

УДК 616.895.8-07.-036.1:614.253-084

А. В. КОРЖ

СУЧАСНІ ДАНІ ПРО ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ТЕРАПІЇ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ (огляд літератури)

Харківська медична академія післядипломної освіти

Розглянуто питання оцінки прихильності до терапії нейролептиками/антипсихотиками у хворих на шизофренію. Визначено вплив психологічних особливостей пацієнтів, клінічної картини, динаміки психозу, побічної дії препаратів на формування комплаєнтності та роль психокорекції у підвищенні якості їх лікування.

Ключові слова: шизофренія, прихильність до нейролептичної терапії, психокорекція.

Останнім часом інтерес дослідників шизофренії направлений на розробку оптимальних методів її терапії та попередження загострень психозу. Чинником, що впливає на успіх лікування й усіх етапів адаптації пацієнтів, є якість комплаєнсу [1, 2].

Свого часу поняття «комплаєнс» було запропоновано для позначення ступеня виконання хворим рекомендацій лікаря. Нині ідентифіковано близько 250 факторів, які так чи інакше обумовлюють комплаєнтність, що є одним з індикаторів складності проблеми. Вивчено велику кількість чинників, які формують і підтримують певний рівень прихильності до лікування (комплаєнсу) у хворих на шизофренію [3].

На основі результатів таких досліджень сформовано уяву про структуру комплаєнсу, зараз застосовуються підходи, які направлені на його покращення, але дані про ефективність моделей корекції порушень медикаментозної прихильності залишаються досить суперечними. Найчастіше використовуються психонавчальні програми, які підвищують рівень знань пацієнтів про захворювання і лікування, але в цілому суттєво не впливають на загальний рівень комплаєнсу. Модель комплаєнс-терапії, що базується на мотиваційному

інтерв'ю та когнітивно-поведінкових техніках, також піддається критиці, оскільки в ряді досліджень вони не показали переваг за такими параметрами комплаєнсу, як ставлення до медикації, усвідомлення хвороби, рівень глобального функціонування та якість життя порівняно із загальним консультуванням хворих на шизофренію [4]. Такі дані свідчать про те, що феномен комплаєнсу має й глибинно-психологічну складову, без знання якої неможливо індивідуалізувати підходи до покращення прихильності до лікування, а відповідно, і сподіватися на прориви у досягненні значних результатів у терапії зазначеної патології. Серед літературних джерел трапляються лише окремі роботи, присвячені вивченню взаємозв'язку копінг-стратегій та типу ставлення до хвороби з рівнем комплаєнсу [1].

Дослідження психологічного профілю хворих і структури комплаєнсу дало можливість установити взаємозв'язок психологічних захисних механізмів та копінг-стратегій із різними аспектами прихильності до лікування, а також внесок особистісних параметрів до окремих підсистем структури комплаєнсу з впливом на ставлення пацієнтів до медикації, що допомагає формувати

індивідуалізовані підходи до корекції виникаючих порушень [3, 5].

Установлено сім основних чинників, які формують прихильність до лікування. До першого з них належать особистісні особливості хворого, а саме — преморбідні характеристики та їх зв'язок з якістю адаптації, компенсаторно-приспосувальними захисними механізмами [3, 6], які включають можливість розуміння захворювання і користі лікування, тому що а- та гіпнозогнозія зумовлюють зниження або втрату комплаєнсу [7].

Крім того, результати спеціальних прийомів вивчення асоціативних процесів, зокрема, визначення спотворень процесів узагальнення і виключення, виявляють характерні особливості мислення, коли пацієнти застосовують надмірно узагальнений підхід при формуванні класифікаційних груп або опір на несуттєві, неадекватні, паралогічні ознаки, що може також суттєво впливати на їх критичне ставлення до необхідності лікування [8]. У той же час хворі ігнорують більш значущі, дійсно істотні ознаки, на підставі яких зазвичай формують свою оцінку здоров'я особи. Обраний пацієнтом підхід не є стійким, тобто одні принципи можуть поєднуватися або чергуватися з іншими, абсолютно несумісними за ступенем «логічності» і рівнем абстрагування. Ці ознаки є проявом порушень цілеспрямованості мислення, які різко знижують продуктивність розумової діяльності і також можуть впливати на критичні здібності.

