

УМОВИ І ЗАКОНОМІРНОСТІ ФОРМУВАННЯ КОМПЛАЄНСУ ХВОРИХ НА НЕВРОЛОГІЧНІ ТА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ (ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ)

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», Харків

Розкрито зміст феномена комплаєнсу пацієнтів, визначено його структуру. Здійснено типологізацію комплаєнсу хворих на неврологічні та психічні розлади. Встановлено основні умови та закономірності формування комплаєнсу, а також його етапи. Показано, що кожний з етапів становлення комплаєнсу характеризується специфічними умовами, що відіграють ключову роль для його розвитку саме на цьому етапі.

Ключові слова: комплаєнс, психічні розлади, неврологічні розлади, лікувально-реабілітаційний процес.

Одним із пріоритетних напрямів досліджень у сучасній медичній психології є вивчення психологічних чинників лікувально-реабілітаційного процесу, насамперед проблеми дотримання хворими терапевтичного режиму [1–6]. Слід зазначити, що інтерес до цієї проблеми існував протягом всієї історії медицини, однак лише в останнє десятиліття вона стала предметом самостійних досліджень, в ході яких було запропоновано англomовний термін «комплаєнс» (*compliance* — згода, поступливість, пристосування). Найчастіше цей феномен розглядають як згоду хворого на лікування, співпрацю з лікарем, виконання всіх вимог терапії [3–8].

Відомо, що половина пацієнтів із різними хронічними захворюваннями не виконують призначень лікаря. Близько 70% пацієнтів із гіпертонічною хворобою, 60% — з астмою та 40% — із діабетом схильні порушувати терапевтичний режим, а близько чверті хронічно хворих через півроку взагалі припиняють приймати медикаментозні засоби [2]. В цілому третина дорослих пацієнтів, незалежно від діагнозу, неухильно дотримується призначеного лікування, третина — лише частково, а інші заперечують його необхідність [1]. Як правило, близько 50% інформації, отриманої від лікаря, хворі не запам'ятовують, а в 30% випадків неправильно засвоюють рекомендації [1].

Найбільш вагоме значення проблема комплаєнсу має при лікуванні психічних та неврологічних розладів, коли існують різні когнітивні й особистісні порушення, що значною мірою ускладнюють проведення лікувально-реабілітаційних заходів. У зв'язку з цим у зазначених груп пацієнтів значно складніше досягти терапевтичної співпраці, ніж у хворих із соматичною патологією. За літературними даними, 11–80% пацієнтів із психічними розладами, в тому числі до 90% хворих на

шизофренію не виконують призначень лікаря [7]. Недотримання лікарських рекомендацій у хворих на шизофренію зростає з тривалістю захворювання та розглядається як одна з головних причин низької клінічної ефективності психофармакології [8].

Порушення прихильності до лікування багато в чому пов'язані з особливостями взаємодії між лікарем і пацієнтом [9–13]. Слід зазначити, що в категоріальному апараті сучасної медичної психології існує термінологічна невизначеність у тлумаченні понять «терапевтичний альянс» (ТА), «терапевтичне співробітництво» і «комплаєнс». Ряд авторів ідентифікують ці поняття, однак слід зазначити, що вони мають суттєво різне змістовне наповнення [11, 12]. Поняття ТА описує складні динамічні взаємини між медичним спеціалістом і пацієнтом, що формуються, розвиваються та функціонують у ході лікувального процесу [13, 14]. Поняття «комплаєнс» відображає поведінку хворого по відношенню до всього спектра медичних призначень [4–6]. Результати власних досліджень вказують на наявність тісного взаємозв'язку між якістю комплаєнсу хворих та характером їх ТА з лікарем [13–15]. Можна сказати, що комплаєнс, з одного боку, є похідною ТА, а з іншого — виступає вагомим чинником підтримки належного рівня ТА.

Таким чином, аналіз сучасного стану проблеми свідчить, що, незважаючи на високу теоретичну та практичну значущість, на сьогодні існує вкрай недостатньо комплексних, ґрунтовних досліджень феномена комплаєнсу, в яких було б висвітлено його типологічні та структурні особливості, умови і закономірності формування й функціонування.

Метою цієї роботи було визначити та здійснити психологічний аналіз основних умов

і закономірностей формування комплаєнсу хворих на неврологічні та психічні розлади.

За умови інформованої згоди було обстежено 123 особи, з них — 63 (51,3%) чоловіка та 60 (48,7%) жінок у віці від 18 до 67 років (середній вік $42,6 \pm 14,2$ року). Серед обстеженого контингенту було 58 хворих на неврологічні розлади (НР), а саме — судинні захворювання головного мозку (СЗГМ); 65 хворих на психічні розлади (ПР): з діагнозом шизофренія — 29 (44,7%), рекурентний депресивний розлад легкого ступеня — 27 (41,5%), біполярний афективний розлад; поточний депресивний епізод — 9 (13,8%).

