

Данилов Д.С.

Клиника психиатрии им. С.С. Корсакова Университетской клинической больницы №3 и Научно-образовательный клинический центр «Психическое здоровье» ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия
119435, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 9

Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации

Обсуждается роль терапевтического сотрудничества (комплаенса) в эффективности лечебного процесса. Анализируется взаимосвязь между качеством комплаенса и психологическими, клиническими, терапевтическими, социальными факторами, особенностями организации медицинской помощи. Приводятся данные об эффективности современных методов оптимизации терапевтического сотрудничества. Обсуждается качество комплаенса при различных заболеваниях. Приводятся рекомендации, направленные на его улучшение при сердечно-сосудистых, хронических инфекционных, онкологических, кожных, нервных и психических болезнях, у детей и пожилых больных.

Ключевые слова: комплаенс; приверженность лечению; согласие с лечением; терапевтическое сотрудничество; механизмы формирования; методы оптимизации; внутренние болезни; инфекционные болезни; злокачественные новообразования; кожные болезни; нервные болезни; психические расстройства; дети; пожилые больные.

Контакты: Дмитрий Сергеевич Данилов; clinica2001@inbox.ru

Для ссылки: Данилов Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2014;(2):4–12.

Therapeutic collaboration (compliance): Content of the definition, mechanisms of formation, and methods of optimization Danilov D.S.

*S.S. Korsakov Clinic of Psychiatry, University Clinical Hospital Three and «Mental Health» Research, Education and Clinical Center, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia
11, Rossolimo St., Build. 9, Moscow 119435*

The article discusses the role of therapeutic collaboration (compliance) in the efficiency of a treatment process. It analyzes the relationship between the quality of compliance and psychological, clinical, therapeutic, social factors and specific features of medical care. There are data on the efficiency of current methods for optimizing therapeutic compliance. The quality of compliance in different diseases is discussed. Recommendations are given to improve its quality in cardiovascular, chronic infectious diseases, cancers, skin, neurological, and mental diseases in children and elderly patients.

Key words: *compliance; adherence to medication; concordance with medication; therapeutic collaboration; formation mechanisms; optimization methods; internal diseases; infectious diseases; malignancies; skin diseases; neurological diseases; mental disorders; children; elderly patients.*

Contact: *Dmitry S. Danilov; clinica2001@inbox.ru*

Reference: *Danilov D.S. Therapeutic collaboration (compliance): Content of the definition, mechanisms of formation, and methods of optimization. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2014;(2):4–12.*

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2014-2-4-12>

Понятие «комплаенс» и его значение для клинической практики

До середины XX в. в медицине преобладал принцип патернализма. При назначении лечения предполагалось, что каждый больной будет неукоснительно исполнять предписания врача. Действительно, большинство пациентов соблюдали рекомендации врачей, авторитет которых был велик. Однако постепенно ситуация изменилась и внимание медицинского сообщества все чаще стали привлекать случаи несоблюдения больными полученных рекомендаций. В связи с этим в 1976–1979 гг. D. Sackett и R. Haynes [1, 2] дали определение понятию «комплаенс», после чего оно стало не-

отъемлемой частью оценки эффективности лечебного процесса в повседневной клинической практике и при проведении научных исследований. В российской медицине интерес к проблеме комплаенса возник несколько десятилетий назад в связи с общественно-правовыми изменениями и в процессе интеграции с достижениями зарубежной науки.

Значение англицизма «комплаенс» и сходных с ним понятий нуждается в пояснении из-за отсутствия единого понимания терминологии. Термин «комплаенс» (от англ. compliance – уступчивость, податливость) – это мера, характеризующая правильность выполнения больным рекомендаций врача: лекарственного лечения, нелекарственных процедур,

изменения образа жизни и т. д. Также используется термин «*приверженность лечению*» (от англ. adherence to medication). Зарубежные авторы (особенно в Великобритании) все чаще применяют понятие «*согласие с лечением*» (concordance with medication). Перечисленные термины (комплаенс, приверженность лечению, согласие с лечением) неравнозначны. Понятие «комплаенс» наделено ярким оттенком патернализма, поскольку оценивает правильность соблюдения больным медицинских рекомендаций без учета его собственного отношения к лечению. Принцип партнерства, на основании которого рекомендуется выстраивать взаимоотношения врача и больного в настоящее время [3], определяет предпочтительность использования термина «согласие с лечением». Это понятие учитывает точку зрения пациента по отношению к проводимой терапии. Некоторые авторы используют понятия, трактовка которых еще более широка: «*терапевтическое сотрудничество*» и «*терапевтический альянс*». Эти термины описывают не только правильность соблюдения больными назначений врача и их согласие придерживаться медицинских рекомендаций, но и качество взаимоотношения пациентов с системой медицинской помощи (например, желание посещать медицинское учреждение, степень доверия к врачу и т. д.). Несмотря на различия семантики, в условиях повседневной клинической практики эти понятия обычно взаимозаменяемы¹ и используются в основном для характеристики правильности соблюдения больным режима лекарственной терапии. Отчасти это связано с тем, что современные реалии не всегда позволяют выстраивать взаимоотношения врача и больного на основании партнерства из-за особенностей клинической картины или опасности некоторых заболеваний (психические расстройства, инфекции, заболевания, угрожающие жизни, и др.), психологических особенностей определенных групп больных (склонность «навязывать» врачу «особое» мнение о лечении) или низкого качества организации медицинской помощи.

Очевидно, что некомплаентное поведение больных приводит к серьезным медицинским последствиям: отсутствие или низкое качество комплаенса → недостаточная эффективность терапии → многократные пересмотры схемы лечения врачом (в случае переоценки им дисциплинированности больного в выполнении рекомендаций) → разочарование врача в успехе лечения и появление мнения о «бесперспективности» больного → дискредитация системы медицинской помощи в глазах пациента. Отсутствие терапевтического сотрудничества является одной из причин несоответствия данных об эффективности лекарственных средств, полученных в строго спланированных исследованиях, и результатов лечения, наблюдающихся в условиях повседневной клинической практики [4].

