей жизни                           |   |   |   |   |
| 18 | У меня есть чувство, что я трачу зря время своей жизни                             |   |   |   |   |
| 19 | Другие люди не ценят меня  |   |   |   |   |
| 20 | Я чувствую себя востребованным миром   |   |   |   |   |
| 21 | Мне достаточно пространства для жизни и развития                                   |   |   |   |   |
| 22 | Эмоциональная близость другого человека вызывает у меня дискомфорт                 |   |   |   |   |
| 23 | Я понимаю, что мне не хватает чувства собственного достоинства                     |   |   |   |   |

|    |   |  |  |  |  |
|----|---|--|--|--|--|
| 24 | У меня нет жизненных ориентиров   |  |  |  |  |
| 25 | Мне не на что опереться в жизни   |  |  |  |  |
| 26 | Я предпочитаю сохранять дистанцию по отношению к другим людям           |  |  |  |  |
| 27 | Меня не сильно интересует внутренний мир других людей                   |  |  |  |  |
| 28 | Мир для меня – широкое поле возможностей                                |  |  |  |  |
| 29 | Я чувствую, что обстоятельства моей жизни давят на меня                 |  |  |  |  |
| 30 | Большую часть времени я занимаюсь тем, что считаю действительно важным  |  |  |  |  |
| 31 | Я чувствую, что другие люди несправедливо ко мне относятся              |  |  |  |  |
| 32 | Я нашел свое место в жизни  |  |  |  |  |
| 33 | Обычно я чувствую себя небезопасно                                      |  |  |  |  |
| 34 | Поддержание близких отношений вызывает у меня трудности и разочарования |  |  |  |  |
| 35 | Я ценю себя за то, какой я есть   |  |  |  |  |
| 36 | Я не знаю, чего хочу от жизни   |  |  |  |  |

**Ключи:**

| Шкала | Субшкала                     | Номера вопросов | Нормы, М (SD)   | Диапазоны баллов |         |         |
|-------|------------------------------|-----------------|-----------------|------------------|---------|---------|
|       |                              |                 |                 | Низкие           | Средние | Высокие |
| 1 ФМ  | Опора                        | 1, 13*, 25*     | 24.54<br>(5.06) | 9–19             | 20–29   | 30–36   |
|       | Защищенность                 | 5*, 17, 33*     |                 |                  |         |         |
|       | Пространство                 | 9*, 21, 29*     |                 |                  |         |         |
| 2 ФМ  | Соотнесенность               | 2, 14*, 26*     | 24.53<br>(5.11) | 9–19             | 20–29   | 30–36   |
|       | Время                        | 6*, 18*, 30     |                 |                  |         |         |
|       | Близость                     | 10*, 22*, 34*   |                 |                  |         |         |
| 3 ФМ  | Заинтересованное внимание    | 3*, 15*, 27*    | 28.03<br>(4.45) | 9–23             | 24–32   | 33–36   |
|       | Справедливое отношение       | 7, 19*, 31*     |                 |                  |         |         |
|       | Признание ценности           | 11*, 23*, 35    |                 |                  |         |         |
| 4 ФМ  | Возможности для деятельности | 4, 16*, 28      | 25.58<br>(5.67) | 9–19             | 20–31   | 32–36   |
|       | Включенность во взаимосвязи  | 8, 20, 32       |                 |                  |         |         |
|       | Ценность в будущем           | 12*, 24*,       |                 |                  |         |         |

|                           |                |                   |       |        |         |  |
|---------------------------|----------------|-------------------|-------|--------|---------|--|
|                           |                | 36*               |       |        |         |  |
| Общий<br>показатель<br>ЭИ | Все 36 пунктов | 102.76<br>(17.21) | 36–85 | 86–119 | 120–144 |  |

Обратные пункты отмечены звездочкой. Варианты ответов на прямые вопросы оцениваются по шкале 1 2 3 4, на обратные — по шкале 4 3 2 1. После этого для подсчета баллов необходимо просуммировать баллы по 9 пунктам, входящим в каждую шкалу. Общий показатель ЭИ — сумма баллов по всем четырем шкалам ФМ.

### Шкала комплаентности Мориски-Грин

**Проведение:** Шкала Мориски-Грин состоит из четырёх пунктов, касающихся отношения пациента к приёму препаратов. Шкала предназначена для заполнения самим пациентом. Как альтернатива - врач может зачитывать вопросы и помечать ответы на них.

В оригинальной шкале каждый пункт оценивается по принципу "Да-Нет", при этом ответ "Да" оценивается в 0 баллов, а ответ "Нет" - в 1 балл.

#### Текст опросника:

1. Вы когда-нибудь забывали принять препараты?
2. Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема ЛС?
3. Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?
4. Если Вы чувствуете себя плохо после приема ЛС, не пропускаете ли Вы следующий прием?

#### Интерпретация:

Комплаентными (приверженными) считаются больные, набравшие 4 балла.

