Башкирский государственный медицинский университет
кафедра Педагогики психологии 2018г.
БИОЭТИКА

Лекция

Комплаентность

Внутренняя картина болезни

Особенности психического реагирования пациента на заболевание

Лектор Липатова Елена Ефратовна

Комплаентность

- **Комплаентность** (от англ. *Patientcompliance*), **приверженность лечению** — степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями, полученными от врача.

ПРИНИМАЕМОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ

- Приверженность пациента к лечению (ПРИНИМАЕМОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ) может проявляться как по отношению к приёму препаратов, так и к другим врачебным назначениям, но чаще этот термин используется именно по отношению к фармацевтическим препаратам.

Приверженность терапии

- В отношении других указаний врача чаще используется термин «**приверженность к терапии»** (анг. *adherencetotherapy*), который означает **«соблюдение указаний врача».**

Комплаентность определяется множеством факторов, среди которых

по ***И.П. Лапину***

- - **Удобство приёма препарата**. Чем меньше приёмов в сутки и меньше комбинаций/сочетаний/прочих условий приёма, тем проще пациенту будет соблюдать приём препарата

- *И самое лучшее лекарство не поможет больному, если он отказывается его принять*
- *М. Сервантес*

- **Значение приверженности к терапии в лечении кардиологических заболеваний**
- *А.О. Конради*
- *ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова Росздрава», Санкт-Петербург*

Количество препаратов

По *А.О. Конради*

- Существует обратная зависимость между количеством принимаемых препаратов и комплаентностью. Это связано с тремя основными причинам:
  1) большей стоимостью многокомпонентной терапии,
  2) сложностью режима приема и соответственно большей вероятностью отклонений,

Количество препаратов

- 3) субъективным неприятием больного, включая страх большого количества препаратов и соответственно некорректный их прием.

  Так, при увеличении количества принимаемых таблеток в день от одной до 4 вероятность соблюдения приверженности снижается вдвое.

Смена препарата

- Данные целого ряда исследований отчетливо показали, что чем быстрее происходит подбор эффективного лечения, тем лучше в последующем приверженность больного к нему.
- Кроме того, было показано, что меньшее число смен препаратов оказывает позитивный психологический эффект на больного и способствует его комплаентности.

Смена препарата

- Так, если в течение первых 6 мес лечения наблюдалось только одно изменение в терапии, то количество некомплаентных пациентов в последующие 6 мес составило лишь 7%.
- Если терапия изменялась дважды, то соответствующее уменьшение приверженности было уже в пределах 25%.

По данным ВОЗ

- Одной из важнейших причин сохраняющегося недостаточного контроля артериального давления (АД) является низкая приверженность пациентов к лечению.
  Согласно докладу ВОЗ как минимум 50% больных АГ не принимают прописанные им лекарственные препараты.

По данным ВОЗ

- По мнению врачей, низкая приверженность к терапии является причиной отсутствия достижения целевого АД у 70% пациентов.

По данным ВОЗ

- Несмотря на то что проблема низкой приверженности к лечению активно обсуждается в литературе последних лет, а также выделяется как важная составная часть успешной терапии кардиологических заболеваний большинством практических рекомендаций, существует огромная пропасть между теоретическим пониманием важности этой проблемы и реальными мероприятиями в практическом здравоохранении, направленными на повышение приверженности к лечению

- Комплаентность (приверженностью к лечению) – степень соответствия поведения больного (в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни) рекомендациям, полученным от врача.
- В более узком смысле под комплаентностью в лечении подразумевается соответствие реального количества принимаемых препаратов предписанному.

Факторы риска

- связанные
- с препаратом и схемой лечения
- – Количество препаратов
  – Кратность приема
  – Размер и вкус таблетки
  – Упаковка
  – Длительность терапии
  – Стоимость лечения
  – Сложность схемы
  – Побочные эффекты

Методы оценки приверженности к лечению (комплаентности)

Метод	Преимущества	Недостатки
Прямой вопрос	Простота	Необъективность
Счет препаратов	Относительная простота	Нет информации об истинно принятых препаратах и соблюдении режима приема.
Измерение концентрации препаратов или их метаболитов в крови (или в моче)	Доказательство приема препарата	Техническая сложность Высокая стоимость Отсутствие данных о регулярности приема
Электронные мониторы	Информация о режиме приема Ежедневный мониторинг	Техническая сложность Высокая стоимость Отсутствие доказательства истинного приема препаратов

