

КОМПЛАЕНС ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА
С ПОЗИЦИИ БИОСОЦИАЛЬНОЙ КОНЦЕПЦИИ

*Вероника Андреевна Богачева, Юлия Вадимовна Коцюбинская,
Владимир Алексеевич Михайлов, Татьяна Сергеевна Алексеева*

*Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева,
192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, e-mail: ronika1988@mail.ru*

Реферат. Представлена биосоциальная модель комплаентности на примере болезни Паркинсона и выявлена взаимосвязь уровня комплаентности с социальным функционированием пациентов с болезнью Паркинсона. Анализ взаимосвязи показал, что чем выше уровень комплаентности больного с болезнью Паркинсона, тем выше уровень социального функционирования; в частности, у лиц с высоким уровнем комплаентности, вероятнее всего, будет диагностироваться более высокий уровень эмоционального комфорта. Биопсихосоциальный подход в области психического здоровья предполагает учет и анализ взаимодействия физических (болезненных), психических (поведенческих) и социальных (взаимодействие с социальным окружением, врачом) факторов.

Ключевые слова: комплаенс, приверженность лечению, болезнь Паркинсона, биопсихосоциальная концепция.

COMPLIANCE WITH PARKINSON'S DISEASE FROM
THE STANDPOINT OF BIOPSYCHOSOCIAL CONCEPT

Veronica A. Bogacheva, Julia V. Kotsubinskaya,
Vladimir A. Mikhailov, Tatyana S. Alexeeva

V. M. Bekhterev National Medical Research Centre of
psychiatry and neurology, 192019, St. Petersburg,
Bekhterev str., 3, e-mail: ronika1988@mail.ru

The article presents a biosocial model of competence on the example of Parkinson's disease. The interrelation between the level of compliance and the social functioning of patients with Parkinson's disease is found. An analysis of the relationship showed that a higher level of patient's compliance with Parkinson's disease corresponds to a higher level of their social activity, in particular – a higher level of emotional comfort is most likely to be diagnosed in people with a high level of compliance. Biopsychosocial approach in the field of mental health presupposes accounting and analysis of the interaction of physical (painful), mental (behavioral) and social (interaction with the social environment, the doctor) factors.

Key words: compliance, adherence to treatment, Parkinson's disease, biopsychosocial concept.

Точность выполнения больным рекомендаций врача, как лекарственных, так и нелекарственных процедур, обозначается термином «compliance». Это стало неотъемлемой частью оценки эффективности лечения в повседневной медицинской практике и при проведении научных исследований. Комплаенс включает в себя не

только приверженность пациента терапии, но и его сотрудничество с врачом, согласие на лечение в целом. Биосоциальная модель объясняет феномен комплаентности (КП) как взаимосвязь клинических, терапевтических и социальных факторов. Среди клинических факторов выделяют показатель субъективно тягостной симптоматики, переживаемой личностью, – страдания, вызванные заболеванием, побуждают человека обратиться за медицинской помощью и формируют его установку на лечение. Большое влияние на КП оказывает терапевтический фактор, продолжительность лечения, побочные эффекты, режим приема лекарств. Не менее значимой в плане воздействия на КП является категория социальных факторов (в том числе семья как микросоциальная среда человека), а также организация медицинской помощи [3].

Нонкомплаенс – это отсутствие КП. В его основу заложены негативные ожидания пациентов, возникшие как когнитивно-аффективные последствия отрицательного опыта безуспешного лечения, как разочарование в результатах и неверие в успех. Длительный срок лечения, сложная схема приема лекарств, недостаточный объем информации о заболевании и назначенном лечении, субъективное ухудшение самочувствия, побочные эффекты также считаются значимыми причинами нонкомплаентности. Вследствие этого закономерно, что упрощение схемы приема и пути введения лекарств повышает КП [2].