Крім того, важливе значення має оцінка пацієнтом існуючих власних порушень і ставлення до хвороби. Найбільш доступною й інформативною при цьому є психологічна методика самооцінки. Акритичність хворих на шизофренію і наявні структурно-логічні порушення мислення обумовлюють тенденцію до перебільшення самооцінок, що відповідають крайнім ступеням вираженості ознак і супроводжуються аморфними резонерськими коментарями [9].

При застосуванні психологічних методик можна виявити емоційну холодність, байдужість обстежуваних до самого процесу дослідження. Тому використані в піктограмах малюнки часто відображають формальність і відсутність емоційної насиченості навіть при відображенні значущих для більшості пацієнтів понять. При цьому хворі віддають перевагу несуттєвим компонентам поняття, з опорою на які й створюються малюнки. Установлено, що майже усі вони в тій чи іншій мірі мають нейрокогнітивний дефіцит, який у значній кількості випадків виявляється й у родичів пацієнтів, які страждають на шизофренію. Відомо, що цей дефіцит найбільше виражений у перші роки після дебюту захворювання. Це зумовлює

необхідність раннього початку медикаментозної та психосоціальної терапії. При цьому, як показує клінічний досвід, значна кількість пацієнтів із першими психотичними епізодами на практиці можуть обходитися без госпіталізації [10].

Таким чином, найхарактерніші розлади при шизофренії на психологічному рівні у вигляді порушень мотивації, механізмів селективної оцінки інформації, процесів актуалізації значень, особистісних викривлень та емоційного стану, які врешті-решт складаються в ендогенно-процесуальні патопсихологічні симптомокомплекси, можуть суттєво впливати на формування ставлення пацієнта до хвороби та лікування.

Ще один фактор комплаєнтності — клінічна картина і динаміка захворювання, при цьому підкреслюється значення гострих психотичних станів, вираженої негативної симптоматики, суїцидальних тенденцій, наявності коморбідності зі зловживанням психоактивними речовинами, що вкрай несприятливо діє на прихильність хворих на шизофренію до лікування.

Третій чинник пов'язаний з впливом сім'ї і соціального оточення на ставлення хворого до терапії [5]. Четвертий фактор полягає в особливостях психофармакотерапії, оскільки більшість нейролептиків старого та антипсихотиків нового покоління мають небажані побічні ефекти, що негативно впливають на самопочуття, якість життя, адаптацію пацієнтів та спричиняють розвиток соматичних захворювань. В останні десятиліття спостерігається активне вдосконалення фармацевтичного методу терапії шизофренії, що супроводжується розробкою нових препаратів і способів лікування. Але поряд із досягненнями стають очевидними значні побічні ефекти й недостатність фармакотерапії для повного вирішення проблеми лікування хворих із даною патологією [11]. П'ятий фактор стосується соціально-економічної доступності препаратів та медичних послуг, шостий — пов'язаний з особистістю лікаря, що також має суттєве значення при формуванні комплаєнсу. Проведений в деяких дослідженнях аналіз причин відмови від прийому препаратів вивів на перше місце фактор взаємин із лікарем. Найважливішими складовими цього чинника є обговорення з лікарем схеми лікування, якісне інформування хворого та його родичів про дію препаратів, розуміння пацієнтом необхідності протирецидивної терапії у майбутньому. Багато спеціалістів стикаються з проблемою переконання хворого і членів його сім'ї у необхідності продовження прийому ліків після усунення гострих проявів шизофренії. У зв'язку з цим останніми роками все частіше можна почути висловлювання про значущість терапевтичного альянсу між лікарем і пацієнтом. Основне його значення полягає

в установленні довірчих терапевтичних та загальнолюдських відносин, що є важливим і для вирішення психокорекційних завдань. Необхідність прийому підтримуючої терапії при встановленні зазначених відносин не піддається сумніву. Це дає змогу психіатру більш доцільно змінювати дози нейролептиків та інших лікарських препаратів, досягаючи оптимального балансу між збереженням якісної ремісії і дотриманням безпечних терапевтичних доз препаратів [4].