Больные, набравшие 2 балла и менее считаются неприверженными.

Больные, набравшие 3 балла, считаются недостаточно приверженными и находящимися в группе риска по развитию неприверженности.

### ПРОСНИК ДЛЯ ОЦЕНКИ ОТНОШЕНИЯ К ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТАМ (Drug Attitude Inventory -DAI-30)

Целью данного анкетирования является понимание того, что люди думают о лечении и каков их опыт лечения. Ваши ответы будут использоваться только для исследовательских целей, с соблюдением конфиденциальности и не повлияют на проводимое Вам лечение.

#### Инструкция:

Прочитайте каждое утверждение и решите, верно оно по отношению к вам или неверно. Если Вы ошиблись и хотите исправить ответ, перечеркните неверный ответ и обведите верный. Если Вы не смогли точно определить ВЕРНО или НЕВЕРНО высказывание, отметьте наиболее вероятный для Вас ответ. Следует помнить, что в данном тесте нет правильных или неправильных ответов, сообщайте, пожалуйста, Ваше СОБСТВЕННОЕ МНЕНИЕ, а не то, мнение, которое, как Вы полагаете, кто-то хочет услышать. Не

раздумывайте слишком долго. Необходимо ответить на каждый вопрос. При ответах учитываются препараты, необходимые для поддержания психического здоровья.

### **Бланк ответов**

1. Я не должен принимать лечение, как только почувствовал себя лучше.  
ВЕРНО/НЕВЕРНО
2. Для меня польза от лечения больше вреда от него. ВЕРНО/НЕВЕРНО
3. Я чувствую себя странно, как будто «одурманенным» медикаментами.  
ВЕРНО/НЕВЕРНО
4. Даже если я не в больнице, я нуждаюсь в регулярном лечении. ВЕРНО/НЕВЕРНО
5. Если я и соглашаюсь на лечение, то только под давлением других людей.  
ВЕРНО/НЕВЕРНО
6. Я лучше осознаю себя и все вокруг меня в период, когда принимаю лекарства.  
ВЕРНО/НЕВЕРНО
7. Лечение не причинит мне вреда. ВЕРНО/НЕВЕРНО
8. Прием медикаментов - это мой собственный свободный выбор. ВЕРНО/НЕВЕРНО
9. Медикаменты заставляют меня чувствовать себя более расслабленным.  
ВЕРНО/НЕВЕРНО
10. Я одинаков независимо от того, принимаю я лечение или нет. ВЕРНО/НЕВЕРНО
11. У любого лечения есть неприятные побочные эффекты. ВЕРНО/НЕВЕРНО
12. Когда я принимаю препараты, я чувствую себя разбитым и вялым. ВЕРНО/НЕВЕРНО
13. Я принимаю лечение только тогда, когда чувствую себя больным. ВЕРНО/НЕВЕРНО
14. Медикаменты - это яды замедленного действия. ВЕРНО/НЕВЕРНО
15. Я лучше взаимодействую с людьми в период, когда принимаю лечение.  
ВЕРНО/НЕВЕРНО
16. Во время лечения я не могу ни на чем сосредоточиться. ВЕРНО/НЕВЕРНО
17. Я знаю лучше доктора, когда мне прекратить лечение. ВЕРНО/НЕВЕРНО
18. Я чувствую себя более здоровым во время лечения. ВЕРНО/НЕВЕРНО
19. Я должен заболеть, чтобы начать лечиться. ВЕРНО/НЕВЕРНО
20. Это неестественно для моего разума и тела, если они контролируются препаратами.  
ВЕРНО/НЕВЕРНО
21. Мои мысли яснее, когда я принимаю препараты. ВЕРНО/НЕВЕРНО
22. Я должен продолжать лечение, даже если чувствую уже себя хорошо.  
ВЕРНО/НЕВЕРНО
23. Прием медикаментов воспрепятствует возможному срыву. ВЕРНО/НЕВЕРНО
24. Дело доктора решать, когда мне можно прекратить лечение. ВЕРНО/НЕВЕРНО

25. В период, когда я принимаю препараты, для меня трудны вещи, которые обычно я делаю легко. ВЕРНО/НЕВЕРНО
26. Я более счастлив и чувствую себя лучше, принимая назначенное лечение. ВЕРНО/НЕВЕРНО
27. Мне проводят лечение, чтобы контролировать мое поведение так, как это нравится другим людям. ВЕРНО/НЕВЕРНО
28. Я не могу расслабиться во время лечения. ВЕРНО/НЕВЕРНО
29. Я лучше контролирую себя, когда я принимаю медикаменты. ВЕРНО/НЕВЕРНО
30. Продолжая прием препаратов, я могу предотвратить заболевание. ВЕРНО/НЕВЕРНО

**Ключ:**

1Н 2В 3Н 4В 5Н 6В 7В 8В 9В ЮН П Н 12 Н 13 н 14 Н 15В 16Н 17Н 18В 19 Н 20 Н 21В 22 В 23 В 24 В 25 Н 26 В 27 Н 28 Н 29 В 30В

Если у Вас имеются дополнительные комментарии по поводу проводимого лечения, напишите их ниже. Подсчет баллов: Шкала содержит 15 пунктов, для которых засчитывается ответ ВЕРНО и 15, для которых засчитывается ответ НЕВЕРНО. Каждое совпадение с указанным ниже ключом засчитывается как один «положительный балл», а каждое несовпадение как «отрицательный балл». В дальнейшем цифры суммируются и общий положительный счет говорит о наличии комплайенса, тогда как общий отрицательный — о наличии нон-комплаенса у пациента.