У дослідженні застосовувалися методи спостереження, психодіагностичний та математико-статистичний. Для оцінки комплаєнсу хворих використовувались «Методика діагностики рівня комплаєнтності» та «Методика діагностики типу комплаєнсу хворих» [6]. Для діагностики різних психологічних аспектів лікувального процесу застосовувалася методика для оцінки терапевтичного середовища медичного закладу «Тип терапевтичного середовища», «Методика діагностики типу ТА у пацієнтів», «Методика оцінки довіри/недовіри в системі відносин “лікар-пацієнт” (варіант для пацієнтів)» та «Методика діагностики рівня інституціональної довіри в медицині» [14, 16]. Математико-статистична обробка даних здійснювалась за допомогою методу встановлення достовірності відмінностей (за критерієм Фішера та U Манна — Уїтні) та кореляційного аналізу. Обчислення отриманих даних проводилось за допомогою пакету програм SPSS 15.0 for Windows.

Комплаєнс є багатомірним клініко-психологічним феноменом, що формується в процесі терапевтичної співпраці як результат узгодженості поглядів пацієнта та лікаря на прояви захворювання, методи лікування та ефект терапії. Ми розглядаємо комплаєнс як систему оцінок, установок, переконань, емоційних реакцій, мотивацій та дій пацієнта, що забезпечує процес дотримання лікувально-реабілітаційних рекомендацій [6]. В основі формування комплаєнсу хворого лежать суб'єктивні переживання симптомів захворювання, уявлення щодо прогнозу, перебігу та його наслідків, а також очікування конкретних терапевтичних результатів [6].

Структура комплаєнсу складається з таких основних компонентів: емоційного, установочо-оціночного, мотиваційного та поведінкового. Емоційний компонент включає безпосередні емоції та переживання, що викликані ситуацією лікування. Установчо-оціночний компонент містить систему оцінок, установок, ставлень, переконань, суджень пацієнта щодо процесу лікування. Мотиваційний — має систему мотивів лікувальної

діяльності та одужання хворого. Поведінковий компонент утворюють конкретні дії та вчинки пацієнта, спрямовані на реалізацію терапевтичної програми.

Комплаєнс можна розглядати у двох площинах — з позиції його рівня та типологічних особливостей. Рівень комплаєнсу є динамічною характеристикою, що відображає реалізовану в поведінці згоду на лікування, готовність до терапевтичної співпраці та участі у довготривалих лікувально-реабілітаційних програмах. Тип комплаєнсу відображає індивідуальні особливості системи оцінок, установок, переконань, мотивацій і дій пацієнта щодо лікувально-реабілітаційних заходів. Виділено вісім основних типів комплаєнсу пацієнтів: конструктивний, формальний, пасивний, симбіотичний, нестабільний, негативістичний, дефіцитарний та змішаний (табл. 1).

За даними дослідження, у 29,3% хворих на НР та ПР наявний високий рівень комплаєнсу, у 39,0% — помірний, у 31,7% — низький. У хворих на НР переважає високий (44,8%) рівень комплаєнсу. У 34,5% пацієнтів відзначено помірний рівень, у 20,7% — низький. Для пацієнтів із ПР здебільшого характерний помірний (43,1%) рівень комплаєнсу. У 41,5% хворих відзначається низький рівень і лише у 15,4% — високий, що достовірно рідше, ніж у пацієнтів з НР (15,4 та 44,8% відповідно, ($p \leq 0,01$)).

Аналіз типологічних особливостей комплаєнсу показав, що в цілому у хворих домінує змішаний тип (26,8%). Формальний тип діагностується у 18,8% пацієнтів, пасивний — у 12,2%, негативістичний — у 11,4%, симбіотичний та дефіцитарний — у 8,1%, нестабільний — у 6,5% хворих. У пацієнтів із НР, окрім змішаного типу (34,5%), досить часто діагностувались формальний (22,4%) та симбіотичний (17,2%) типи комплаєнсу. У хворих на ПР поряд зі змішаним типом (20,0%) відзначались негативістичний (16,9%), пасивний (16,9%), дефіцитарний (15,4%), формальний (15,4%) та нестабільний (9,2%) типи.