Сьомий фактор комплаєнсу — це медична допомога на амбулаторному етапі, яка повинна включати різноманітні психоосвітні програми та психотерапію, що відображено в існуючих джерелах. Клінічна практика свідчить про те, що однією з актуальних причин наростання прогресивності захворювання є відмова пацієнтів від нейролептичної терапії. На сучасному етапі розвитку психіатрії і медичної психології першорядного значення набуває завдання ресоціалізації та реадптації пацієнтів після перенесених психотичних епізодів. Тривале перебування у стаціонарі, часті госпіталізації призводять, поряд із деструктивним впливом самого захворювання, до втрати навичок спілкування, взаєморозуміння і самообслуговування хворих на шизофренію [12].

Вивчення різних аспектів проблеми терапії шизофренії вказує на те, що купірування гострих проявів психозу ще не дає пацієнту можливості стати повноцінним членом суспільства. Навіть перебуваючи у стані якісної ремісії, пацієнт часто продовжує гостро переживати свою соціальну неспроможність, не може повноцінно включитися не тільки у трудову діяльність, соціальні інтерперсональні відносини, але й сімейні стосунки [1, 3].

Як відомо, переважна більшість хворих, виписаних зі стаціонару, в тій чи іншій мірі потребують реабілітаційних заходів. Пацієнти нерідко втрачають мікросоціальне оточення, яке є важливим психокорекційним ресурсом і може значною мірою сприяти їх соціальній реадптації. Близькі, рідні люди зазвичай більш толерантні, здатні на співчуття, що є необхідною умовою поступового пристосування пацієнта до стрімко мінливих та несприятливих для нього умов життя. В багатьох випадках шкода, завдана хворобою психіці пацієнта, настільки значна, що адаптація може бути лише частковою або умовною за характером. У зв'язку з цим важливим є досвід розробки терапевтичних підходів і методик, спрямованих на вирішення зазначеної проблеми. Поряд із досягненнями фармакотерапії, психосоціальні лікування і реабілітація вкрай необхідні, вони доповнюють одне одного. При цьому під психосоціальним лікуванням і реабілітацією розуміють формування або відновлення недостатніх

чи втрачених у результаті хвороби когнітивних, емоційних, мотиваційних ресурсів особистості, навичок, знань, умінь взаємодіяти, вирішувати проблеми. Із цією метою рекомендується комплекс психосоціальних впливів, спрямованих на відновлення потенціалу самого пацієнта, на його участь у реабілітаційному процесі з відновленням колишніх соціальних, у тому числі ролевих, функцій в умовах ускладненого соціального контексту, для досягнення за можливості рівного з іншими положення в суспільстві. Важливо відзначити, що психосоціальні впливи слід найбільш інтенсивно застосовувати якомога ближче до початку надання психіатричної допомоги, безпосередньо, а також після купірування гострого епізоду. По суті йдеться про проведення психосоціальної реабілітації паралельно з процесом біологічного (нейролептичного) лікування [13].