**Шкала медикаментозного комплайенса****Процедура проведения:**

Пункты шкалы оцениваются и заполняются исключительно врачом-психиатром в процессе клинической беседы с пациентом. Как и во всех подобных методиках, не следует строго следовать пунктам опросника и задавать прямые вопросы - следует вести беседу в нужном русле, в том числе получая необходимую информацию, и отмечать её на бланке или отдельном листочке. По окончании беседы можно подсчитать общий балл по шкале и оценить вклад различных факторов в формирование приверженности/неприверженности.

**1. Отношение к медикации*****Поведение при проведении медикаментозного лечения***

Самостоятельный прием лекарств 2

Прием препаратов под контролем мед.персонала, родственников 1

Уклонение от приема лекарств (избегает приема, отказывается) 0

***Заинтересованность в приеме лекарств***

Активное отношение к приему препарата, понимание необходимости приема, интерес к параметрам терапии 3

Согласие на прием препарата при наличии сомнений в его эффективности 2

Пассивное согласие на прием при отсутствии надежды на эффект 1

Нежелание принимать лекарства 0

***Наличие опасений, связанных с психотропным действием вообще или с возможностью появления побочных эффектов***

Отсутствие необоснованных опасений относительно медикации 5

Считает, что психотропные препараты в дальнейшем могут вызвать неприятные побочные действия 4

Считает, что препараты, как и любые «химические», т.е. не природные вещества могут оказаться вредными для организма 3

Считает, что психотропные препараты в дальнейшем могут произвести психологический эффект «зомбирования», «разрушения» личности 2

Негативно относится к принимаемому препарату, т.к. испытал на себе его субъективно тягостные побочные действия или отсутствие эффекта 1

Негативно относится к лекарствам, т.к. испытал на себе субъективно тягостные побочные действия или отсутствие эффекта нескольких (3 и более) препаратов 0

***Психологически обусловленное саботирование медикации***

Психологически обусловленное саботирование отсутствует 5

Недостаточность субъективного страдания от болезни 4

Особенности восприятия врача (проявление недоверия, недовольство контактом и т.д.) 3

Страх стигматизации (прием лекарств воспринимается как подтверждение наличия психического заболевания для себя/окружающих) 2

Особенности внутренней картины болезни 1

Наличие вторичной выгоды от болезни (обеспечение заботы родных, освобождение от ответственности и нагрузок, материальные выгоды) 0

