

**Литература:**

1. Аносова Е.В. Факторы, способствующие формированию пивного алкоголизма у подростков / Аносова Е.В., Богушевская Ю.В. // Молодежная наука: от фундаментальной идеи до инновационных проектов: 73 итоговая межвуз. конф. студентов и молодых ученых, Курск, 15-16 апр., 2008. 4.1.- Курск, 2008.- С. 238-2393.
2. Табачников С.И, Песиков Я.С., Зинченко Е.Н., Гатицкая А.Э. Психотерапия в комплексном лечении больных с алкогольной зависимостью в амбулаторных условиях. – Киев – Донецк:» Медицина Тонких энергий», 2010. – 96с
3. Гатицкая А.Э.Общая характеристика и методы исследования больных с алкогольной зависимостью// Архів психіатрії. – 2010. – Т.16, №1(60). – С.55 – 57
4. Ковалев А. А., Особенности формирования и клинические проявления абстинентного синдрома у больных пивным алкоголизмом.// Наркология. – 2009. - № 5. – С. 56 - 58
5. Ковалев А. А. Клинические особенности форм злоупотребления алкоголем у больных пивным алкоголизмом.// Наркология. – 2009. - № 4. –С. 78 - 82
6. Нужный В. П., Рожанец В. В. Пиво в Российской Федерации: новая реальность. // Наркология. – 2007. - № 3. – С. 30 – 42.
7. Г. П. Павловская, Ю. Н. Ружников Пивной алкоголизм: дебют и исход // Известия Уральского государственного университета. — 2004. — Т. 32. — С. 157-160.

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПИВНОГО АЛКОГОЛІЗМУ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ**

**Н.В.Побережная**

Представлено результати комплексного дослідження 393 осіб молодого віку технікумов та ліцеїв міста Донецька. Згідно поставлених цілей та задач дослідження були виявлені з основної групи (n=393) хворі з діагнозом F10.1-58% особи молодого віку, а з діагнозом F10.24-1145% . Були проаналізовані соціально – демографічні характеристики та фактори ризику даного контингенту та виявлен зв'язок з виникненням та розвитком пивного алкоголізму у даних осіб молодого віку.

**Ключові слова:** пивний алкоголізм, підлітки

**GENERAL CHARACTERISTIC AND METHODS OF RESEARCH OF BEER YOUNG PEOPLE WAS REVEALED**

**N.V.Poberezhnaya**

The results of complex examination of young people, students of Donetsk technical schools and colleges, are presented. According to the aims of investigation the main group of patients (n=393) was formed, including patients with diagnoses: F10.1-58% and F10.24 – 11, 45%. Social – demographic characters and risk factors of this contingent were analyzed and connection with the rise and development of beer young people was revealed.

**Keywords:** beer alcohol addiction, teenagers

УДК 159.922:616.89-008.441.13:615.851

**Л.Ф. Шестопалова, Н.Н. Лесная**

**МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ КОМПЛАЙЕНСА БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

ГУ "Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины"

**Ключевые слова:** комплаенс, алкогольная зависимость, терапевтический режим, мотивация к лечению, психокоррекция

В настоящее время в условиях активного использования достижений психофармакотерапии, внедрения идей реабилитации и длительного противорецидивного лечения феномен комплаенса привлекает все большее внимание специалистов. Многие ученые сходятся во мнении о том, что полноценный комплаенс пациента является показателем высокого качества медицинской помощи и характеризует оптимальное терапевтическое сотрудничество [1; 6; 8; 9].

Следует отметить, что внимание к этой проблеме существовало на всех этапах развития медицинской

науки, но лишь в последнее десятилетие вопрос соблюдения пациентом терапевтического режима стал предметом самостоятельных исследований [5;12;13]. Именно в процессе этих исследовательских работ возник и укрепился англоязычный термин «комплаенс» («compliance» – согласие, податливость, уступчивость, приспособление и разделение взглядов). Этот термин, прочно вошедший в медицинскую литературу, имеет несколько определений, что указывает на неоднозначность содержания самого феномена.

Ряд авторов [1;5;9;14] подчеркивают бихевиораль-

ный аспект комплайенса, когда поведение пациента соответствует полному объему предоставляемой медицинской помощи и детерминируется согласованностью взглядов больного и врача на проявления заболевания и методы лечения.