Потреба у соціальній реінтеграції пацієнта висуває дедалі вищі вимоги до формування ефективних реабілітаційних заходів. Існуюча раніше думка про реабілітацію як завершальну фазу в наданні медичної допомоги трансформувалася в більш широке її розуміння як багатоетапного динамічного процесу. Але існує також твердження про необхідність проведення реабілітаційної допомоги ще до завершення активних терапевтичних заходів, на ранніх етапах лікування. Особливо підкреслюється важливість урахування варіантів перебігу шизофренічного процесу та роль соціального оточення, його впливу на подальшу динаміку захворювання. Найкращим у сенсі досягнення кінцевих цілей реабілітації є етап ініціальної, вперше діагностованої шизофренії з її різноманітними варіантами подальших змін стилю життя пацієнта і взаємин з оточенням. Установлено, що саме на початковому етапі захворювання закладаються основні тенденції пристосувальної поведінки, які багато в чому визначають як характер, так і рівень фактичної адаптації, що досягається пацієнтом у подальшому [14].

У роботі [15] диспансерний контингент хворих на шизофренію після комплексних психосоціальних заходів, основу яких становили психоосвітні та тренінгові заняття, одержував позитивні результати, особливо у пацієнтів із частими зверненнями за психіатричною допомогою, що були обумовлені особливостями клінічної картини захворювання. Автор підкреслює, що в інших випадках, коли причини частих звернень розцінювалися як соціальні та організаційні, ефективність використаних підходів була нижчою.

Крім того, відзначається підвищення рівня комплаєнтності пацієнтів, коли у разі клінічної необхідності вони приймали зміни в лікуванні, дотримуючись режиму терапії. Важливим було

поступове відновлення соціальних навичок, включаючи комунікативні та навички самостійного проживання. При цьому хворі приділяли більше уваги своєму зовнішньому вигляду, активніше брали участь у веденні домашнього господарства. У багатьох випадках пацієнти розширяли коло свого спілкування, знаходили нових знайомих, надаючи їм увагу й підтримку. Установлено не тільки зниження частоти їх необґрунтованих звернень за психіатричною допомогою, але і можливість поліпшення соціальної і мікросоціальної адаптації. Ураховуючи незадовільний комплаєнс, дефіцит соціальних зв'язків, необхідність проведення психоосвітньої роботи та тренінг відсутніх навичок, важливим є надання психіатричної допомоги в сучасних умовах для усунення існуючої проблеми [16].

У системі реабілітації хворих на шизофренію першочерговим є формулювання основних завдань психоосвітніх програм. До них належать: заповнення у хворих і членів їх сімей інформаційного дефіциту медичних знань, зниження у них рівня стигматизації, навчання вмінню розпізнавати перші ознаки загострення захворювання, корекція викривлених хворобою соціальних позицій, зменшення можливості рецидивів шизофренії [17]. У цьому дослідженні наголошується на необхідності апеляції до здорових сторін особистості пацієнта, використання прийомів когнітивно-поведінкової психокорекції, тренінгового впливу, що дало змогу автору сформулювати у пацієнта та його родичів більш адекватне уявлення про хворобу, зменшити психологічну напруженість, поліпшити якість міжособистісних відносин, сформувати більш адекватне ставлення до реабілітаційних заходів і підтримуючої нейролептичної терапії. Подібні програми тренінгу когнітивних і соціальних навичок у хворих на шизофренію проводяться фахівцями багатьох психіатричних центрів.

Завдяки дослідженням спеціалістів розкриваються характерні особливості психологічних реакцій і переживань психічно хворих, що являють чималу складність у зв'язку з їх постійною хворобливою трансформацією і парадоксальністю, а також суперечливістю [18]. Отримані результати вказують на дефіцит уваги та підтримки у хворих на шизофренію і вкрай необхідне продовження роботи у цьому напрямку [19]. У зазначених літературних джерелах йдеться про розробку основних принципів роботи із такими пацієнтами, а також більш ефективних індивідуальних і раціональних методик.

Використання варіанта корекції сімейних відносин визнано як більш доцільне. Важливою його особливістю є можливість зниження емоційної

напруженості у родичів хворих, саме цей фактор опосередковано впливає на зниження частоти загострень і госпіталізацій [20].