***Анамнестические сведения о нарушениях комплайенса (при их наличии)***

Нет нарушений 4

Снижение дозировок лекарств 3

Нерегулярность приема лекарств 2

Прекращение приема лекарств 1

Прием не рекомендованных врачом лекарств 0

***Отношение больного к принимавшимся ранее препаратам***

Положительное 2

Нейтральное/ранее не принимал 1

Отрицательное 0

***Оценка больным эффективности, принимаемой на данный момент комбинации препаратов***

Высокая 2

Средняя 1

Низкая 0

***Приемлемость парэнтерального способа введения препарата***

Удовлетворен 1

Индифферентен/не используется 0

Не удовлетворен -1

***Приемлемость перорального приема препарата***

Удовлетворен 1

Индифферентен/не используется 0

Не удовлетворен -1

***Удовлетворенность режимом приема препарата***

Полностью удовлетворен 2

Нейтрален 1

Не удовлетворен 0

***Доступность препарата***

Доступен 1

Недоступность по финансовым или иным причинам 0

***Информация о времени ожидаемого начала действия препарата***

Получена больным 1

Не получена 0

**2. Факторы, связанные с пациентом**

***Осознание болезни***

Инсайт на психологические механизмы болезни 3

Наличие критики к симптомам 2

Частичная критика 1

Отсутствие критики 0

***Частота рецидивирования***

Низкая 2

Средняя 1

Высокая 0

***Суицидальные и прочие тенденции к саморазрушающему поведению***

Низкие 2

Средние 1

Высокие 0

***Коморбидность со злоупотреблением психоактивными веществами и/или расстройствами личности***

Отсутствует 1

Имеется 0

***Наличие когнитивных нарушений***

Отсутствуют 1

Имеются 0

**3. Факторы, связанные с близким окружением**

***Уровень социальной поддержки, включая материальное содействие в приобретении лекарственных средств)***

Высокий 2

Средний 1

Низкий 0

***Отношение близкого окружения к медикации***

Адекватное отношение 3

Отрицательное отношение друзей 2

Отрицательное отношение лечащего психотерапевта/парапрактика 1

Отрицательное/инадекватное отношение семьи 0

**4. Факторы, связанные с лечащим врачом**

***Терапевтический альянс***

Высокий 2

Средний 1

Низкий 0

***Адекватность врачебного наблюдения вне обострения***

Высокая 2

Средняя 1

Низкая 0

**Методика диагностики уровня эмоционального выгорания В. В. Бойко**

**Инструкция:** Прочтите суждения и отвечайте «да» или «нет». Примите во внимание, что, если в формулировках опросника идет речь о партнерах, то имеются в виду субъекты вашей профессиональной деятельности – пациенты, клиенты, потребители, заказчики, учащиеся и другие люди, с которыми вы ежедневно работаете.

1. Организационные недостатки на работе постоянно заставляют нервничать, переживать, напрягаться.
2. Сегодня я доволен своей профессией не меньше, чем в начале карьеры.
3. Я ошибся в выборе профессии или профиля деятельности (занимаю не свое место).

4. Меня беспокоит то, что я стал хуже работать (менее продуктивно, качественно, медленнее).
5. Теплота взаимодействия с партнерами очень зависит от моего настроения – хорошего или плохого.
6. От меня как профессионала мало зависит благополучие партнеров.
7. Когда я прихожу с работы домой, то некоторое время (часа 2–3) мне хочется побыть наедине, чтобы со мной никто не общался.
8. Когда я чувствую усталость или напряжение, то стараюсь поскорее решить проблемы партнера (свернуть взаимодействие).
9. Мне кажется, что эмоционально я не могу дать партнерам того, что требует профессиональный долг.
10. Моя работа притупляет эмоции.
11. Я откровенно устал от человеческих проблем, с которыми приходится иметь дело на работе.
12. Бывает, я плохо засыпаю (сплю) из-за переживаний, связанных с работой.
13. Взаимодействие с партнерами требует от меня большого напряжения.
14. Работа с людьми приносит все меньше удовлетворения.
15. Я бы сменил место работы, если бы представилась возможность.
16. Меня часто расстраивает то, что я не могу должным образом оказать партнеру профессиональную поддержку, услугу, помощь.
17. Мне всегда удается предотвратить влияние плохого настроения на деловые контакты.
18. Меня очень огорчает, если что-то не ладится в отношениях с деловым партнером.
19. Я настолько устаю на работе, что дома стараюсь общаться как можно меньше.
20. Из-за нехватки времени, усталости или напряжения часто уделяю внимание партнеру меньше, чем положено.
21. Иногда самые обычные ситуации общения на работе вызывают раздражение.
22. Я спокойно воспринимаю обоснованные претензии партнеров.
23. Общение с партнерами побудило меня сторониться людей.
24. При воспоминании о некоторых коллегах по работе или партнерах у меня портится настроение.
25. Конфликты или разногласия с коллегами отнимают много сил и эмоций.
26. Мне все труднее устанавливать или поддерживать контакты с деловыми партнерами.
27. Обстановка на работе мне кажется очень трудной, сложной.
28. У меня часто возникают тревожные ожидания, связанные с работой: что-то должно случиться, как бы не допустить ошибки, смогу ли сделать все, как надо, не сократят ли и т.п.
29. Если партнер мне неприятен, я стараюсь ограничить время общения с ним или меньше уделять ему внимания.
30. В общении на работе я придерживаюсь принципа: «не делай людям добра, не получишь зла».
31. Я охотно рассказываю домашним о своей работе.
32. Бывают дни, когда мое эмоциональное состояние плохо сказывается на результатах работы (меньше делаю, снижается качество, случаются конфликты).
33. Порой я чувствую, что надо проявить к партнеру эмоциональную отзывчивость, но не могу.
34. Я очень переживаю за свою работу.
35. Партнерам по работе отдаешь внимания и заботы больше, чем получаешь от них признательности.
36. При мысли о работе мне обычно становится не по себе: начинает колотить в области сердца, повышается давление, появляется головная боль.
37. У меня хорошие (вполне удовлетворительные) отношения с непосредственным руководителем.