Комплайенс также определяют как «приверженность» терапии в противовес «согласию с лечением», подчеркивая тем самым активное и самостоятельное отношение пациента к лечению, а не вынужденное или пассивное принятие лечебных воздействий [24].

Нередко комплайенс соотносят с понятием «готовность лечиться» и оптимальным соблюдением лечебного режима. Это определение охватывает получение различных видов помощи, регулярное посещение клиники и соблюдение лечебных рекомендаций специалистов. Но основное внимание авторы концентрируют на вопросах, касающихся строгого соблюдения схемы приема лекарственных препаратов [17].

Наиболее обобщающим считается определение комплайенса, которое включает правильный выбор, назначение и применение в ходе терапии как лекарственных средств, так и комплекса психосоциальных воздействий, что позволяет говорить о соблюдении условий лечения не только самим пациентом, но и его родственниками, а также медицинским персоналом [9].

М. М. Кабанов рассматривает комплайенс как осознанное выполнение пациентом рекомендаций врача [4]. По его мнению, вся лечебно-восстановительная работа с пациентами при склонности к хроническому течению заболевания сталкивается все в большей мере с проблемами стигматизации и комплайенса. Степень стигматизации и выраженность комплайенса зависят от стиля работы медицинского учреждения, его репутации и профессионализма персонала. При этом достижение необходимой степени комплайенса невозможно без снятия страха пациента перед общением с психиатром, перед диагнозом и без принятия им приемлемой для своего статуса «внутренней картины болезни».

В научной литературе, посвященной изучению вопроса о готовности пациента лечиться, общепризнанными считаются трудности, связанные с количественной оценкой комплайенса [7]. К тому же, очень часто в различных исследованиях критерии такой оценки не совпадают.

Существуют работы, рассматривающие влияние различных факторов на формирование отношения пациента к проводимому лечению. В настоящее время идентифицировано около 250 упомянутых факторов, объединенных в несколько больших групп и связанных, в основном, с личностью пациента, стилем работы врача или с организацией лечебного процесса. В целом, комплайенс отражает сложное взаимодействие этих факторов, конфигурация которых может меняться в динамике заболевания и на отдаленных этапах существенно отличаться от начальной [9;15].

Имеются данные о влиянии преморбидных особенностей личности пациента на формирование комплай-

енса [19]. Так, больные с истерическими чертами отличаются легкомысленным и небрежным отношением к лечению, лекарственные средства часто используют как средство манипуляции, для них актуален риск развития лекарственной зависимости. Больные с обсессивными чертами пунктуально следуют предписаниям врача, прием лекарств превращают в ритуал, что может затруднять их отмену. Самолечение или злоупотребление медикаментами чаще свойственно личностям с невротической структурой, психологически незрелым или склонным к ситуационным тревожным реакциям.

В проведенных нами исследованиях [10] было показано, что уровень комплайенса больных с зависимостью от алкоголя детерминируется сложным сочетанием социально-демографических, клинических и психологических факторов. К факторам, способствующим формированию оптимального комплайенса относятся: позднее начало заболевания, наличие работы и семьи, терапевтическая установка на изменение поведения, сензитивный тип отношения к болезни и конформизм. Факторами, связанными с низким уровнем комплайенса, явились: молодой возраст, частые рецидивы, повторные госпитализации, анозогнозия, фаталистические установки и когнитивное снижение.

Известен ряд работ, в которых рассматриваются причины несоблюдения рекомендаций в отношении лекарственной терапии и обобщаются стратегии повышения готовности лечиться. Основой большинства программ является не столько соблюдение врачебных рекомендаций, сколько сотрудничество между пациентом и врачом [20]. Некоторые программы нацелены на углубление знаний о лекарственных препаратах, тогда как другие делают акцент на практическом обучении приему лекарств. Р. Corrigan [16] систематизировал потенциальные препятствия на пути укрепления сотрудничества с пациентом: они могут быть связаны с побочными эффектами лекарств, длительным и сложным режимом лечения, недостатком знаний пациента о болезни и методах лечения, безразличием к лечению со стороны семьи и индивидуальным стилем врача, не ориентированным на совместную работу и т.д.