Комплаентность определяется множеством факторов, среди которых

- **Адекватное отношение к своему заболеванию**. Если пациент считает, что заболевание«несерьезное»или неизлечимое соответственно и принимать лекарства он не будет. (неадекватное отношение к болезни)

Потенциальные факторы риска плохой приверженности к лечению

- Демографические причины

- Возраст
- Пол
- Уровень образования
- Социально-экономический статус
- Социальная занятость
- Этническая принадлежность

Комплаентность определяется множеством факторов, среди которых

- - **Контакт врача и пациента.** Если врач не смог найти с пациентом психологического контакта, то комплаентность снижается (отсутствие терапевтического сотрудничества)

Комплаентность определяется множеством факторов, среди которых

- **Уровень значимости лечения и медицины** в макро и микромире пациента (референтной группе) влияющий на позицию пациента. Низкому уровню авторитета врача и медицинского сообщества, соответствует низкий уровень доверия и комплаентности. (когнитивная оценка и построение патерна поведения)

Факторы риска

- связанные
- с заболеванием
- – Отсутствие или наличие симптомов
  – Стабильность клинических симптомов

Факторы риска

- Связанные с пациентом
- – Понимание болезни
  и ее последствий
  – Принятие угрозы здоровью
  – Понимание выгоды лечения, в том числе
  экономический
  – Мотивация больного
  и семьи
  – Участие больного
  в решении

Факторы риска

- Связанные с взаимодействием пациент–врач
- – Обстоятельства при визите
  – Доступность помощи
  – Качество и эффективность диалога
  – Время визитов
  – Отношение врача к больному и его болезни
  – Адекватность предоставляемой больному информации
  – Кратность визитов

Комплаентность определяется множеством факторов, среди которых

- - **Вторичные выгоды от заболевания** (например, получение денежных выплат, пособий, льгот по инвалидности) будут снижать комплаентность, даже если они не осознаны (утилитарное отношение к заболеванию)

Комплаентность определяется множеством факторов, среди которых

- - **Психические расстройства любого уровня**: от невротических тревожно-депрессивных реакций на факт наличия заболевания, требующего лечения до психотических расстройств и умственной отсталости (неадекватное отношение к заболеванию).

Проблемы нарушения приверженности к лечению и пути их решения

Проблема	Путь решения
Побочные эффекты терапии	Использование низких доз
Сложность схем дозирования	Использование препаратов, требующих приема 1 раз в сутки
Синдром рикошета вследствие пропусков в лечении	Использование длительнодействующих препаратов
Длительность подбора терапии	Раннее использование комбинированной терапии
Полипрагмазия	Использование фиксированных комбинаций
Высокая стоимость терапии	Использование дженериков и фиксированных комбинаций

Субъективное отношение к заболеванию

- Субъективное или «внутренняя картина болезни».
- Суть его заключается в интеллектуальной интерпретации диагноза заболевания, когнитивной оценки его тяжести и прогноза и в формировании на этой основе эмоционального и поведенческого паттерна.

внутренняя картина болезни

- Для пациента ВКБ складывается из понимания механизмов возникновения неприятный и болезненный ощущений, оценки их значения для будущего.
- ВКБ своеобразная реакция на болезнь в виде эмоционального переживания и выбора способа действий и поведения в новых для человека условиях.

внутренняя картина болезни

- Объективная тяжесть болезни – информация о летальности , вероятности инвалидизации и хронификации патологического процесса.
- Однако, как правило, пациент редко полностью доверяет медицинским данным. Он склонен анализировать ситуацию через призму субъективной тяжести болезни, основываясь на ведомых только ему или его субкультуральной группе (семье, микро коллективу) отношениях к заболеванию

внутренняя картина болезни

- Субъективное восприятие болезни больным, или аутопластическая картина болезни (по Р. А. Лурии) имеет следующие стороны:
  - **Сенситивную** (связанную с ощущением боли в местах поражения);
  - **Эмоциональную** (страх, тревога, надежда, т.е. эмоциональные переживания);
  - **Волевую** (усилие справиться с болезнью, позаботиться об обследовании и лечении);
  - **Рациональную и информативную** (знание о болезни и ее оценка)

ВКБ

- Обусловленность аутопластической картины болезни можно условно разделить на три области
- 1. **Характер болезни** (острая или хроническая, требующая амбулаторного или стационарного лечения, консервативного или хирургического вмешательства)