Порівняльний аналіз даних показав, що змішаний тип комплаєнсу частіше наявний у пацієнтів із НР, ніж у хворих на ПР (34,5 та 20,0% відповідно, ($p < 0,05$)). Пасивний (16,9 та 6,9% відповідно, ($p \leq 0,01$)) та негативістичний (16,9 та 5,3% відповідно, ($p \leq 0,01$)) комплаєнс більшою мірою характерні для пацієнтів із ПР, ніж для хворих на НР. Дефіцитарний тип комплаєнсу відзначався лише у хворих на ПР (15,4%). У хворих на СЗГМ та депресію порівняно з хворими на шизофренію частіше відзначається змішаний комплаєнс (34,5; 30,5 та 6,9% відповідно, ($p \leq 0,01$)). У пацієнтів із шизофренією частіше, ніж у хворих на СЗГМ, наявні нестабільний (13,8 та 3,4% відповідно,

Характеристика типів комплаєнсу пацієнтів

Тип комплаєнсу	Характеристика типу
Конструктивний	Усвідомлення симптомів і наслідків захворювання, спрямованість на досягнення одужання (поліпшення стану здоров'я), реалістичні очікування від проведеного лікування, оптимальна довіра до лікаря, готовність до зміни стилю життя, здатність розмежовувати власну відповідальність і відповідальність лікаря за результати лікування
Формальний	Домінування зовнішньої мотивації лікування, декларативна готовність до зміни стилю життя, формальне ставлення до лікарських призначень, низький рівень відповідальності
Пасивний	Недостатність внутрішньої мотивації лікування, інертність, пасивне виконання лікарських призначень, недостатня готовність до зміни стилю життя, низький рівень відповідальності
Симбіотичний	Емоційна залежність від лікаря, ідеалізація його образу, тривожність, прагнення уникнути відповідальності, інфантильна поведінка, низька готовність до зміни стилю життя
Нестабільний	Нестабільність поведінкових реакцій хворого в процесі лікування, недостатня організованість, амбівалентне ставлення до лікарських рекомендацій, диспропорція системи відповідальності
Негативістичний	Заперечення хвороби і необхідності лікування, відмова (повна або часткова) від виконання лікарських призначень
Дефіцитарний	Відсутність критики до симптомів хвороби у поєднанні з проявами когнітивного дефіциту, неадекватність поведінкових реакцій в ході лікування, низький рівень відповідальності
Змішаний	Значна представленість рис кількох типів комплаєнсу одночасно

($p < 0,05$) та негативістичний (24,1 та 5,3% відповідно, ($p \leq 0,01$)) типи комплаєнсу.

Результати попередніх досліджень свідчать про те, що комплаєнс хворих є однією з найважливіших характеристик лікувально-реабілітаційного процесу і тісно пов'язаний з іншими його параметрами, насамперед терапевтичним середовищем (ТС) медичного закладу та ТА між лікарем і пацієнтом [13–15]. Одним із ключових параметрів ТА є довірчі взаємини лікаря та хворого. Феномен довіри в системі взаємин «лікар — пацієнт» можна розглядати у двох аспектах: по-перше, як інституціональну довіру, тобто ставлення особистості до соціальних ролей «лікар» і «пацієнт»; загальну установку на довіру до представників цих соціальних ролей та інституту охорони здоров'я в цілому (у пацієнтів); по-друге, як специфічну форму міжособистісної довіри, що складається впродовж лікувально-реабілітаційного процесу між хворими та медичними спеціалістами і має певні рівневі та змістовні характеристики. Міжособистісна довіра у взаєминах між лікарем і хворим значною мірою опосередкована змістом їхніх соціальних ролей і пов'язана з особливостями функціонування інституціональної довіри [16, 17].

На підставі даних проведених досліджень було визначено основні етапи, умови та закономірності формування комплаєнсу хворих (табл. 2).

Виділено дві основні групи умов формування та функціонування комплаєнсу хворих, а саме —

об'єктивні та суб'єктивні умови. До об'єктивних належать середовищні та індивідуальні умови. Основними середовищними умовами є: об'єктивні характеристики ТС медичного закладу; специфіка лікувально-реабілітаційного процесу; об'єктивна ефективність лікувально-реабілітаційних заходів; характеристики мікросоціального оточення хворого. При цьому центральна у цій групі умов — ефективність лікувально-реабілітаційних заходів, оскільки саме це є їх першочерговою метою і бажаним результатом. До об'єктивних індивідуальних умов належать клінічні та соціально-демографічні характеристики пацієнта.

Суб'єктивними умовами є основні психологічні особливості хворих та психологічні складові лікувально-реабілітаційного процесу: преморбідні індивідуально-особистісні характеристики пацієнтів; специфіка їхньої мотивації лікування та одужання; особливості ставлення до хвороби та внутрішньої картини хвороби в цілому; довіра до лікаря та медицини взагалі; особливості рольової позиції при взаємодії з лікарем та ТА в цілому; особливості репрезентації ТС медичного закладу; суб'єктивна оцінка ефективності лікувально-реабілітаційних заходів.