Р. Bebbington [11] описал основные компоненты стратегий повышения готовности лечиться, а именно: предоставление информации в обстановке уважения и равноправия, использование таких взаимоотношений для стимулирования и повышения готовности лечиться, а также для формирования более благоприятных представлений о заболевании и лечении. В соответствии с этими идеями R. Kemp, A. David, P. Hayward разработали когнитивное вмешательство, которое назвали "Комплайенс-терапия" [18] и в пользу высокой эффективности которого привели убедительные доводы.

Важно отметить, что в наркологии довольно часто наблюдается низкое качество соблюдения лечебных рекомендаций, поскольку соответствующие заболевания оказывают значительное влияние на суждения больного, его стабильность и критические способно-

сти [2, 3]. Центральная проблема, с которой сталкиваются клиницисты, работая с наркозависимыми, заключается в том, что патологическое влечение к психоактивному веществу, как основной признак болезни, предусматривает субъективное переживание эйфории или облегчение дисфории. Этот факт контрастирует с тем, что наблюдается при большинстве других психических расстройств, когда основные признаки болезни доставляют дискомфорт и мотивируют к лечению. Поэтому в традиционной модели «врач – больной» нарколог нередко вынужен оказывать помощь тому, кто к ней не стремится, что создает дополнительные трудности для формирования комплайенса.

Заключая вышесказанное, следует признать, что в отечественных работах, рассматривающих вопросы лечения наркологических заболеваний, пока мало места отводится проблеме комплайенса. Количество систематических исследований в этой области значительно отстает от работ, посвященных различным аспектам психофармакологии и психотерапии. До настоящего времени остается слабо разработанным понятийный аппарат, описывающий феномен комплайенса, отсутствуют систематизированные представления о закономерностях его формирования и функционирования. Существующие исследования в этой области, как правило, недостаточно теоретически обоснованы, немногочисленны и фрагментарны, а исследования комплайенса больных с алкогольной зависимостью вообще остаются единичными.

**Целью** данного исследования явилось изучение клиничко-психологического феномена комплайенса, определение его специфики у больных с алкогольной зависимостью и создание на этой основе системы психокоррекции, направленной на повышение мотивации к лечению и соблюдение терапевтического режима.

В работе использовался комплекс психодиагностических методик, а именно: "Мотивы потребления алкоголя", "Отношение пациента к болезни и лечению", 16-факторный опросник личности Р.Б. Кеттелла, "Уровень субъективного контроля", "Тип отношения к болезни", а также "Уровни и типы комплайенса больных с алкогольной зависимостью", разработанная специально для данного исследования. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью методов определения достоверности различий (с использованием t-критерия Стьюдента-Фишера, U-критерия Уилкоксона-Манна-Уитни, точного метода Фишера) и корреляционного анализа (коэффициент ранговой корреляции Спирмена).

Были обследованы 90 пациентов с синдромом алкогольной зависимости, средний возраст которых составил  $36,15 \pm 0,56$  лет.

#### Результаты

В рамках исследования нами выдвинуты следующие теоретические положения:

1. Комплайенс – это комплекс представлений, убеждений и действий пациента, обеспечивающий процесс соблюдения терапевтического режима. Ком-

плайенс рассматривается как сложный, динамический клиничко-психологический феномен, формирующийся в процессе терапевтического взаимодействия как результат согласованности взглядов пациента и врача на проявления заболевания, методы лечения и эффекты терапии. Комплайентностью больного называется степень соответствия его поведения лечебно-реабилитационным мероприятиям.

2. Комплайенс формируется на основе осознанного восприятия симптомов болезни, представлений о ее возможных последствиях и ожиданий конкретных терапевтических результатов. Эти субъективные переживания, их элементы и связи между ними носят как адекватный, так и неадекватный характер.

3. Комплайенс имеет сложную структуру, которую составляют три функциональных блока: сенсорно-эмоциональный блок включает непосредственные впечатления и переживания, вызванные ситуацией лечения; логический – представляет система оценок и суждений для объяснения необходимости лечения и его эффектов; поведенческий – сформирован мотивами, действиями и поступками по реализации терапевтической программы.