По оценке ВОЗ, примерно половина всех больных не соблюдают рекомендаций врача [5]. Модели некомплаентного поведения различны. Больной может полностью отказаться от лечения, принимать его нерегулярно, менять или перераспределять дозу лекарственного средства. Некоторые пациенты принимают те лекарства, от которых, по их мнению, можно получить больше пользы или меньше вреда, чем от препаратов, назначенных врачом (один из вариантов самолечения). Модели некомплаентного поведения у одно-

го больного могут меняться на протяжении жизни или в период лечения одного заболевания. Среди специалистов нет единого мнения, следует ли описывать комплаенс в виде качественной бинарной характеристики (наличие или отсутствие) или он должен измеряться количественно (например, от 0 до 100%). В некоторых исследованиях предлагается следующее разделение: полная приверженность, недостаточная приверженность и отсутствие приверженности терапии (больной принимает 80–90%, 60–70% и менее 60% рекомендованной дозы препарата соответственно).

Проблема способов оценки качества комплаенса до сих пор не решена. Каждый из предложенных методов имеет недостатки (высокая стоимость, обременительность выполнения, недостаточная надежность). В строго спланированных клинических исследованиях используются: определение уровня лекарств или их метаболитов в биологических жидкостях (а иногда – в иных тканях), электронный мониторинг частоты открытия емкости с лекарством (при помощи микропроцессора, вмонтированного в ее крышку), подсчет числа «неизрасходованных» таблеток, оценка частоты обращения больного к врачу для продления рецепта. Также предложено использовать специальные шкалы и опросники. Их применение возможно у широкого круга пациентов (Drug Attitudes Inventory [6], Rating of Medication Influences Scale [7], Medication Adherence Rating Scale [8], Morisky self-report Scale [9], Beliefs About Medicines Questionnaire [10]) или у определенных категорий больных (Attitudes towards Neuroleptic Questionnaire [11], Шкала медикаментозного комплаенса [12]). В повседневной клинической практике качество терапевтического сотрудничества обычно оценивается при расспросе больного. При условии доверительной беседы врач обычно может получить данные, необходимые для оценки качества комплаенса. При возникновении сомнений в искренности больного полезно расспросить его родственников. На отсутствие комплаенса могут указывать частые пропуски больным запланированных консультаций, полная потеря контакта с ним или низкая эффективность адекватно подобранной терапии. Регулярные посещения больным врача (или консультации по телефону), активное участие больного в обсуждении вопросов лечения, его доверительное отношение к врачу обычно свидетельствуют о высоком качестве терапевтического сотрудничества.

Качество терапевтического сотрудничества зависит от комплекса различных факторов. Среди них можно выделить следующие группы: психологические особенности больного, клинические особенности заболевания, особенности терапевтической программы, социальные факторы и факторы, связанные с организацией медицинской помощи. В каждой из этих групп есть факторы, способствующие формированию комплаенса и разрушающие его. Факторы, определяющие качество терапевтического сотрудничества, могут усиливать или ослаблять действие друг друга.

Терапевтическое сотрудничество и психологические факторы

В формировании модели терапевтического поведения больного главную роль играет тип внутренней картины болезни. Больной стремится к сотрудничеству с врачом и соблюдает медицинские рекомендации только при осознании факта заболевания и его последствий для здоровья, понима-

¹В настоящей статье термины «комплаенс» и «терапевтическое сотрудничество» используются в качестве синонимов.

нии того, что польза терапии перевешивает неудобства, связанные с ней. Правильная оценка больным своего состояния (гармоничный тип внутренней картины болезни) является залогом формирования комплаенса. В этом случае значение факторов, снижающих качество терапевтического сотрудничества (плохая переносимость и длительность лечения, сложность лекарственного режима, экономические затраты и др.), значительно ослабевает. При недооценке больным тяжести заболевания или при полном отрицании болезни (гипонозогнозия, анозогнозия) установить первоначальный контакт с пациентом и объяснить ему необходимость проведения лечения сложно. Еще сложнее поддержать терапевтическое сотрудничество и обеспечить соблюдение медицинских рекомендаций в течение всего периода лечения. Поскольку в основе гипонозогнозии лежит активизация незрелой формы психологической защиты – отрицания, этот тип внутренней картины болезни распространен среди больных молодого возраста и у взрослых пациентов с чертами психического инфантилизма. При преувеличении тяжести болезни (гипернозогнозия) больной ищет помощи врача и охотно соглашается на лечение. Однако в дальнейшем терапевтическое сотрудничество может нарушаться из-за недостаточного, по мнению больного, успеха терапии. Эта модель наблюдается в случае склонности больных к ипохондрии.

Качество терапевтического сотрудничества тесно связано с особенностями личности больного, в том числе потому, что они определяют тип внутренней картины болезни. Больные с повышенной тревожностью, чувством неуверенности, склонностью к сомнениям (тревожно-мнительные личности), как правило, точно выполняют предписания врача. Даже случайный пропуск приема лекарств приводит к размышлениям о последствиях случившегося. Однако терапевтическое сотрудничество у таких больных формируется только при условии их уверенности в профессионализме врача, доверии к нему. В противном случае, особенно при недостаточной эффективности лечения, эти пациенты обращаются к другим специалистам и часто меняют терапию. Больные с чертами ригидности, упорства в достижении цели и эгоцентризма (застревающие личности) четко следуют медицинским рекомендациям. Желание избавиться от недуга полностью охватывает их сознание. Напротив, гипертимные больные часто нарушают предписания врача из-за легкой переключаемости, неустойчивости интересов, недооценки тяжести заболевания. Улучшение состояния воспринимается ими как полное выздоровление, поэтому они часто прекращают лечение досрочно. При преобладании дистимических (гипотимических) черт пессимистический настрой больных способствует формированию терапевтического сотрудничества вследствие переоценки тяжести своего состояния. Однако усиление пессимизма, чувства обреченности и развитие клинически очерченной депрессии, к которой склонны такие больные, приводит к обесцениванию жизни, «пониманию» безнадежности своего состояния, бесперспективности лечения и отказу от него. Больные с шизоидными чертами личности имеют особое отношение к окружающему миру, их позиция часто не совпадает с общепринятым мнением. Установить контакт с ними, вызвать их доверие непросто. Часто они предпочитают лечиться не так, как советует врач, а так, как сами считают правильным. Среди них распространено самолечение, основанное на медицинских знаниях, полученных из книг, средств массовой информации или от знакомых.