Оскільки комплаєнс є складним структурно-динамічним утворенням, у процесі його становлення можна виділити принаймні три етапи: початковий (початок формування основних компонентів комплаєнсу), основний (остаточне

Умови, етапи та закономірності формування комплаєнсу хворих

Передумови формування	Етап становлення	Умови формування	
		суб'єктивні	об'єктивні
Преморбідні особистісні характеристики (характерологічні особливості; специфіка копінг-стратегій; мотиваційна та ціннісно-смыслова сфери особистості) Специфіка установок та атитюдів щодо медицини Особливості знань та переконань щодо методів лікування	Початковий	Мотивація лікування та одужання Міжособистісна довіра до лікаря Інституціональна довіра до медицини Особливості ТА	Середовищні умови: — об'єктивні характеристики ТС медичного закладу; — специфіка лікувально-реабілітаційного процесу; — об'єктивна ефективність лікувально-реабілітаційних заходів;
	Основний	Суб'єктивна оцінка ефективності лікування Мотивація лікування та одужання Особливості внутрішньої картини хвороби Готовність до зміни стилю життя Усвідомлення перспективи одужання Міжособистісна довіра до лікаря Особливості ТА	— характеристики мікросоціального оточення хворого. Клінічні умови: — нозологічна належність хворого; — особливості перебігу захворювання, його тяжкість і тривалість; — кількість госпіталізацій.
	Заключний	Суб'єктивна оцінка ефективності лікувально-реабілітаційних заходів	Соціально-демографічні умови: — вік хворих; — гендерна належність; — рівень освіти; — соціально-економічні особливості

формування рівня та типу комплаєнсу) та заключний (при гострих захворюваннях в ситуації одужання пацієнта та відсутності потреби у подальшому лікуванні цей етап збігається із завершенням процесу лікування; за наявності хронічних захворювань, які потребують довготривалого лікування, іноді протягом життя, цей етап комплаєнсу практично відсутній і є пролонгацією основного етапу). Кожен із цих етапів має певні особливості, специфічні задачі та умови, що відіграють ключову роль для розвитку комплаєнсу саме на цьому етапі. На початковому етапі найбільше значення мають такі характеристики, як мотивація лікування та одужання; міжособистісна довіра до лікаря; інституціональна довіра до медицини в цілому, а також особливості ТА. На основному етапі найважливішими умовами виступають: суб'єктивна оцінка ефективності лікування; мотивація лікування та одужання; готовність до зміни стилю життя; усвідомлення перспективи одужання; міжособистісна довіра до лікаря та особливості ТА в цілому. На заключному етапі найбільш значущою умовою формування комплаєнсу є суб'єктивна оцінка ефективності лікувально-реабілітаційних заходів.

Слід зазначити, що власне комплаєнс (перш за все його поведінковий та емоційний компоненти) значною мірою залежить від кожної конкретної ситуації взаємодії, в рамках якої він реалізується. Разом із тим за межами конкретних обставин перебуває система установок, оцінок, переконань особистості щодо подібних ситуацій

та сталих способів реагування на них, які утворюють певну базу для подальшої реалізації тієї чи іншої форми поведінки. У свою чергу, досвід, отриманий в кожній ситуації, певною мірою впливає на систему установок, оцінок та переконань особистості, що сприяє її трансформації. Все це утворює певні передумови формування комплаєнсу.

Отримані результати мають вагоме значення для подальшого розвитку наукових уявлень щодо моделей оптимального комплаєнсу пацієнтів, а також дають змогу розробити систему психокорекційних та психопрофілактичних втручань, спрямованих на оптимізацію комплаєнсу у різних групах пацієнтів, в тому числі у хворих на неврологічні та психічні розлади.