4. Соблюдение больным терапевтического режима означает согласие с предлагаемой формой лечения, реализуемое в выполнении как медикаментозных так и немедикаментозных назначений врача, а также в изменении стиля жизни и поведения, поддерживающих болезнь.

В соответствии с уровнем соблюдения режима нами выделены следующие варианты комплайенса:

- полный (20,00% обследованных больных), характеризующийся приемом более 80% лекарств от назначенной медикаментозной схемы лечения с четким соблюдением дозировки и времени приема, следованием инструкциям относительно предписанного режима трезвости и активным участием в психокоррекционной работе;

- частичный (62,22% пациентов), означающий соблюдение схемы приема лекарств с некоторыми нарушениями (изменением дозировки или времени приема) в пределах 20%-80% от назначенного лечения, эпизодические нарушения режима трезвости и участие в психокоррекционной программе с пропуском нескольких занятий;

- низкий (17,78% больных), предполагающий соблюдение менее чем 20% лекарственных назначений, игнорирование терапевтических советов по поддержанию режима трезвости и отказ или минимальное участие в психокоррекционной работе.

Наряду с уровнями были выделены различные типы комплайенса (табл. 2), а именно: конструктивный (4,44%), формальный (15,56%), пассивный (18,89%), симбиотический (11,11%), нестабильный (27,78%), негативистический (7,78%) и дефицитарный (14,44%).

Психодиагностическими критериями выделенных типов явились: 1) критичность к симптомам и последствиям болезни, 2) степень доверия к врачу, 3) инфор-

мированность о применяемых методах лечения, 4) удовлетворенность терапевтическими результатами, 5) готовность к изменению жизненного стиля и 6) наличие поддержки семьи.

На основании полученных данных была разработана и внедрена система психокоррекции, цель которой - повышение мотивации больных с алкогольной зависимостью к лечению и оптимизация их комплайенса.

Методологической базой разработанной системы психокоррекции послужили принципы и подходы гуманистической модели психотерапии [22], а также методы когнитивно-бихевиоральной терапии [23] и теории мотивационного усиления [21].

Система психокоррекции имеет многомодульную структуру и включает 1) мотивацию к терапевтическому сотрудничеству; 2) повышение критичности к болезненным проявлениям; 3) коррекцию амбивалентного отношения к лечению; 4) мотивацию к изменению проблемного поведения; 5) мотивацию к долгосрочному приему лекарств; 6) тренинг самоуправления; 7) закрепление моделей оптимального соблюдения режима. Психокоррекционная программа рассчитана на 20 часов интенсивных занятий на протяжении основного лечебного курса.

Анализ результатов динамического психодиагностического исследования показал, что реализация разработанной системы психокоррекции способствовала формированию у больных более позитивного отношения к терапевтическому режиму, критического отношения к заболеванию и мотивации к долгосрочному сотрудничеству, что сопровождалось положительной динамикой в эмоциональной и поведенческой сферах.

Таким образом, на основании данных исследования можно сделать следующие **выводы**:

1. Комплайенс является многокомпонентным динамическим клиничко-психологическим феноменом, формирование и функционирование которого определяется сложным сочетанием ряда факторов. Комплайенс рассматривается как комплекс представлений, убеждений и действий пациента, обеспечивающий процесс соблюдения терапевтического режима. Оптимальный комплайенс больного - это надежный предиктор эффективности лечебно-реабилитационного процесса.

2. Комплайенс больных с алкогольной зависимостью различается по своему уровню и может быть полным, частичным или низким. Психодиагностическими критериями выделенных вариантов комплайенса являются: степень соблюдения схемы приема назначенных лекарственных препаратов, следование предписанному режиму трезвости и активность участия в психокоррекционной программе.

3. Предложенная нами типология комплайенса больных с алкогольной зависимостью отражает вариативность реакций пациентов на требования терапии и включает: конструктивный (наиболее оптимальный), формальный (формальное соблюдение требований терапии), пассивный (подчинение режиму без осознания его необходимости), симбиотический (зависимость от врача), нестабильный (спонтанность в соблюдении режима), негативистический (сопротивление терапевтическим мерам) и дефицитарный (некритичный к болезненным проявлениям).