Некоторые больные отказываются от приема лекарств вследствие негативного отношения к ним («лекарства – это яд», «лекарства могут повредить здоровью», «лекарства вызывают привыкание», «нужно лечиться природными средствами») [13]. Часто такая позиция обусловлена особенностями воспитания и социокультурными факторами и тесно связана с мировоззрением не только самого больного, но и его родственников. Опасение вредных последствий приема лекарств заставляет больного противодействовать назначениям врача. Если же терапия все-таки удалось начать, то появление побочных эффектов укрепляет негативное отношение к лечению. В тех случаях, когда мнение больного и его близких о «вреде» лекарств совпадает, убедить пациента в ошибочности его мнения, заручившись поддержкой семьи, практически невозможно.

Терапевтическое сотрудничество и клинические факторы

Большинство заболеваний манифестируют и протекают в виде субъективно тягостной симптоматики, которая обуславливает обращение больных за медицинской помощью и формирует установку на лечение. Облегчение состояния после начала терапии укрепляет доверие больного к врачу и способствует поддержанию терапевтического сотрудничества. Напротив, некоторые виды патологии развиваются исподволь и протекают бессимптомно, не принося больному ощутимого физического дискомфорта. В этих случаях заболевание часто выявляется случайно (например, при диспансерном осмотре) и только объективные данные свидетельствуют о необходимости лечения. В случаях бессимптомной патологии («у меня ничего не болит») уровень терапевтического сотрудничества довольно низок. После назначения врачом лечебных процедур больные обычно выполняют их недолго или уже с самого начала отвергают медицинскую помощь. Подобным образом терапевтическое сотрудничество может «разрушаться» в период качественных лекарственных ремиссий, когда больные не испытывают тягостных симптомов болезни. Только очередное обострение заставляет их вновь обратиться за медицинской помощью.

При лечении острых патологических процессов качество терапевтического сотрудничества более высокое, чем при терапии хронических заболеваний. Внезапно возникшая острая патология сопровождается резким ухудшением состояния больного и требует непродолжительного периода лечения. При острой патологии (или при обострении хронической патологии) соблюдение рекомендаций довольно строго контролируется медицинскими работниками, поскольку лечение часто проводится в стационаре. Однако необходимо отметить, что в условиях современной тенденции к сокращению сроков стационарного лечения и длительному «долечиванию» больных на дому качество терапевтического сотрудничества при острых заболеваниях может значительно снижаться. При хронической патологии низкое качество терапевтического сотрудничества обусловлено меньшей (чем при острых заболеваниях) субъективной тяжестью симптоматики (особенно в период лекарственных ремиссий или при бессимптомном течении болезни), большой продолжительностью лечения и проведением его преимущественно в амбулаторных условиях.

Терапевтическое сотрудничество и особенности терапии

Обращаясь за помощью к врачу, больной рассчитывает на быстрое улучшение состояния. Однако возможности современной медицины ограничены. В ряде случаев субъективно тягостные симптомы заболевания сохраняются долгое время, и для их ослабления необходимо продолжительное лечение. Несоответствие результатов лечения ожиданиям больного правомерно может привести к возникновению разочарования и появлению сомнения в квалификации врача и правильности проводимой терапии. Больные перестают соблюдать медицинские рекомендации («зачем принимать эти лекарства, если они не помогают»), отказываются от помощи, консультируются у новых специалистов. Таким образом, качество терапевтического сотрудничества зависит от продолжительности лечения. При длительной терапии оно значительно хуже, чем при краткосрочном приеме лекарств. Общее правило заключается в следующем: чем длительнее терапия, тем хуже качество комплаенса.

Одним из основных препятствий на пути к формированию терапевтического сотрудничества является развитие побочных эффектов лекарственной терапии. В первую очередь это относится к неожиданным, субъективно тягостным и длительным нежелательным явлениям. Например, если после начала лечения у больного развилось сильное головокружение, о риске которого он не был предупрежден, это правомерно вызовет испуг. В свою очередь страх возможного ухудшения состояния вследствие лечения может привести к отказу от его продолжения, по крайней мере до следующего посещения врача. Иногда побочные эффекты терапии могут быть настолько субъективно тяжелы, что по сравнению с ними страдание от болезни воспринимается пациентом как меньшее зло. Большое значение имеет отношение больного к нежелательным последствиям терапии. Например, появление необильной сыпи у пациента, для которого внешность не имеет большого значения, не приведет к нарушению комплаенса, а пациент, фиксированный на своем внешнем виде (особенно при сверхценном отношении), скорее всего прекратит лечение.

Важным терапевтическим фактором, влияющим на качество комплаенса, является удобство приема лекарств. Простота схемы лечения (небольшое число лекарств, однократный или двукратный суточный прием, удобное время приема, простой способ дозирования) способствуют соблюдению больными назначений врача. Напротив, большое число различных препаратов, необходимость их приема несколько раз в день в строго определенное время, сложность дозирования часто способствуют нарушению лекарственного режима.