ВКБ

- 2. **Обстоятельства при которых протекает болезнь:**

Проблемы и неуверенность, которые приносит болезнь: - «Чем я болен? Говорит ли мне врач правду?» и т.д.;

Среда, в которой происходит болезнь (домашняя обстановка, если она спокойна, доброжелательна, облегчает переживание болезни; помещение в больницу часто действует удручающе);

Причины болезни: считает ли больной виновником заболевания себя или других. Если больной хотя бы косвенно виноват сам, то он обычно проявляет больше усилий к выздоровлению; если виновником заболевания являются другие, то процесс выздоровления несколько затягивается.

ВКБ

- Преморбидная личность (т.е., какой она была до заболевания). При этом имеют значения следующие факторы:

Степень общей чувствительности к прямым особенно неприятным, факторам, (воздействиям) например, к боли, шуму, клиническим методам обследования;

Характер эмоциональной реактивности – эмоциональные больные более подвержены страху, тревоге, больные колеблются между безнадежностью и оптимизмом. Довольно спокойные в эмоциональном отношении натуры относятся к своей болезни рассудительно;

Характер и шкала ценностей – люди с повышенным чувством ответственности и долга по отношению к семье и обществу стараются выздороветь быстрее. Люди же с низкой степенью ответственности по отношению к близким часто используют болезнь для своей выгоды и пользы;

Медицинская сознательность проявляется реальной оценкой болезни и соответственной оценкой собственной ситуации.

Отношение больного к болезни

- **Адекватным (нормальное),** т.е. соответствующие состоянию больного или тому, что было сообщено ему о болезни;

Отношение больного к болезни

- **Пренебрежительным,** когда больной недооценивает серьезность заболевания, не лечиться, не бережет себя, в отношении прогноза болезни проявляет необоснованный оптимизм;

Отношение больного к болезни

- **Отрицающим,** когда больной не обращает внимания на болезнь, не обращается к врачу, отгоняя от себя мысли о болезни и рассуждения о ней.
- Диссимуляция – скрывание болезни и ее признаков. Характерна для группы психиатрических заболевании /алкоголизм/. Встречается при заболеваниях (стигмированные заболевания), результатом которых являются объективные и субъективные ограничения для больного, например при туберкулёзе – длительное лечение, возможно стационарное, при сифилисе длительное лечение, возможно стационарное, извещение о заболевании, выявление очага инфекции и т.д., в хирургии – возможность операции. Диссимуляция может быть защитным механизмом личности

Отношение больного к болезни

- **Нозофобным,** когда больной несоразмерно боится болезни, повторно обследуется, меняет врачей. Он в большей или меньшей степени понимает, что его опасения преувеличены, но не может бороться с ними. (фобии)

Отношение больного к болезни

- **Ипохондрическим,** когда больной убежден (часто субъективно) в том, что страдает тяжелым заболеванием. При этом больной переоценивает в неблагоприятную сторону тяжесть своего состояния, при этом объективных данных нет.

Отношение больного к болезни

- **Нозофильным,** связанно с определенным успокоением больного и психологически «приятными» ощущениями при болезни. Данная ситуация вытекает из факта, освобождения больным от неприятных для него обязанностей. Семья внимательно к больному и больше заботиться о нем.

Отношение больного к болезни

- **Утилитарным,** является высшим проявлением нозофильной реакции. Утилитарное отношение к заболеванию может иметь тройную мотивировку.
- Получение сочувствия, внимания и лучшего отношения;
- Выход из неприятной ситуации, как, например, заключение, военная служба, ненавистная работа, обязанность платить алименты.
- Получение материальных выгод: пенсия, отпуск, свободное время, которое можно выгодно использовать м в экономических целях.

Отношение больного к болезни

- **Аггравация** – преувеличение признаков заболевания и субъективных жалоб, может быть полностью сознательным. А может носить форму в виде защитного механизма психики.
- **Симуляция** – сознательная продукция симптомов. Это притворство, с помощью которого стремятся создать впечатление о болезни.

Отношение больного к болезни

- Типы психологического реагирования По Личко А.Е., Иванову Н.Я.
- **1. Гармоничный.**
- Реальная оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть. Стремление во всем активно содействовать выздоровлению. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза (инвалидизации) переключение интересов на доступные области жизни или заботу о своих близких.