4. Система психологической коррекции для оптимизации комплайенса больных с алкогольной зависи-

Таблица 2

#### Характеристика типов комплайенса больных с алкогольной зависимостью

Тип комплайенса	Характеристика типа
Конструктивный	Осознание симптомов и последствий болезни, установка на получение помощи и трезвость, доверие к врачу, стабильность при выполнении требований терапии
Формальный	Частичное осознание болезни, внешние установки на получение помощи, избирательность в отношении методов лечения, формальное отношение к терапевтическим договоренностям
Пассивный	Слабые побудительные функции мотивов, инертность, фаталистические установки, обесценивание результатов лечения, пассивное подчинение лечебным процедурам
Симбиотический	Неуверенность в оценке болезни и лечения, стремление избежать ответственности, тревожность, зависимость от врача, инфантильное поведение
Нестабильный	Спонтанность, непоследовательность, недостаточная организованность, амбивалентное отношение к лечебным рекомендациям, импульсивное поведение
Негативистический	Отрицание болезни, отсутствие эмпатии, сопротивление терапевтическим мерам и осуществление действий, противоположным требованиям и ожиданиям врача
Дефицитарный	Проявления когнитивного дефицита, отсутствие критики к болезни, равнодушное или эйфорическое поведение

мостью, разработанная на основе принципов гуманистической модели психотерапии, методов когнитивно-поведенческого подхода и теории мотивационного усиления, способствует формированию у пациентов адекватных представлений о заболевании, реалистических ожиданий относительно терапевтических результатов, а также выработке поведенческих схем соблюдения лечебного режима.

5. Учитывая всю сложность и мультифакторность рассмотренной проблемы, целесообразно продолжать работу по повышению точности диагностики нарушений режима и определить круг адекватных и информативных психометрических инструментов для оценки комплаенса. Кроме того, представляется перспективным дальнейший поиск специфических психокоррекционных подходов, направленных на повышение уровня комплаенса, включающих организацию работы с медицинским персоналом и с микросоциальным окружением больного.

#### Литература:

1. Банициков Ф. Р. *Комплаенс в психиатрии: реальность и перспективы* / Ф. Р. Банициков // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии.* – 2006. – № 4. – С. 9–11.
2. Валентик Ю. В. *Мишени психотерапии в наркологии* // *Лекции по наркологии* / Ю. В. Валентик. – М.: Нолиж, 2000. – С. 140–176.
3. Ерышев О. Ф. *Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия* / О. Ф. Ерышев, Т. Г. Рыбакова, П. Д. Шабанов. – ЭЛБИ-СПб. – 2002. – 192 с.
4. Кабанов М. М. *Охрана психического здоровья и проблема стигматизации и комплаенса* / М. М. Кабанов // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 1997. – №4. – С. 58–62.
5. Коркина М. В. *Выраженность алекситимии и уровень комплаенса у больных, перенесших инфаркт миокарда* / М. В. Коркина, М. А. Цивилько, О. А. Кисляк, С. В. Бухарева // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 1999. – Т.9, вып 4. – С. 20–23.
6. Крупицкий Е. М. *Применение фармакологических средств для стабилизации ремиссий и профилактики рецидивов при алкоголизме: зарубежные исследования* / Е.М. Крупицкий // *Вопросы наркологии.* – 2003. – № 3. – С. 51–61.
7. Любов Е. Б. *Проблема несоблюдения лекарственного режима в психиатрической практике* / Е. Б. Любов // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2001. – Т.11, вып 1. – С. 89–101.