Терапевтическое сотрудничество, организация медицинской помощи и социальные факторы

Уровень организации медицинской помощи играет важную роль в формировании терапевтического сотрудничества. Качество комплаенса зависит от частоты медицинских осмотров. Описан феномен «белого халата»: больные лучше соблюдают лекарственные назначения в течение недели до посещения врача и в течение недели после него [14]. Поэтому при планировании терапевтической программы большое значение должно уделяться регулярности диспан-

серного наблюдения. В свою очередь регулярность посещения больным врача зависит от доступности медицинской службы. Чем проще попасть на прием (удобство расположения медицинского учреждения, небольшое время ожидания в очереди и т. д.), тем чаще больной будет обращаться за помощью. Многие пациенты ведут активный образ жизни, поэтому, назначая консультацию, нужно учитывать их жизненный стиль. Терапевтическое сотрудничество формируется лучше, если больной знает, что при необходимости может быстро связаться с врачом, например по телефону. В случае развития непредвиденного побочного эффекта такая консультация успокоит больного и предотвратит «разрушение» терапевтического сотрудничества. При беспомощности пациента, тяжелом течении заболевания, ограничивающем возможность посещения амбулатории, качество терапевтического сотрудничества будет выше при активном патронаже на дому врачами и медицинскими сестрами.

Большую роль в формировании комплаенса играет качество взаимоотношений врача и больного. Менторский стиль поведения врача полезен лишь у ограниченного числа больных. Многие больные рассчитывают не только на квалифицированную медицинскую помощь, но и на хорошие межличностные отношения. Поэтому терапевтическое сотрудничество формируется легче, если общение врача и больного построено на уважении, доверии и партнерстве [15]. Важны активное участие пациента в разработке плана терапии, учет его мнения при выборе лечения. При соблюдении этого условия у больного появляется чувство ответственности за успех терапии, и он будет лучше следовать тактике лечения, выработанной совместно.

Качество терапевтического сотрудничества зависит от социального и семейного положения больного. При наличии работы, активной социальной позиции, высоком уровне образования у больных формируется прочная установка на выздоровление из-за опасения потери своего статуса в связи с болезнью. Такие пациенты лучше соблюдают медицинские рекомендации, чем больные с низким социальным положением. Качество терапевтического сотрудничества выше у семейных больных, чем у одиноких. Наличие близких людей способствует осознанию больным значения своего здоровья. Некоторые больные стремятся к выздоровлению из-за нежелания быть обузой для родных. Формированию терапевтического сотрудничества способствует активное вовлечение родственников в процесс лечения. Получены данные о зависимости качества комплаенса от социокультурных особенностей больных и этнического фактора [16, 17].

Современные подходы к формированию и улучшению качества терапевтического сотрудничества

Выявление факторов, определяющих низкое качество терапевтического сотрудничества, позволяет включить в лечебную программу специальные методы, направленные на его коррекцию. Для достижения комплаенса рационально использовать несколько методик одновременно [13].

Образовательные программы основаны на предоставлении больному информации о заболевании (проявлениях, причинах, последствиях и методах лечения), обучении распознаванию признаков болезни и необходимому терапевтическому поведению. По такому принципу построены школы больных сахарным диабетом, гипертонической болез-

нию, шизофренией и другими заболеваниями, которые создаются на базе медицинских учреждений и предполагают занятия больных (или их родственников) в группе. В зависимости от поставленных задач обучение может проводиться врачами или квалифицированными медсестрами.

Оптимизация индивидуальной терапевтической программы заключается в достижении лучшей переносимости лечения. При выраженной субъективной тяжести побочных эффектов, если возможно, необходимо пересмотреть терапевтическую тактику и назначить лекарства с лучшей переносимостью или препараты для коррекции нежелательных явлений. Оптимизация терапии подразумевает подбор удобного режима приема лекарств и его включение в жизненный стиль больного. Рационально использовать минимальную кратность приема (1 или 2 раза в день) в удобное для больного время. Предпочтительно применять лекарства с длительным периодом полувыведения или их пролонгированные формы. Назначая лечение, больному необходимо предоставить понятные инструкции о схеме приема терапии (в том числе письменные). Упрощение лекарственного режима, учет распорядка дня и жизненного стиля особенно важны у социально активных больных.

Большое значение в правильности соблюдения медицинских рекомендаций имеет *формирование партнерства и доверия* между врачом и больным. Если пациент не доверяет врачу, скорее всего он не только не будет следовать рекомендациям, но и откажется от его помощи. Необходимо учитывать пожелания больного и, если возможно, использовать их при выработке тактики терапии. Важно дать понять пациенту, что его мнение имеет значение при выборе метода лечения. Соблюдение этих условий поможет сформировать у больного чувство уверенности в успехе терапии и ответственности за достижение результата.

Оптимизация терапевтического сотрудничества способствуют регулярные осмотры больного при *диспансерном наблюдении*. Напоминание о предстоящем визите, например по телефону, помогает вовлечь больного в процесс взаимодействия с врачом и повышает эффективность диспансерного наблюдения. Если больной пропустил посещение врача, полезно связаться с ним и узнать о причинах пропуска визита. Посещения врача желательно назначать в удобное для больного время. При необходимости пациент должен иметь возможность внеочередного визита к врачу. В диспансерном наблюдении должны участвовать медсестры и социальные работники, в обязанности которых может входить активный патронаж больного. Регулярные посещения больным врача необходимы не только для оценки эффективности лечения, но и для поддержания доверительных отношений и повторного подкрепления инструкций о приеме лекарств.

Привлечение семьи в лечебный процесс в ряде случаев более важно, чем применение других методов оптимизации терапевтического сотрудничества. Так, у беспомощных пациентов именно родственники могут контролировать соблюдение правильности приема лекарств. Во всех случаях большую роль играет психологическая поддержка, которую могут оказать больному близкие.

Методы *поведенческой терапии* заключаются в использовании больными специальных размеченных контейнеров, в которые в соответствии со схемой лечения раскладывают лекарства. Это значительно упрощает процедуру их приема. Можно рекомендовать больному использовать для

напоминания о приеме лекарств звуковые сигналы (часов или телефона). При приеме лекарств несколько раз в неделю пациентам рекомендуется отмечать в календаре даты последнего и предстоящего приемов. Планируя схему лечения, необходимо поинтересоваться привычками и распорядком дня больного.