38. Я часто радуюсь, видя, что моя работа приносит пользу людям.
39. Последнее время (или как всегда) меня преследуют неудачи в работе.
40. Некоторые стороны (факты) моей работы вызывают глубокое разочарование, повергают в уныние.
41. Бывают дни, когда контакты с партнерами складываются хуже, чем обычно.
42. Я разделяю деловых партнеров (субъектов деятельности) хуже, чем обычно.
43. Усталость от работы приводит к тому, что я стараюсь сократить общение с друзьями и знакомыми.
44. Я обычно проявляю интерес к личности партнера помимо того, что касается дела.
45. Обычно я прихожу на работу отдохнувшим, со свежими силами, в хорошем настроении.
46. Я иногда ловлю себя на том, что работаю с партнерами автоматически, без души.
47. По работе встречаются настолько неприятные люди, что невольно желаешь им чего-нибудь плохого.
48. После общения с неприятными партнерами у меня бывает ухудшение физического или психического самочувствия.
49. На работе я испытываю постоянные физические или психологические перегрузки.
50. Успехи в работе вдохновляют меня.
51. Ситуация на работе, в которой я оказался, кажется безысходной (почти безысходной).
52. Я потерял покой из-за работы.
53. На протяжении последнего года была жалоба (были жалобы) в мой адрес со стороны партнера(ов).
54. Мне удастся беречь нервы благодаря тому, что многое из происходящего с партнерами я не принимаю близко к сердцу.
55. Я часто с работы приношу домой отрицательные эмоции.
56. Я часто работаю через силу.
57. Прежде я был более отзывчивым и внимательным к партнерам, чем теперь.
58. В работе с людьми руководствуюсь принципом: не трать нервы, береги здоровье.
59. Иногда иду на работу с тяжелым чувством: как все надоело, никого бы не видеть и не слышать.
60. После напряженного рабочего дня я чувствую недомогание.
61. Контингент партнеров, с которым я работаю, очень трудный.
62. Иногда Минске кажется, что результаты моей работы не стоят тех усилий, которые я затрачиваю.
63. Если бы мне повезло с работой, я был бы более счастлив.
64. Я в отчаянии из-за того, что на работе у меня серьезные проблемы.
65. Иногда я поступаю со своими партнерами так, как не хотел бы, чтобы поступали со мной.
66. Я осуждаю партнеров, которые рассчитывают на особое снисхождение, внимание.
67. Чаще всего после рабочего дня у меня нет сил заниматься домашними делами.
68. Обычно я тороплю время: скорей бы рабочий день кончился.
69. Состояния, просьбы, потребности партнеров обычно меня искренне волнуют.
70. Работая с людьми, я обычно как бы ставлю экран, защищающий от чужих страданий и отрицательных эмоций.
71. Работа с людьми (партнерами) очень разочаровала меня.
72. Чтобы восстановить силы, я часто принимаю лекарства.
73. Как правило, мой рабочий день проходит спокойно и легко.
74. Мои требования к выполняемой работе выше, чем то, чего я достигаю в силу обстоятельств.
75. Моя карьера сложилась удачно.
76. Я очень нервничаю из-за всего, что связано с работой.
77. Некоторых из своих постоянных партнеров я не хотел бы видеть и слышать.

78. Я одобряю коллег, которые полностью посвящают себя людям (партнерам), забывая о собственных интересах.
79. Моя усталость на работе обычно мало сказывается (никак не сказывается) в общении с домашними и друзьями.
80. Если предоставляется случай, я уделяю партнеру меньше внимания, но так, чтобы он этого не заметил.
81. Меня часто подводят нервы в общении с людьми на работе.
82. Ко всему (почти ко всему), что происходит на работе я утратил интерес, живое чувство.
83. Работа с людьми плохо повлияла на меня как профессионала – обозлила, сделала нервным, притупила эмоции.
84. Работа с людьми явно подрывает мое здоровье.

### **Обработка данных**

Каждый вариант ответа предварительно оценен компетентными судьями тем или иным числом баллов – указывается в «ключе» рядом с номером суждения в скобках. Это сделано потому, что признаки, включенные в симптом, имеют разное значение в определении его тяжести. Максимальную оценку – 10 баллов получил от судей признак, наиболее показательный для симптома.

В соответствии с «ключом» осуществляются следующие подсчеты: 1) определяется сумма баллов отдельно для каждого из 12 симптомов «выгорания», 2) подсчитывается сумма показателей симптомов для каждой из 3-х фаз формирования «выгорания», 3) находится итоговый показатель синдрома «эмоционального выгорания» – сумма показателей всех 12-ти симптомов.

#### **«НАПРЯЖЕНИЕ»**

1. *Переживание психотравмирующих обстоятельств:* +1(2), +13(3), +25(2), -37(3), +49(10), +61(5), -73(5)
2. *Неудовлетворенность собой:*  
-2(3), +14(2), +26(2), -38(10), -50(5), +62(5), +74(3)
3. *«Загнанность в клетку»:*  
+3(10), +15(5), +27(2), +39(2), +51(5), +63(1), -75(5)
4. *Тревога и депрессия:*  
+4(2), +16(3), +28(5), +40(5), +52(10), +64(2), +76(3)

#### **«РЕЗИСТЕНЦИЯ»**

1. *Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование:*  
+5(5), -17(3), +29(10), +41(2), +53(2), +65(3), +77(5)
2. *Эмоционально-нравственная дезориентация:* +6(10), -18(3), +30(3), +42(5), +54(2), +66(2), -78(5)
3. *Расширение сферы экономики эмоций:*  
+7(2), +19(10), -31(2), +43(5), +55(3), +67(3), -79(5)
4. *Редукция профессиональных обязанностей:* +8(5), +20(5), +32(2), -44(2), +56(3), +68(3), +80(10)