Отношение больного к болезни

- **2. Тревожный.**
- Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методов терапии, непрерывный поиск «авторитетов». В отличие от ипохондриков больных с тревожным типом реагирования на болезнь больше интересуют не собственные субъективные ощущения, а объективные данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов). Поэтому больные предпочитают больше слушать, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение - угнетенное вследствие высокой тревожности. Тревожный тип психического реагирования на заболевание является наиболее типичным. Он базируется на возможном изменении личностного статуса больного во время или после болезни. Проявлением тревоги может быть повышенный интерес пациента к медицинской литературе, придирчивость к медицинскому персоналу, нацеленность на перепроверку получаемых от врачей сведений о болезни.

Отношение больного к болезни

- **3. Ипохондрический.**
- Сосредоточение на субъективных болезненных или неприятных ощущениях. Стремление постоянно предъявлять жалобы Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней. Преувеличение побочного действия терапии (лекарств). Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур. Пациент с ипохондрическим типом реагирования склонен к эгоцентризму. При беседе с любым человеком он не способен сдержаться, что бы ни перевести разговор на тему здоровья и не пожаловаться на свое очень тяжелое, сложное, необычное заболевание, при этом очень детально описывая свои жалобы. Негативную реакцию ипохондрика вызывает недоверие к его жалобам со стороны окружающих, их упреки в симуляции и преувеличении тяжести расстройства с целью извлечь выгоду.

Отношение больного к болезни

- **4. Меланхолический или депрессивный тип реагирования на болезнь**
- Удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных. Меланхолический, или депрессивный тип реагирования на болезнь нередко обусловлен имеющийся у пациента негативной информацией о прогнозе заболевания. Нередко он встречается у медицинских работников.

Отношение больного к болезни

- **5. Апатический / Гипоапатический.**
- Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса ко всему, что раньше было актуальным.

Отношение больного к болезни

- **6. Неврастенический / Астенический**
- Поведение по типу «раздражительной слабости». Непереносимость болевых ощущений. Нетерпеливость. Неспособность ждать облегчения. Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, при неблагоприятных данных обследования. В последующем – раскаяние за беспокойство и несдержанность. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и часто завершается раскаянием и слезами. Неврастенический / Астенический тип реагирования является наиболее распространенным и неспецифическим ответом организма и личности на заболевание. Его основой является раздражительность, которая захватывает как физические явления (яркий свет, громкие звуки, резкие запахи), так и отношение к окружающим. Пациент становиться капризным, требовательным. Он ищет ласки, участие, успокоения. Склонен к вспышкам гнева, если его ожидания в отношении поведения окружающих не оправдываются («Вы специально шумите, хотите меня в гроб свести», «Вам безразлично судьба мамы»).

Отношение больного к болезни

- **7. Обсессивно – фобический**
- Тревожная мнительность, прежде всего, касается опасения не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а так же возможных (но малообоснованных) из-за болезни неудач в жизни, работе, семье. Воображаемые ситуации волнуют более чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы. При обсессивно – фобическом реагировании на болезнь доминирующими становятся навязчивые мысли, опасения и, особенно, ритуалы. Пациент становиться суеверным. Он придает особое значение мелочам, которые превращаются для него в своеобразные символы (к примеру, расценивает шансы своего излечения в зависимости от того, каком порядке войдут в палату врач и медицинская сестра; от того, троллейбус какого маршрута подойдет к остановке раньше). Невротические ритуалы связаны с повышенной тревожностью пациента и направлены на защиту от них.

Отношение больного к болезни

- **8. Сенситивный.**
- Основой сенситивного отношения к болезни является рефлективный стиль мышления, ориентация на мнение и оценку окружающих. В связи с этим существенным становиться не собственные болезненные или неприятные ощущения вследствие болезни, а реакция на информацию о болезни со стороны референтной группы. Больные переживают не по поводу своего заболевания, а опасаются того, что окружающие станут их избегать, считать неполноценными, пренебрежительно относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине или природе заболевания. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагожелательного отношения с их стороны в связи с этим. Такие пациенты склонны к извиняющемуся стилю поведения. Они нередко в ущерб своему здоровью стесняются обращаться к врачу или медицинской сестре («Зачем их отвлекать по пустякам») даже в случаях угрожающего для жизни состояния. Отмечается робость, застенчивость, повышенная скромность таких пациентов.