В широком смысле любой метод, направленный на формирование и оптимизацию терапевтического сотрудничества, включает в себя *психотерапевтический компонент*, который иногда даже более важен, чем непосредственная суть метода. Вместе с тем для формирования терапевтического сотрудничества используются специальные психотерапевтические методики, направленные на коррекцию внутренней картины болезни, личностных черт и механизмов психологической защиты, препятствующих формированию комплаенса. Психотерапия должна проводиться подготовленным специалистом, так как разрушение устойчивых защитных механизмов, которые больной «использует» для преодоления стресса, связанного с болезнью, приводит к фрустрации. Поэтому одновременно с выработкой адекватного реагирования на заболевание больной нуждается в психологической поддержке в связи с актуализацией неприятной, стрессовой информации (признание болезни). Одной из специальных психотерапевтических методик является комплаенс-терапия — метод психотерапии, направленный на повышение готовности к лечению психически больных [18, 19].

Комплаенс при некоторых внутренних болезнях

Качество терапевтического сотрудничества при гипертонической болезни определяется субъективной тяжестью симптомов заболевания. Самочувствие больных обычно ухудшается во время гипертонических кризов. В межкризовые периоды физический дискомфорт возникает редко, что создает ошибочное впечатление здоровья. Поэтому типичная модель терапевтического поведения часто характеризуется эпизодическим приемом лекарств при ухудшении состояния. После его стабилизации многие больные прекращают принимать лекарства и выполнять другие рекомендации врача. При бессимптомном течении гипертонической болезни большинство больных не знают о наличии заболевания. Как правило, оно выявляется случайно. В этих случаях важность лечения часто недооценивается. Более половины таких пациентов прекращают принимать лекарства в течение года после их назначения [5]. COMPLAENS при антигипертензивной терапии может нарушаться из-за развития субъективно неприятных побочных эффектов (например, сильный дискомфорт может доставлять кашель при приеме ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента). При формировании терапевтического сотрудничества важную роль играют психологические факторы. Свойственные многим пациентам с гипертонической болезнью гипертимные черты личности препятствуют установлению прочного комплаенса. Склонность пациентов с гипертонической болезнью к подавлению в условиях конфликта внешних форм поведения («агрессивности») препятствует вербальному выражению несогласия с врачом. Таким больным проще самостоятельно прекратить лечение, чем вступить в дискуссию со специалистом, высказав свои пожелания.

Качество терапевтического сотрудничества при ишемической болезни сердца также связано с тяжестью заболе-

вания. Причиной обращения к врачу чаще всего является тягостное, мучительное состояние. При приступах стенокардии, перенесенном инфаркте миокарда больные правильнее выполняют рекомендации врача, чем пациенты с малосимптомным течением болезни [13]. Однако в целом риск нарушения рекомендаций врача больными с ишемической болезнью сердца довольно высок и, по некоторым данным, достигает 60% [20]. Отчасти это обусловлено свойственными таким больным чертами личности (установка на самоутверждение, стремление к успеху, потребность в конкуренции с окружающими, активный образ жизни). Ограничительные рекомендации (соблюдение диеты, отказ от курения и алкоголя, дозирование физических нагрузок, необходимость длительного приема лекарств) часто несовместимы с их стремлением к быстрому возвращению к привычному ритму жизни.

При всех формах сердечно-сосудистой патологии качество терапевтического сотрудничества ограничивается длительностью (пожизненно) терапии. Оно также снижается из-за необходимости ежедневного многократного приема большого числа лекарств в случае сопутствующих заболеваний и осложнений (гиперхолестеринемия, сахарный диабет, нарушение мозгового кровообращения, нефропатия, энцефалопатия и др.).

Повышению качества комплаенса больных с сердечно-сосудистой патологией способствует использование образовательных программ, причем наиболее эффективны групповые методы (школы больных с гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца). Очень важно упростить лекарственный режим и достичь доверия больного к врачу. Большое значение имеет психотерапевтическое воздействие, направленное на нивелирование патологических особенностей, формирование новых жизненных установок и коррекцию отношения к заболеванию. Залогом высокого качества терапевтического сотрудничества является поддержка больного его близкими [17].

Больные сахарным диабетом нуждаются в пожизненном приеме противодиабетических средств. Рекомендации врача при этом заболевании достаточно «обременительны» для больных из-за необходимости приема лекарств (в том числе инсулина) несколько раз в день [13] через строго определенные промежутки времени, соблюдения строгой диеты и контроля уровня сахара в крови. Однако риск низкого качества комплаенса компенсируется эффективностью индивидуальных и групповых образовательных и обучающих программ (школы больных сахарным диабетом) и регулярностью диспансерного наблюдения. Высокое качество терапевтического сотрудничества поддерживается благодаря назначению пролонгированных форм инсулина и пероральных противодиабетических средств. Серьезным ограничением на пути к поддержанию терапевтического сотрудничества являются формирование психоорганического синдрома, развитие неврологических нарушений и нарастание беспомощности у больных в поздних стадиях заболевания. На этом этапе ответственность за правильность выполнения медицинских рекомендаций ложится на родственников больного.

Комплаенс при злокачественных новообразованиях

Больные с онкологическими заболеваниями нарушают рекомендации врача реже, чем пациенты с другой хронической соматической патологией. Хотя часть врачей при ус-

тановлении диагноза не информируют о нем пациентов, больные в большинстве случаев догадываются о тяжести своего состояния. При обнаружении опухоли больной начинает лечение в надежде на выздоровление или продление жизни, хотя лучевая или химиотерапия ассоциируется с тяжелыми побочными эффектами. Поскольку лечение, как правило, проводится в стационаре, соблюдение терапии контролируется медицинскими работниками [13]. Несмотря на это, у некоторых больных качество терапевтического сотрудничества остается довольно низким. Отсутствие комплаенса может быть связано с недооценкой пациентом тяжести своего состояния (гипонозогнозия и анозогнозия на этапе «отрицания» онкологического заболевания), с развитием депрессии или с побочными эффектами терапии. На поздних стадиях болезни терапевтическое сотрудничество, как правило, высокое, так как паллиативная терапия (например, прием анальгетиков) облегчает мучительное состояние больного. Однако некоторые пациенты могут отказаться от проведения паллиативной лучевой терапии, химиотерапии или хирургического вмешательства. Для обеспечения высокого качества терапевтического сотрудничества необходима психологическая поддержка больного близкими и медицинскими работниками.