Позитивний досвід застосування групових варіантів психоосвітніх програм гарантується за умови комбінації з іншими методами, перш за все з використанням засобів психофармакотерапії. Недоліком колективних занять є відсутність індивідуального підходу і недостатній контроль реакцій кожного пацієнта у процесі такої роботи [21].

Оцінюючи різноманітні когнітивно-поведінкові підходи, можна дійти висновку про доцільність реалізації їх найбільш загального механізму — навчання. Ефективність психоосвіти вище, якщо вона починається якомога раніше. В одному з досліджень [22] було показано, що запізниле впровадження психосоціальних заходів не може затримати більш швидкий розвиток подальшої негативної симптоматики у хворих навіть із раннім початком фармакотерапії. Висловлено думку про необхідність зваженого вибору методів психотерапії і максимального урахування особистісних характеристик хворого і його бажання, оскільки пацієнт може значно більше впливати на прийняття рішення про отримання психокорекційної допомоги та її характер.

У клінічній практиці важливе значення має також концепція одужання при шизофренії. Очевидною проблемою є відмінність у підходах і принципах оцінки, що існують із цього питання, між пацієнтами і психіатрами, бо деякі хворі стверджують про можливість одужання без допомоги фахівців. Закріплення подібної позиції може призвести до відмови від співпраці з психіатром, самолікування, вчинення дій, що перешкоджають одужанню. Слід зазначити, що сама ідея «recovery» все більше підтримується фахівцями. Проводиться величезна кількість досліджень, що дають позитивні результати, але питання виділення критеріїв одужання і розробки найефективнішої тактики надання психіатричної допомоги залишається відкритим [23].

Звісно, психічно хворий у родині є тягарем для усіх її членів. Є дослідження, які присвячені вивченню психологічних, соціальних проблем, з якими стикаються сім'ї хворих. Лише у незначній кількості випадків пацієнти продовжували підтримувати відносини з друзями і родичами, відвідувати установи культури, але в більшості спостережень вони не могли реалізувати себе як раніше і відчували у зв'язку з цим серйозні труднощі. Усі родичі хворих відчувають відповідальність за їх долю. На жаль, зазначені особливості тісно переплітаються з існуючими у суспільній свідомості негативними стереотипами щодо психічно

хворих і можливостей їх терапії. Результатів досліджень, в яких запропоновані ефективні форми психологічної допомоги та полегшення тягаря, що лежить на найближчих родичах хворих, перетворюючи їх із безнадійно страждаючих на активних помічників психореабілітаційного процесу, вкрай недостатньо. Разом із тим формування на основі такого досвіду більш удосконаленої моделі відносин із пацієнтом могло б підвищити ефективність від надання допомоги [24–26].

В існуючій літературі підкреслюється значення впливу середовища на розвиток психічного захворювання, важливість розуміння переживань пацієнта. У хворобливих висловлюваннях пацієнтів може міститися таке, що свідчить про божевілля і наявність страждання, зрозумілого здоровій людині. Отже, питання про розробку показань і методів реабілітаційної і психокорекційної роботи з хворими залишається відкритим [12].

У випадках вкрай несприятливого перебігу шизофренії важливий особливий патопластичний вплив психозу на особистість пацієнта, який серйозно обмежує можливості як соціальної адаптації, так і ефективності психокорекційних методів. Констатація цього факту з опорою на об'єктивні зміни психіки пацієнта, його когнітивні ресурси свідчить про складність такої проблеми. Разом із тим подібні труднощі не зменшують значущості психоосвітніх програм для полегшення повернення пацієнта у суспільство [24], але зрозумілими є зниження ефективності та можливе погіршення прогнозу при включенні пацієнтів із тяжкими формами шизофренії у психореабілітаційні заходи. Більшість публікацій, присвячених оцінці зазначеної роботи, стосується пацієнтів із першим психотичним епізодом. Концентрація зусиль щодо психореабілітації обмежена колом хворих, які вперше захворіли, що можна пояснити їх відносним психічним збереженням і терапевтичною перспективністю. Однак при подібному підході без належної уваги залишається більшість хворих, які тривалий час страждають на шизофренію і потребують ще більш дієвої допомоги [12, 24, 26].