8. Мосолов С. Н. *Современный этап развития психофармакотерапии* / С. Н. Мосолов // *Российский медицинский журнал.* – 2002. – Т. 10, № 12–13. – С. 64–68.
9. Незнанов Н. Г. *Проблема комплаенса в клинической психиатрии* / Н. Г. Незнанов, В. Д. Вид // *Психиатрия и психофармакотерапия.* – 2004. – Т.06, №4. – С. 213–214.
10. Шестопалова Л.Ф. *Психологічні фактори формування комплаенса хворих з алкогольною залежністю* / Л.Ф. Шестопалова, Н.М. Лісна // *Журнал психіатрії та медичної психології.* – 2008. – №3 (20). – С. 61–67.
11. Bebbington P. E. *The content and context of compliance* / Bebbington P. E. // *Int. Clin. Psychopharmacol.* – 1995. – Vol. 9. – P. 41–50.
12. Blackwell B. *Compliance* / Blackwell B. // *Psychother.* – 1992. – Vol. 58. – P. 161–167.
13. Fawcett J. *Compliance: definitions and key issues* / Fawcett J. // *Clin. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 56 (suppl. 1). P. 4–10.
14. Carter S. *A question of choice — compliance in medicine taking* / Carter S., Taylor D., Levenson R. // *London: Medicines Partnership, 2003.* – 26 p.
15. Colom J. *Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients* / Colom J. // *Clin. Psychiat.* – 2000. – Vol. 8. – P. 549–555.
16. Corrigan P. W. *From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia* / Corrigan P. W., Liberman, R. P., Engel, J. D. // *Hospital and Community Psychiatry.* – 1990. – Vol. 41. – P. 1203–1211.
17. Insull W. *The problem of compliance to cholesterol altering therapy* / Insull W. // *J. Inter. Med.* – 1997. – Vol. 241. – P. 317–25.
18. Kemp R., David A., Hayward P. *Compliance therapy: an intervention targeting insight and treatment adherence in psychotic patients.* *Behavioural and Cognitive Psychother* 1996; 24: 4: 331–350.
19. Kampman O. *Compliance in psychoses* / Kampman O. // *Acta Psychiat. Scand.* – 1999. – Vol. 3. – P. 167–75.
20. Littrell K. *Соблюдение режима лечения в психиатрии: что должен знать каждый врач, лечащий больных шизофренией* / Littrell K, Jones-Vaughn J. E, MacFarlane J. // *Психиатр. и психофармакотер.* – 2005. – № 7 (4). – С. 23–27.
21. Miller W. R. *Motivational interviewing with problem drinkers. The drinkers check-up as preventive intervention* / Miller W. R // *Behavioral Psychotherapy.* – 1988. – Vol. 16. – P. 251 – 268.
22. Rogers C. R. *Client-centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory* / Rogers C. R. – Boston: Houghton Mifflin Company, 1951. – 234 p.
23. Sobell M. B. *Control as a pathway to recovery from alcohol problems* // *Key trends in cognitive and behavioral therapies* / Sobell M. B, Sobell L. C. – N. Y.: John Wiley & Sons, 1996. – P. 77–85.
24. Valenstein M et al. *Antipsychotic adherence over time among patients receiving treatment for schizophrenia: a retrospective review.* *J Clin Psychiat* 2006; 67 (10): 1542–50.

#### МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ КОМПЛАСЕНСА ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ

Л.Ф. Шестопалова, Н.М. Лісна

На основі динамічного психодіагностичного обстеження 90 осіб з синдромом алкогольної залежності описано феномен комплаенса, визначено його структуру і роль у терапевтичному процесі. Виділені різні рівні комплаенса - повний, частковий, низький; створено його типологію, що включає конструктивний, формальний, пасивний, симбіотичний, нестабільний, негативістський і дефіцитарний типи. Розроблено систему психокорекції, спрямовану на підвищення мотивації до лікування і оптимізацію дотримання терапевтичного режиму у хворих на алкогольну залежність. Доведено її високу ефективність.

**Ключові слова:** комплаенс, алкогольна залежність, терапевтичний режим, мотивація до лікування, психокорекція

#### MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE COMPLIANCE OF THE PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE

L.F. Shestopalova, N.N. Lesnaya

On the basis of a complex dynamic psychodiagnocical investigation of the 90 patients with syndrome of alcohol dependence phenomenon of compliance was described. It's structure and role in the therapeutic process was determined and the various levels of compliance - full, partial, or low were highlighted. Typology of compliance includes constructive, formal, passive, symbiotic, unstable, negativistic, deficit types. The system of psychological correction, aimed at increasing the motivation to treatment and optimization of the therapeutic regimen in patients with alcohol dependence was developed. Its high efficiency was proved.

**Keywords:** compliance, alcohol dependence, therapeutic mode, motivation to treatment, psychological correction