Отношение больного к болезни

- **9. Эгоцентрический /Истерический .**
- Основной мотив поведения это привлечение к собственной персоне внимания окружающих. Требование исключительной заботы – все должны забыть и бросить все и заботиться только о больном. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». В других людях, также требующих внимания и заботы, видят только «конкурентов» и относятся к ним неприязненно. У больных с эгоцентрическим / истерическим типом реагирования на болезнь наблюдается постоянное желание показать свое особое положение, свои страдания, и переживания, свою исключительность в отношении болезни с целью полного овладения вниманием окружающих. «Уход в болезнь», «бегство в болезнь» нередко используется ими для упреков и шантажа окружающих. Жалобы описываются больными очень красочно и сопровождаются манерной жестикуляцией и выраженной мимикой. Эмоции пациента носят гротескный характер.

Отношение больного к болезни

- **10. Эйфорический.**
- Необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежение, легкомысленно отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само собой все обойдется». Желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течение болезни. Эйфорический тип отражает беспечность человека в отношении собственного здоровья. Он становиться наигранно весел, болтлив, суетлив. Подобное реагирование может носить защитный характер или отражать характерологические особенности.

Отношение больного к болезни

- **11. Анозогнозический**
- Активное отбрасывание мыслей о болезни, о возможных ее последствиях. Непризнание себя больным. Отрицание очевидного в проявлениях болезни, приписывание их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание обойтись своими средствами. Непризнание себя больным и отрицания у себя наличия симптомов болезни (анозогнозия) встречается довольно часто. Они могут отражать внутреннее неприятие статуса больного, нежелание считаться с реальным положением вещей. С другой стороны они могут отражать заблуждения человека по поводу значимости признаков болезни. Активное непризнание себя больным встречается, например, при алкоголизме, поскольку способствует уклонению от лечения.

Отношение больного к болезни

- **12. Эргопатический**
- «Уход от болезни в работу». Даже при тяжелом течении болезни продолжают работать. Трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время. Больные пытаются сочетать обследование и лечение с работой. Некоторые пациенты расценивают любой недуг через призму вызова своему «Я». Поэтому они стараются не поддаваться болезни, активно перерабатывают себя, преодолевают недомогание, боль. Их позиция заключена в том, что нет такого заболевания, которого нельзя было бы преодолеть своими силами. При этом часто такие пациенты являются принципиальными противниками лекарств («Я за свою жизнь ни разу анальгетиков не принимал», - с гордостью говорят они).

Отношение больного к болезни

- **13. Паранойяльный.**
- Уверенность в том, что болезнь является результатом чьего – то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление предписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злому умыслу врачей и персонала. Обвинения и требование наказания в связи с этим.

Психологические особенности больных с различными соматическими заболеваниями

- 1. Вероятность летального исхода.
- 2. Вероятность инвалидизации и хронификации.
- 3. Болевая характеристика болезни.
- 4. Необходимость радикального или палиативного лечения.
- 5. Влияние болезни на возможность поддерживать прежний уровень общения

Психологические особенности больных с различными соматическими заболеваниями

- 6. Социальная значимость болезни и традиционное отношение к заболевшим в микросоциуме.
- 7. Влияние болезни на семейную и сексуальную сферы.
- 8. Влияние болезни на сферу развлечений и интересов.

Отношение больного к болезни

- Ряд критериев, по которым личность больного при хроническом и длительном течении заболевания, считается измененной (В.В. Николаев)

1. Изменение содержания ведущего мотива деятельности (формирование нового мотива ведущей деятельности)

Отношение больного к болезни

2. Замена содержания ведущего мотива деятельности содержанием более низкого порядка (например, мотив «самообслуживания» при ипохондрии)
3. Снижение опосредованной деятельности (деятельность упрощается, целевая ее структура обедняется).

Отношение больного к болезни

4. Сужение основного круга отношений человека с миром, т.е. сужение интересов, обеднение мотивационной сферы.
5. Нарушение степени критичности и самоконтроля.

Отношения врач-больной

- Правила начала беседы с больным.

1. Называйте больного по имени и отчеству.
2. Выслушивайте больного со вниманием.
3. Не употребляйте по возможности медицинских терминов.
4. Ведите беседу на уровне, доступном больному.

Кафедра Педагогики психологии

- Липатова Елена Ефратовна
- Спасибо за внимание