Слід також відзначити дефіцит даних про психокорекцію психічних розладів різної психопатологічної структури, диференційовані схеми такого супроводу хворих на шизофренію з домінуючою параноїдною симптоматикою.

Таким чином, ураховуючи дані, наведені в аналітичному огляді, можна сподіватися на результативність вивчення додаткових факторів, які впливають на формування прихильності до терапії нейролептиками/антипсихотиками у хворих на параноїдну шизофренію, що диктує необхідність проведення такого дослідження.

Список літератури

1. Биологические и клинко-социальные механизмы развития шизофрении (итоги комплексной темы НИР «НИИПЗ» СО РАМН, 2009–2012) / А. В. Семке, Т. П. Ветлугина, Л. Д. Рахмазова [и др.] // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии.— 2013.— № 4 (79).— С. 18–26.
2. *Закаль К. Ю.* Клинико-психопатологические факторы нарушения медикаментозного комплаенса у больных с непрерывным типом течения параноидной шизофрении / К. Ю. Закаль // Укр. вісн. психоневрології.— 2016.— Т. 24, вип. 1 (86).— С. 53–59.
3. *Лутова Н. Б.* Комплаенс и психодинамические параметры больных психозами / Н. Б. Лутова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии.— 2013.— № 1.— С. 49–55.
4. *Gray R.* Adherence therapy for people with schizophrenia / R. Gray, M. Leese, J. Bindman // Br J. Psychiatry.— 2006.— № 189.— P. 508–514.
5. *Шлафер А. М.* Метод комплаенс-терапии в системе лечения больных шизофренией: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук; спец. 14.01.06 «Психиатрия» / А. М. Шлафер.— СПб., 2012.— 26 с.
6. Комплаенс и его влияние на адаптацию пациентов с шизофренией / Е. Г. Дмитриева, О. А. Даниленко, Е. Г. Корнетова [и др.] // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии.— 2014.— № 3.— С. 18–23.
7. *Семке А. В.* Клинико-социальные характеристики пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра с ипохондрической симптоматикой / А. В. Семке, Ф. Ф. Микелев, Е. Г. Корнетова // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии.— 2013.— № 5 (80).— С. 40–44.
8. *Зейгарник Б. В.* Патология мышления / Б. В. Зейгарник.— М.: Изд-во МГУ, 1962.— 243 с.
9. *Рубинштейн С. Л.* Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн.— СПб.: Питер, 2002.— 705 с.
10. *Магомедова М. В.* О нейрокогнитивном недостатке и его связи с уровнем социальной компетентности у нездоровых шизофренией / М. В. Магомедова // Социальная и клиническая психиатрия.— 2000.— Т. 10, № 4.— С. 92–98.
11. *Козидубова В. М.* Возможности реабилитации больных шизофренией на фоне лечения Зипрексой / В. М. Козидубова, С. М. Долуда // Укр. вісн. психоневрології.— 2007.— Т. 15, вип. 1 (50).— С. 191–193.
12. *Насинник О. А.* Психосоциальная реабилитация в период неотложной и принудительной госпитализации / О. А. Насинник // Журн. психиатрии и медицинской психологии.— 2009.— № 2 (22).— С. 3–9.
13. *Каменков К. А.* Подходы к анализу причин феномена отсроченной реабилитации в психиатрии /