#### **«ИСТОЩЕНИЕ»**

1. *Эмоциональный дефицит:*  
+9(3), +21(2), +33(5), -45(5), +57(3), -69(10), +81(2)
2. *Эмоциональная отстраненность:*  
+10(2), +22(3), -34(2), +46(3), +58(5), +70(5), +82(10)
3. *Личностная отстраненность (деперсонализация):* +11(5), +23(3), +35(3), +47(5), +59(5), +72(2), +83(10)
4. *Психосоматические и психовегетативные нарушения:* +12(3), +24(2), +36(5), +48(3), +60(2), +72(10), +84(5)

### **Интерпретация результатов.**

Предложенная методика дает подробную картину синдрома «эмоционального выгорания». Прежде всего, надо обратить внимание на отдельно взятые симптомы. Показатель выраженности каждого симптома колеблется в пределах от 0 до 30 баллов:

9 и менее баллов – не сложившийся симптом,

10–15 баллов – складывающийся симптом,

16 и более – сложившийся.

Симптомы с показателями 20 и более баллов относятся к доминирующим в фазе или во всем синдроме «эмоционального выгорания».

Методика позволяет увидеть ведущие симптомы «выгорания». Существенно важно отметить, к какой фазе формирования стресса относятся доминирующие симптомы и в какой фазе их наибольшее число.

Дальнейший шаг в интерпретации результатов опроса – осмысление показателей фаз развития стресса – «напряжение», «резистенция» и «истощение». В каждой из них оценка возможна в пределах от 0 до 120 баллов. Однако сопоставление баллов, полученных для фаз, не правомерно, ибо не свидетельствует об их относительной роли или вкладе в синдром. Дело в том, что измеряемые в них явления существенно разные – реакция на внешние и внутренние факторы, приемы психологической защиты, состояние нервной системы. По количественным показателям правомерно судить только о том, насколько каждая фаза сформировалась, какая фаза сформировалась в большей или меньшей степени:

36 и менее баллов – фаза не сформировалась;

37–60 баллов – фаза в стадии формирования;

61 и более баллов – сформировавшаяся фаза.

Опирируя смысловым содержанием и количественными показателями, подсчитанными для разных фаз формирования синдрома «выгорания», можно дать достаточно объемную характеристику личности и, что не менее важно, наметить индивидуальные меры профилактики и психокоррекции. Освещаются следующие вопросы:

- какие симптомы доминируют;
- какими сложившимися и доминирующими симптомами сопровождается «истощение»;
- объяснимо ли «истощение» (если оно выявлено) факторами профессиональной деятельности, вошедшими в симптоматику «выгорания», или субъективными факторами;
- какой симптом (какие симптомы) более всего отягощают эмоциональное состояние личности;
- в каких направлениях надо влиять на производственную обстановку, чтобы снизить нервное напряжение;
- какие признаки и аспекты поведения самой личности подлежат коррекции, чтобы эмоциональное «выгорание» не наносило ущерба ей, профессиональной деятельности и партнерам.

**Опросник «Уровень комплаентности» для людей, страдающих хроническими заболеваниями**

*Инструкция:* Перед Вами 66 вопросов. Выберите наиболее соответствующий Вам вариант ответа из трех предложенных: «Всегда», «Иногда», «Никогда». Отвечайте, пожалуйста, не задумываясь, помните, что не бывает хороших или плохих ответов.

| <b>Вопросы</b>   | <b>Всегда</b> | <b>Иногда</b> | <b>Никогда</b> |
|--|---------------|---------------|----------------|
| 1. Я расстраиваюсь, если пропустил (а) прием препаратов.   | 2             | 1             | 0              |
| 2. Если я чувствую, что сегодня могу обойтись без лекарств, то, несмотря ни на что, соблюдаю предписания врача, так как думаю, что врач не одобрит, перерыв в лечении. | 2             | 1             | 0              |
| 3. Я не осуществляю лечение вопреки врачебным предписаниям.  | 2             | 1             | 0              |
| 4. Если я по какой-либо причине не выполнил (а) предписания врача, то сразу сообщаю ему об этом.   | 2             | 1             | 0              |
| 5. Я очень переживаю перед посещением лечащего врача.  | 2             | 1             | 0              |
| 6. Я считаю, что болезнь - это просто препятствие, которое нужно преодолеть.   | 2             | 1             | 0              |
| 7. Я предпочитаю принимать известные, проверенные, разрекламированные лекарства.   | 2             | 1             | 0              |
| 8. Я часто забываю принять лекарство, если его надо принять за какое-то время перед едой.  | 2             | 1             | 0              |
| 9. Я бы хотел (а), чтобы врач думал, что я в состоянии самостоятельно следить за режимом приема препаратов.  | 2             | 1             | 0              |
| 10. Мне кажется, что мой врач осуждает меня за то, как я соблюдаю режим приема препаратов, и я стараюсь этого избежать.  | 2             | 1             | 0              |
| 11. Я обращаюсь за помощью только к тому врачу, которого мне посоветовали, как самого компетентного в данной области.  | 2             | 1             | 0              |
| 12. Я абсолютно согласен (а) со всеми назначениями врача.  | 2             | 1             | 0              |
| 13. Я в точности слеую указаниям врача.  | 2             | 1             | 0              |
| 14. Я обращаюсь к врачу при первых симптомах заболевания, так как сильно обеспокоен (а) своим здоровьем.   | 2             | 1             | 0              |
| 15. Я помню, когда и какие препараты, мне необходимо принимать.  | 2             | 1             | 0              |
| 16. Если симптомы болезни отступают практически сразу, то я все равно продолжаю предписанное лечение.  | 2             | 1             | 0              |
| 17. Я точно знаю, что нужно делать, если внезапно начнется приступ обострения моего заболевания.   | 2             | 1             | 0              |