Комплаенс при хронических инфекционных заболеваниях

Формирование комплаенса при лечении ВИЧ-инфекции чрезвычайно важно, поскольку снижение дозы антиретровирусных препаратов всего лишь на 5–10% (от рекомендуемой) значительно ослабляет подавление репликации вируса и приводит к развитию его устойчивости к химиотерапии [21]. Несмотря на общеизвестный факт смертельной опасности ВИЧ-инфекции, по данным ВОЗ, только треть ВИЧ-инфицированных правильно выполняют медицинские рекомендации. Низкое качество комплаенса у ВИЧ-инфицированных определяется сложным режимом лекарственной терапии (большое число препаратов, их многократный суточный прием), необходимостью соблюдения диеты (несовместимость лекарств с некоторыми продуктами), плохой переносимостью лечения (диарея, тошнота, рвота, периферическая невропатия и др.). Отсутствие полноценного терапевтического сотрудничества отчасти связано с необходимостью самостоятельного приобретения дорогостоящих лекарств. ВИЧ-инфицированные сталкиваются с проблемой потери поддержки близкими и социальной изоляцией. Достижению комплаенса препятствуют психопатологический фактор (зависимость от психоактивных веществ, патологические особенности, депрессия). Для устойчивого комплаенса у пациентов с ВИЧ-инфекцией необходима организация постоянной психологической помощи со стороны врачей, родственников, психологов и социальных работников. Большое значение имеют программы по бесплатному обеспечению лекарствами.

Хронические вирусные гепатиты в большинстве случаев долгое время протекают бессимптомно. Поэтому рекомендации врачей о необходимости симптоматической или этиотропной терапии могут отвергаться больными в связи с отсутствием субъективно тягостных симптомов заболевания и незнанием его отдаленных последствий. Прекращение приема лекарств в процессе лечения обычно связано с субъективной тяжестью побочных эффектов (гриппоподоб-

ная симптоматика и др.) или высокими затратами на приобретение лекарств. Однако при формировании первоначальной мотивации к лечению большинство больных завершают курс терапии. Поддержанию прочной установки на выздоровление способствует высокий уровень образования и социального положения. У больных наркоманией (особенно в стадии активного злоупотребления) и у пациентов с патохарактерологическими личностными особенностями комплаенс формируется редко. Даже если терапия была начата, риск ее досрочного прекращения очень высок. Сохранению комплаенса при лечении хронических вирусных гепатитов способствуют регулярное проведение образовательных программ и индивидуальная психологическая поддержка больного.

Хорошее качество терапевтического сотрудничества в начале терапии туберкулеза определяется осознанием больным тяжести своего состояния (субъективно тягостные симптомы, осведомленность общества о последствиях болезни). Однако качество комплаенса может снижаться из-за плохой переносимости противотуберкулезной терапии и ее длительности. Соблюдению медицинских рекомендаций способствует система обязательного диспансерного наблюдения. Одновременно регулярность посещений больного врача приводит к формированию между ними личностных отношений, что также способствует поддержанию терапевтического сотрудничества. Сложнее всего обеспечить правильное соблюдение приема лекарств у больных алкоголизмом, психическими заболеваниями и у асоциальных пациентов. В этих случаях необходим их активный патронаж или стационарное лечение, во время которого прием противотуберкулезной терапии строго контролируется медицинскими работниками.

Комплаенс при кожных заболеваниях

Основные факторы, обеспечивающие высокое качество терапевтического сотрудничества при хронических заболеваниях кожи (псориаз, экзема и др.), — испытываемый больными физический дискомфорт (зуд) и явления внешней и самостигматизации (чувство стыда, ощущение своей непривлекательности, брезгливое отношение окружающих). Желание вылечиться особенно сильно у молодых больных и пациентов с высоким уровнем образования и активной жизненной позицией. У некоторых пациентов, например при сверхценном отношении к своей внешности, изменение кожи играет роль сильнейшего психотравмирующего фактора. В этих случаях необходимость устранения «косметического» дефекта овладевает сознанием больного, доминирует в иерархии мотивов, подавляя другие жизненные потребности. В то же время при низкой эффективности лечения и его продолжительности значение терапевтического вмешательства в иерархии мотивов снижается. Больные «привыкают» к заболеванию, «сживаются» с ним. Формирование и поддержание терапевтического сотрудничества в этих случаях возможно благодаря психологической поддержке больного.

Комплаенс при неврологических заболеваниях

Больные, перенесшие инсульт, часто теряют способность к самообслуживанию из-за двигательных расстройств и нарушений чувствительности. Гибель нервной ткани приводит к формированию психоорганического синдрома со

снижением критики, нарушением памяти и осмысления ситуации, эмоциональными расстройствами. Поскольку стационарное лечение таких больных контролируется медицинским персоналом, то основные препятствия к достижению терапевтического сотрудничества возникают на этапе амбулаторной терапии. В этой ситуации качество комплаенса зависит от активности участия в лечебном процессе родственников больного. У одиноких больных большую роль играет патронаж, осуществляемый медицинскими и социальными работниками. При нарушении двигательной активности у психически сохранных больных необходимо обеспечить удобство приема лекарств, которые можно оставлять в специальной емкости рядом с пациентом.