- К. А. Каменков, А. Ф. Быков // Социальная и клиническая психиатрия.— 2009.— Т. 19, № 3.— С. 15–19.
14. *Ряполова Т. Л.* Обоснование ранней реабилитации больных шизофренией / Т. Л. Ряполова // Журн. психиатрии и медицинской психологии.— 2008.— № 1 (18).— С. 16–21.
 15. *Васильева Е. А.* Больные шизофренией с высокой обращаемостью за психиатрической помощью, не обусловленной клиническими показаниями / Е. А. Васильева // Социальная и клиническая психиатрия.— 2007.— Т. 17, № 1.— С. 10–13.
 16. *Ньюфельдт О. Г.* Принципы и практика общественной психиатрии / О. Г. Ньюфельдт // Социальная и клиническая психиатрия.— 2002.— Т. 12, №3.— С. 5–13.
 17. *Еричев А. Н.* Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией / А. Н. Еричев // Социальная и клиническая психиатрия.— 2007.— Т. 17, № 3.— С. 43–46.
 18. *Polimeni J.* Humor perception deficits in schizophrenia / J. Polimeni, J. P. Reiss // Psychiatry Res.— 2006.— № 141.— Р. 229–232.
 19. *Кадыров И. М.* Динамика идентичности пациента с параноидной шизофренией в ходе психоаналитического интервью / И. М. Кадыров, И. А. Толпина // Вопросы психологии.— 2008.— № 4.— С. 55–69.
 20. *Юр'єва Л. М.* Психокорекція психічної дезадаптації у родичів хворих на первинний психотичний епізод / Л. М. Юр'єва, Т. Й. Шустерман // Укр. вісн. психоневрології.— 2007.— Т. 15, вип. 1 (50).— С. 253–257.
 21. *Berhe T.* Home treatment fur psychische Erkrankungen / T. Berhe, B. Puschner, R. Kilian // Der Nervenarzt.— 2005.— Vol. 76.— P. 822–831.
 22. *De Haan L.* Duration of untreated psychosis and outcome schizophrenia: Delay in intensive psychosocial treatment versus delay in treatment with antipsychotic medication / L. de Haan, D. H. Linszen, M. E. Lenior // Schizophr. Bull.— 2003.— Vol. 29.— P. 341–348.
 23. *Farkas M.* The vision of recovery today: what it is and what it means for services / M. Farkas // World Psychiatry.— 2007.— Vol. 6, № 2.— P. 4–10.
 24. *Ландышев М. А.* Психообразовательная работа с родственниками больных с частыми госпитализациями / М. А. Ландышев // Социальная и клиническая психиатрия.— 2006.— № 3.— С. 99–103.
 25. *Ротштейн В. Г.* Образовательные программы для потребителей психиатрической помощи в системе социальной реабилитации / В. Г. Ротштейн, М. С. Кулик // Психиатрия.— 2009.— № 2.— С. 43–46.
 26. *Абрамов В. А.* Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова.— Донецк: Капитан, 2009.— 584 с.

**СОВРЕМЕННЫЕ ДАННЫЕ О ПРИВЕРЖЕННОСТИ
К ТЕРАПИИ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ
(обзор литературы)**

А. В. КОРЖ

Рассмотрены вопросы оценки приверженности к терапии нейролептиками/антипсихотиками у больных шизофренией. Определено влияние психологических особенностей пациентов, клинической картины, динамики психоза, побочного действия препаратов на формирование комплаентности и роль психокоррекции в повышении качества их лечения.

Ключевые слова: шизофрения, приверженность к нейролептической терапии, психокоррекция.

**MODERN DATA ON COMPLIANCE TO TREATMENT WITH NEUROLEPTICS
OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA
(literature review)**

A. V. KORZH

The questions of evaluation of adherence to therapy with neuroleptics/antipsychotics in patients with schizophrenia are discussed. The influence of the psychological characteristics of the patients, the clinical picture, the dynamics of psychosis, the side effect of drugs on formation of compliance and the role of psychocorrection in improving the quality of treatment were determined.

Key words: schizophrenia, adherence to neuroleptic therapy, psychocorrection.

Надійшла 15.06.2017