| <b>Вопросы</b>   | <b>Всегда</b> | <b>Иногда</b> | <b>Никогда</b> |
|--|---------------|---------------|----------------|
| 18. Когда речь заходит о возможных осложнениях, я испытываю сильный страх. | 2             | 1             | 0              |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| 19. У меня возникает приступ паники, когда речь идет о моём заболевании.   | 2 | 1 | 0 |
| 20. Если люди говорят, что «врач хороший», то я готов (а) доверить ему свое здоровье.  | 2 | 1 | 0 |
| 21. Когда я начинаю лечение, я ставлю перед собой цель – вылечиться.   | 2 | 1 | 0 |
| 22. Я ответственный человек, и к лечению отношусь соответственно.  | 2 | 1 | 0 |
| 23. Я рассказываю лечащему врачу о возникающих у меня беспокойствах по поводу осложнений заболевания.                                | 2 | 1 | 0 |
| 24. Я уверен (а), что справлюсь с болезнью.  | 2 | 1 | 0 |
| 25. Если в ходе лечения появляются трудности, я стараюсь сделать все, что бы их преодолеть.  | 2 | 1 | 0 |
| 26. Я точно соблюдаю инструкцию и предписания врача, несмотря на тревогу, связанную с возможными побочными эффектами.                | 2 | 1 | 0 |
| 27. Я чувствую себя спокойно, если знаю, что не доставляю лишних хлопот своему лечащему врачу.                                       | 2 | 1 | 0 |
| 28. Ответственно подхожу ко всем назначениям врача.  | 2 | 1 | 0 |
| 29. Многие говорят, что в основе преодоления болезни лежит выполнение врачебных предписаний, и я тоже придерживаюсь этого же мнения. | 2 | 1 | 0 |
| 30. Прием лекарств вызывает у меня чувство тревоги, которая связана с приемом препаратов.  | 2 | 1 | 0 |
| 31. После приема лекарств у меня бывают перепады настроения.   | 2 | 1 | 0 |
| 32. Выходя из дома, я проверяю, взял (а) ли с собой необходимое лекарство.   | 2 | 1 | 0 |
| 33. Решая свои проблемы со здоровьем, я, как правило, не могу обойтись без посторонней помощи.                                       | 2 | 1 | 0 |
| 34. Мне кажется, что я слишком сильно озабочен (а) состоянием своего здоровья.   | 2 | 1 | 0 |
| 35. Я советуюсь с врачом, когда решаю отказаться от приема препаратов.   | 2 | 1 | 0 |
| 36. С нетерпением жду следующего приема лекарств, так как боюсь его пропустить.  | 2 | 1 | 0 |
| 37. Считаю, что люди, которые халатно относятся к предписаниям доктора, рискуют своим здоровьем                                      | 2 | 1 | 0 |
| 38. Если у меня дурное самочувствие, я стараюсь его перебороть.  | 2 | 1 | 0 |
| 39. Когда я болею, меня больше всего угнетает, то, что люди начинают меня сторониться.   | 2 | 1 | 0 |
| 40. Я стараюсь перебороть болезнь и работать (учиться) как прежде.   | 2 | 1 | 0 |
| 41. Всеми силами стараюсь не поддаваться болезни.  | 2 | 1 | 0 |