Многие больные эпилепсией охотно начинают лечение, поскольку припадки являются сильным стигматизирующим фактором. Однако необходимо учитывать, что у некоторых больных стигматизация приводит к социальной изоляции, в том числе к избеганию обращения за медицинской помощью [13]. Формированию терапевтического сотрудничества способствуют характерные изменения личности больных эпилепсией (ригидность, пунктуальность, эгоцентризм), определяющие четкое выполнение рекомендаций врача. Препятствием к достижению терапевтического сотрудничества могут стать: предубеждение больных против противосудорожных средств, «меняющих психику», и развитие эпилептического слабоумия (в поздних стадиях болезни). На этапе длительной терапии необходимо обеспечить хорошую переносимость лечения и упростить лекарственный режим. Важную роль играет активное диспансерное наблюдение.

В начальных стадиях болезни Паркинсона больные, как правило, четко выполняют медицинские рекомендации, поскольку двигательные расстройства затрудняют жизнедеятельность и являются стигматизирующим фактором. Улучшение состояния после начала лечения укрепляет терапевтическое сотрудничество. Несмотря на это, больному необходимо объяснить важность длительного приема лекарств, поскольку временное устранение симптомов заболевания может привести к возникновению ошибочного убеждения в выздоровлении. При длительном течении болезни терапевтическое сотрудничество нарушается из-за развития депрессии или нарастания беспомощности (выраженные двигательные расстройства, формирование деменции). Поэтому большое значение имеют упрощение процесса приема лекарств и вовлечение в терапевтический процесс близких больного.

Комплаенс при психических заболеваниях

При психической патологии достигнуть терапевтического сотрудничества гораздо сложнее, чем при соматических заболеваниях. У больных психозами отсутствует критика к своему состоянию. Попытки оказания медицинской помощи воспринимаются ими как насилие и вызывают активное противодействие. Нежелание лечиться может быть связано с бредовым толкованием событий, например, назначение лекарств воспринимается как «отравление». При депрессии больной может не принимать лекарства не только из-за отсутствия критики (в том числе из-за мыслей о бесперспективности жизни), но и из-за выраженной двигательной заторможенности (депрессивный ступор). Убедить больных самостоятельно принимать лекарства в период психоза почти невозможно, поэтому лечение проводится в стационаре.

наре. Улучшение состояния с формированием критики способствует достижению комплаенса, больные начинают принимать лекарства сами и продолжают лечение после выписки. Однако при амбулаторном лечении терапевтическое сотрудничество обычно непродолжительно. Его «разрушение» может быть связано с развитием побочных эффектов, которые особенно тяжело переносятся больными в домашних условиях, с опасением, что длительное лечение может повредить здоровью, со стигматизацией («лекарства не дают забыть о болезни»). У многих больных появляется уверенность в выздоровлении, и они прекращают контакт с врачом. Комплаенс в период амбулаторного лечения достигается благодаря диспансерному наблюдению, активному вовлечению близких больного в лечебный процесс, образовательным программам или применению специальных психотерапевтических методик (комплаенс-терапии).

При заболеваниях, сопровождающихся развитием слабоумия (атрофические процессы, сосудистое поражение головного мозга и др.), возможность формирования терапевтического сотрудничества очень низка из-за нарушений памяти, осмысления ситуации, снижения критики. Больные становятся беспомощными, нуждаются в уходе. В этих случаях прием лекарств должен контролироваться родственниками больного, которым необходимо объяснить важность лечения и дать четкие инструкции относительно схемы терапии.

При психической патологии невротического уровня (неврозы, невротическая депрессия, вялотекущая шизофрения) психопатологические расстройства, как правило, субъективно тяжело воспринимаются больными и оцениваются критично. Большинство таких пациентов охотно начинают лечение. Однако некоторые пациенты имеют предубеждения против психотропных средств, «вызывающих зависимость», «разрушающих мозг, печень». Ухудшение комплаенса также может быть связано с развитием побочных эффектов или появлением мнения о выздоровлении. Комплаенс при расстройствах невротического уровня достигается улучшением переносимости терапии, коррекцией отношения больных к побочным эффектам, объяснением необходимости длительного лечения и формированием доверия больного к врачу.

Комплаенс в педиатрии

Восприятие заболевания ребенком ограничивается переживанием неприятных физических ощущений. Ребенок не прогнозирует последствий болезни, не может оценить пользу терапии. От окружающих он ждет помощи, которая быстро облегчит его состояние. Прием лекарств у детей контролируется их родными. Однако родственники мо-

гут столкнуться с нежеланием ребенка принимать лекарства из-за испуга перед таблеткой; прошлого опыта, когда прием лекарств вызвал неприятные ощущения («таблетка горькая»); страха инъекции. Протест против лечения проявляется детскими способами эмоционального реагирования (плач, крик) и примитивными реакциями избегания (сжимает губы, убегает, прячет лекарства). При нежелании ребенка принять лекарство необходимо использовать игровые методы. При выборе лекарства приоритет следует отдать препарату в цветной оболочке, которая должна вызвать интерес, форме драже или сиропа с приятным вкусом. Терапевтическое сотрудничество при лечении детей может нарушаться из-за несогласия их родных с рекомендациями врача, например из-за негативного отношения к лекарствам или недоверия («лекарства вредны для здоровья», «Вы лечите не так, как нужно»). Для убеждения полезно воспользоваться помощью коллег (совместные консультации), предложить осмотр другим специалистом, заручившись его поддержкой, или отдельно побеседовать со всеми взрослыми членами семьи ребенка, чтобы определить возможного партнера для участия в лечебном процессе.

Комплаенс у больных пожилого и старческого возраста

Пожилые пациенты часто страдают несколькими заболеваниями, лечение которых проводится разными специалистами. Больные вынуждены принимать много лекарств в разных дозах и в разное время. Сложный режим терапии затрудняет формирование терапевтического сотрудничества. Появление побочного эффекта одного лекарства может нарушить комплаенс в отношении лечения другим хорошо переносимым препаратом. В старческом возрасте больные часто теряют способность к самообслуживанию из-за снижения выносливости к нагрузкам, общего одряхления, нарушения зрения (катаракта), неврологических расстройств (парезы, нарушение функции тазовых органов), психических изменений (психоорганический синдром), патологии костной системы (перелом шейки бедра) и др. Беспомощность нарушает комплаенс даже в случае желания пациента лечиться [22]. Соблюдение режима терапии у таких больных обеспечивается благодаря помощи близких или сиделок. У более сохранных больных полезно использовать специальные приспособления для приема лекарств и звуковые сигналы, напоминающие о времени их приема. Важно, чтобы лекарства хранились в доступном месте или на виду. Необходимо в понятной форме объяснить больному, как нужно принимать лекарства, предоставить четкие письменные инструкции. Поддержанию терапевтического сотрудничества способствует активный патронаж таких больных на дому.