Список літератури

1. Клиническая психология: учебник; под ред. Б. Д. Карвасарского.— СПб.: Питер, 2006.— 960 с.
2. Гуревич К. Г. Комплаєнс больных, получающих гиполлипидемическую терапию / К. Г. Гуревич, Ю. В. Белоусов // Качественная клиническая практика.— 2004.— № 1.— С. 67–72.
3. Лутова Н. Б. Комплаєнс и психопатологическая симптоматика / Н. Б. Лутова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева.— 2012.— № 3.— С. 59–64.
4. Шестопалова Л. Ф. Особенности комплаєнса больных с алкогольной зависимостью / Л. Ф. Шестопалова // Аддикция в современном научном

- пространстве: материалы Междунар. науч.-практ. конф.; 12–13 апр. 2012, Курск.— Курск, 2012.— С. 152–156.
5. *Шестопалова Л. Ф.* Комплаенс больных с алкогольной зависимостью: моногр. / Л. Ф. Шестопалова, Н. Н. Лесная.— Харьков: ХНУ им. В. Н. Каразина, 2012.— 156 с.
 6. *Шестопалова Л. Ф.* Уровневые и типологические особенности комплаенса больных с психическими и неврологическими расстройствами // Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова, О. О. Бородавко // Вісн. Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна, серія «Психологія».— 2014.— Вип. 55, № 1110.— С. 130–135.
 7. *Atkinson J. M.* The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life / J. M. Atkinson, D. A. Coia, W. H. Gilmour // Br. J. Psychiatry.— 1996.— Vol. 168.— P. 199–204.
 8. *Данилов Д. С.* Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) / Д. С. Данилов // Психиатрия и психофармакотерапия.— 2008.— Т. 10, № 1.— С. 13–20.
 9. *Chaplin R.* How can clinicians help patients to take their psychotropic medication? / R. Chaplin // Advances in psychiatric treatment.— 2007.— Vol. 13.— P. 347–349.
 10. Negotiating styles adopted by consultant psychiatrists when prescribing antipsychotics / R. Chaplin, P. Lelliott, A. Quirk [et al.] // Advances in psychiatric treatment.— 2007.— Vol. 13.— P. 43–50.
 11. *Bordin E. S.* The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance / E. S. Bordin // Psychotherapy: theory, research and practice.— 1979.— Vol. 16 (3)— P. 252–260.
 12. *Bellack A.* Psychosocial treatment in schizophrenia / A. Bellack // Dialogues in Clinical Neuroscience. Schizophrenia.— 2001.— Vol. 3, № 2.— P. 136–137.
 13. *Шестопалова Л. Ф.* Проблема терапевтического альянса в психиатрии и неврологии / Л. Ф. Шестопалова // Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход: материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием.— Курск: КГМУ, 2011.— С. 427–431.
 14. *Шестопалова Л. Ф.* Типологічні особливості рольових позицій лікарів в умовах сучасного лікувального процесу / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова, О. О. Бородавко // Укр. вісн. психоневрології.— 2012.— Т. 20, вип. 2 (71)— С. 117–120.
 15. *Шестопалова Л. Ф.* Дослідження системи оцінок лікарів відносно терапевтичного середовища медичного закладу психоневрологічного профілю / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова // Укр. вісн. психоневрології.— 2008.— Т. 16, вип. 2 (55)— С. 74–76.
 16. *Шестопалова Л. Ф.* Доверие в отношениях врача и пациента: моногр. / Л. Ф. Шестопалова, О. О. Бородавко.— Харьков: ХНУ им. В. Н. Каразина, 2014.— 132 с.
 17. *Шестопалова Л. Ф.* Доверие в системе отношений врача и пациента и психологические факторы его формирования / Л. Ф. Шестопалова, О. А. Бородавко // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева.— 2014.— № 3.— С. 42–47.

УСЛОВИЯ И ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЛАЙЕНСА БОЛЬНЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ И ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ (ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)

Л. Ф. ШЕСТОПАЛОВА, В. А. КОЖЕВНИКОВА, О. А. БОРОДАВКО

Раскрыто содержание феномена комплаенса пациентов, определена его структура. Осуществлена типологизация комплаенса больных с неврологическими и психическими расстройствами. Установлены основные условия и закономерности формирования комплаенса, а также его этапы. Показано, что каждый из этапов становления комплаенса характеризуется специфическими условиями, которые играют ключевую роль для его развития именно на этом этапе.

Ключевые слова: комплаенс, психические расстройства, неврологические расстройства, лечебно-реабилитационный процесс.

TERMS AND REGULARITIES OF COMPLIANCE FORMATION IN PATIENTS WITH NEUROLOGICAL AND MENTAL DISORDERS (PSYCHOLOGICAL ANALYSIS)

L. F. SHESTOPALOVA, V. A. KOZHEVNIKOVA, O. O. BORODAVKO

The intention the phenomenon of compliance of patients is featured, its structure is defined. Compliance in patients with mental and psychiatric disorders is classified. The basic conditions and the regulations governing compliance formation as well as its stages were determined. It is shown that each of the stages of compliance formation is characterized by specific conditions playing a key role in its development at this stage.

Key words: compliance, mental disorders, neurological disorders, treatment and rehabilitation process.

Надійшла 10.02.2015