|   |               |               |                |
|---|---------------|---------------|----------------|
| 42. Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением.  | 2             | 1             | 0              |
| <b>Вопросы</b>  | <b>Всегда</b> | <b>Иногда</b> | <b>Никогда</b> |
| 43. Я был (а) бы готов (а) на самое мучительное и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни.                                | 2             | 1             | 0              |
| 44. Я хотел (а) бы лечиться у такого врача, у которого большая известность.   | 2             | 1             | 0              |
| 45. Я часто беспокоюсь о том, что не сказал (а) врачу что-то важное, что может повлиять на успех лечения.                               | 2             | 1             | 0              |
| 46. Я испытываю дискомфорт, если не вовремя принимаю лекарство.   | 2             | 1             | 0              |
| 47. Когда я болею, мне стыдно признаться в этом даже самым близким людям.   | 2             | 1             | 0              |
| 48. Я бы не хотел (а) обременять своим заболеванием близких мне людей.  | 2             | 1             | 0              |
| 49. Я не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе).  | 2             | 1             | 0              |
| 50. Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем.   | 2             | 1             | 0              |
| 51. Думаю, что приём лекарств, способствует моему выздоровлению   | 2             | 1             | 0              |
| 52. Меня тревожит то, что болезнь может существенно отразиться на моём будущем.   | 2             | 1             | 0              |
| 53. Я всеми силами стараюсь победить болезнь.   | 2             | 1             | 0              |
| 54. Стараюсь не разочаровывать своего лечащего врача, и поэтому следую всем его рекомендациям.  | 2             | 1             | 0              |
| 55. Придерживаясь предписаний врача, я долго волнуюсь по поводу того, что могу сделать что-то неверно.                                  | 2             | 1             | 0              |
| 56. Охотно выслушиваю наставления, касающиеся моего здоровья.   | 2             | 1             | 0              |
| 57. Стараюсь придерживаться здорового образа жизни для поддержания оптимального состояния своего здоровья.                              | 2             | 1             | 0              |
| 58. Если врач говорит, что я болен (а), значит – надо лечиться!   | 2             | 1             | 0              |
| 59. Для того, чтобы начать лечение, мне необходимо знать его последовательность.  | 2             | 1             | 0              |
| 60. Если я чувствую эмоциональную поддержку и заботу врача, то я с удовольствием следую его рекомендациям.                              | 2             | 1             | 0              |
| 61. Если назначенные процедуры /препараты доставляют мне дискомфорт, я все равно продолжаю лечение, так как не могу разочаровать врача. | 2             | 1             | 0              |
| 62. Я переживаю, если мой лечащий врач советует перейти на более новый препарат взамен старому.   | 2             | 1             | 0              |
| 63. Я считаю, что в основе эффективного лечения лежат близкие, доверительные отношения с врачом.  | 2             | 1             | 0              |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| 64. Мне спокойно за свое состояние здоровья, когда врач в хорошем расположении духа.   | 2 | 1 | 0 |
| 65. Когда моему здоровью угрожает опасность, и я не в состоянии с ней справиться, то понимаю, что мне поможет только мой врач. | 2 | 1 | 0 |
| 66. Так как я очень обеспокоен (а) состоянием своего здоровья, я готов (а) принимать любые препараты, назначенные врачом.      | 2 | 1 | 0 |

### **Обработка результатов.**

После того, как испытуемый оценит себя, подсчитываются баллы по 3-м вариантам проявления своего комплаентного поведения. Для этого используется «Ключ», с помощью которого подсчитываются баллы по каждому виду комплаентного поведения.

### **Ключ к опроснику «Уровень комплаентности»**

| <b>Вид комплаентности</b>    | <b>Номера ответов, соответствующие каждому из параметров</b>                          |
|------------------------------|---|
| Социальная комплаентность    | 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 18, 25, 26, 34, 40, 42, 43, 48, 50, 52, 55, 60, 64, 65     |
| Эмоциональная комплаентность | 1, 4, 5, 13, 16, 17, 21, 24, 27, 28, 31, 33, 38, 41, 46, 49, 54, 56, 58, 59, 62, 66   |
| Поведенческая комплаентность | 6, 12, 15, 19, 20, 22, 23, 29, 30, 32, 35, 36, 37, 39, 44, 45, 47, 51, 53, 57, 61, 63 |

### **Оценка результата**

За каждый положительный ответ, соответствующий ключу, начисляется 2 балла.

За каждый отрицательный ответ – 0 баллов.

За неопределенный ответ – 1 балл.

Далее подсчитывается суммарный показатель по каждому из параметров.

От 0 до 15 – не выраженный показатель комплаентного поведения.

От 16 до 29 баллов – средне-выраженный показатель комплаентного поведения.

От 30 до 40 балла – значительно выраженный показатель комплаентного поведения.

Общая комплаентность представлена суммой всех показателей комплаентного поведения и выражается, следующим образом:

От 0 до 40 – низкий уровень комплаентности.

От 41 до 80 – средний уровень комплаентности.

От 81 до 120 – высокий уровень комплаентности.



## ПОСЛЕДНИЙ ЛИСТ ВКР

Выпускная квалификационная работа выполнена мной самостоятельно. Используемые в работе материалы и концепции из опубликованной научной литературы и других источников имеют ссылки на них.

Отпечатано в \_\_\_\_\_ экземплярах.

Библиография \_\_\_\_\_ наименований.

Один экземпляр сдан на кафедру.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г.

*(дата)*

---

*(подпись)*

---

*(Ф.И.О.)*