ЛИТЕРАТУРА

1. Sackett DL. Introduction and the magnitude of compliance and noncompliance. In: Compliance with therapeutic regimens. Sackett DL, Haynes RB, editors. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1976. P. 1–25.
2. Haynes RB. Introduction. In: Compliance in Health Care. Haynes RB, Sackett DL, Taylor DW, editors. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1979. P. 1–18.
3. Ястребов ВС. Проблемы патернализма и партнерства в психиатрии. Психиатрия. 2012;4(56):7–13. [Yastrebov VS. Paternalism and partnership problems in psychiatry. *Psikhiatriya*. 2012;4(56):7–13. (In Russ.)]
4. Данилов ДС. Индивидуальный выбор современной психофармакотерапии шизофрении (основные принципы, обсуждение результатов клинических исследований и некоторые практические рекомендации). Психиатрия и психофармакотерапия. 2008;10(6):50–7. [Danilov DS. Individual choice of modern psychopharmacotherapy of schizophrenia (basic principles, discussion of results of clinical trials and some practical recommendations). *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2008;10(6):50–7. (In Russ.)]
5. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003, 212 p.
6. Hogan TP, Award AG, Eastwood R. A self-

- report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine*. 1983;13(1):177–83. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700050182>.
7. Weiden P, Rapkin B, Mott T, et al. Rating of medication influences (ROMI) scale in schizophrenics. *Schizophrenia Bull*. 1994;20(2):297–310. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/20.2.297>.
8. Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for psychosis. *Schizophr Res*. 2000;42(3):241–7. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964\(99\)00130-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964(99)00130-9).
9. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67–74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>.
10. Horne R, Weinman J, Hankins M. The Beliefs about Medicines Questionnaire: the development and evaluation of treatment: reliability a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychological Health*. 1999;14:1–24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/08870449908407311>.
11. Kampman O, Lehtinen K, Lassila V, et al. Attitudes towards neuroleptic and validity of the attitudes towards neuroleptic treatment (ANT) questionnaire. *Schizophr Res*. 2000;45(3):223–34. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964\(99\)00204-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964(99)00204-2).
12. Лутова НБ, Борцов АВ, Вукс АЯ и др. Метод прогнозирования медикаментозного комплаенса в психиатрии (методические рекомендации). Санкт-Петербург: ИЦ С-Пб НИПНИ им. В.М. Бехтерева; 2007. 25 с. [Lutova NB, Bortsov AV, Vuks AY, et al. *Metod prognozirovaniya medikamentoznogo komplensa v psikiatrii (metodicheskie rekomendatsii)* [Method of forecasting medicamentous complaens in psychiatry (methodical recommendations)]. St-Petersburg: ITs S-Pb NIPNI im. V.M. Bekhtereva; 2007. 25 p.]
13. Carter S, Taylor D, Levenson R. A question of choice – compliance in medicine taking: A preliminary review. 3rd ed. London: Medicines Partnership; 2005. 101 p.
14. Cramer JA, Scheyer RD, Mattson RH. Compliance declines between clinic visits. *Arch Intern Med*. 1990;150(7):1509–10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.1990.00390190143023>.
15. Наумова ЕА, Шварц ЮГ. Выполнение большими врачами назначений: эффективны ли вмешательства, направленные на улучшение этого показателя? Международный журнал медицинской практики. 2006;(1):48–60. [Naumova EA, Shvarts YuG. Performance by patients of medical appointments: whether the interventions directed on improvement of this indicator are effective? *Mezhdunarodnyi zhurnal meditsinskoi praktiki*. 2006;(1):48–60. (In Russ.)]
16. Tucker CM, Petersen S, Herman KC, et al. Self-regulation predictors of medication adherence among ethnically different pediatric patients with renal transplants. *J Pediatr Psychol*. 2001;26(8):455–64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/26.8.455>.
17. Byrd ChE. Understanding adherence to the typical anti-hypertensive treatment regimen: An expanded self-regulation theory based prediction model. A dissertation for the degree of doctor of philosophy. Gainesville. 2004. 190 p.
18. Kemp R, David A, Hayward P. Compliance therapy: an intervention targeting insight and treatment adherence in psychotic patients. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*. 1996;24(4):331–50. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S135246580001523X>.
19. Шлафер АМ. Метод комплаенс-терапии в системе лечения больных шизофренией. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург. 2012. 26 с. [Shlafer AM. *Metod komplensa-terapii v sisteme lecheniya bol'nykh shizofreniei* [Komplayens-therapy method in system of treatment of patients with schizophrenia]. Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. St-Petersburg. 2012. 26 p.]
20. Коркина МВ, Цивилько МА, Кисляк ОА и др. Выраженность алекситимии и уровень комплаенса у больных, перенесших инфаркт миокарда. Социальная и клиническая психиатрия. 1999;9(4):20–2. [Korkina MV, Tsivil'ko MA, Kislyak OA, et al. Expressiveness of an alexitimia and level compliance at the patients who have had a myocardial infarction. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 1999;9(4):20–2. (In Russ.)]
21. Goudge J, Ngoma B, Schneider H. Adherence to anti-retroviral drugs: Theorising contextual relationships. Johannesburg: Centre for Health Policy; 2004. 35 p.
22. Vik SA, Maxwell CJ, Hogan DB, et al. Assessing medication adherence among older persons in community settings. *Canadian J Clin Pharmacol*. 2005;12(1):152–64.

Исследование не имело спонсорской поддержки. Автор несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.