На практике оценка уровня КП и патологии его механизмов решается двумя методами – прямым и косвенным. Прямой метод означает непосредственный контроль приема лекарственных средств, измерение уровня концентрации лекарств и метаболитов в крови, а также оценку биологических маркеров в крови. Косвенный метод заключается в опросе пациента, его самоотчете, ведении им дневника, подсчете таблеток

и учете использования выписанных рецептов [6]. Низкая КП может объясняться множеством причин. Часть их относится к самому пациенту (особенности его личности, состояние его здоровья, наличие сопутствующих заболеваний), некоторые – к используемым методам терапии (неудобный режим приема препаратов, необходимость их многократного приема в течение дня и т. п.), другие – связаны с особенностями личности самого врача и особенностями назначения им препарата [10, 13]. В тех случаях, когда после начала лечения болезни Паркинсона (БП) наступает значительное облегчение состояния пациента, уменьшение двигательных и немоторных нарушений, возникает тесное сотрудничество между врачом и пациентом, так называемый «медовый месяц». Но часто больной воспринимает такое улучшение состояния как полное выздоровление, что влечет за собой сокращение или полное прекращение приема лекарств, приводящее к ухудшению его здоровья [1, 9]. Надо отметить, что схемы лечения пациентов с БП могут быть сложны – к комбинации нескольких дофаминергических средств нередко добавляются препараты для коррекции вегетативных и психических нарушений, что подразумевает их многократный прием в течение суток. Пациент с БП в среднем одновременно принимает 2–4 противопаркинсонических препарата, а с учетом приема препаратов по поводу сопутствующих заболеваний эта цифра достигает 5 [5]. Большинство больных с БП входят в старшую возрастную группу. Им часто необходима помощь близких и родственников в обеспечении режима приема препаратов. При этом, если мнение больного и его родственников о «вреде» лекарств совпадает, то лечащий врач должен не только обучить пациента правильному приему препаратов, но и контролировать его [1, 4]. Данные зарубежных исследований показывают, что низкий уровень КП выявляется у 12,5–89% пациентов с БП [11, 12]. Вместе с тем F.V. Valldeoriola et al. в 2010 г. [14] продемонстрировали интересные факты: по мнению неврологов, 93,6% их пациентов выполняют назначения врача, но в действительности эта цифра составляла всего 60,4%. Данные тестирования по этому же опроснику российским исследователем А.И. Тумгоевой в 2011 г. [8] показали, что у 85% больных наблюдалась низкая приверженность терапии. Исследователи отмечали, что пациенты самостоятельно изменяли разовую дозу препарата, часто пропускали одну или несколько доз в сутки, неточно соблюдали временные интервалы между приемами или полностью отказыва-

лись от приема препарата, не ставя в известность об этом врача.

При таком хроническом прогрессирующем и на сегодняшний день неизлечимом заболевании, как БП, проблема КП стоит особенно остро. Большинство пациентов с БП составляют пожилые лица, страдающие нарушением памяти, депрессией, апатией и сопутствующими хроническими заболеваниями. Этот контингент можно рассматривать как пациентов с относительно высоким риском нонкомплаенса [5]. Таким образом, с позиции биопсихосоциального подхода, успешность курации пациентов с хроническим прогрессирующим дегенеративным заболеванием центральной нервной системы во многом зависит от их эмоциональной настроенности на лечение, одобрения, поддержки микроокружения и доверия к лечащему врачу.

Цель исследования – изучить КП пациентов с БП и выявить взаимосвязь КП с социальным функционированием.

Материал и методы. Было обследовано 60 пациентов с БП – 30 с акинетико-ригидной и 30 – с преимущественно дрожательной формами (диагноз устанавливался по критериям банка головного мозга Общества БП Великобритании – A.Hughes et al., 1992), степени тяжести 2–2,5 по Хен и Яру, в возрасте от 50 до 87 лет. Из общего числа участников 28 были мужского пола, 32 – женского. Для оценки уровня КП (социальной, эмоциональной и поведенческой) использовался опросник «Уровень КП» [3]. Для оценки уровня выраженности социально-психологической адаптации и связанных с адаптацией отдельных черт личности применялась методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда (адапт. А.К. Осницкого) [7].

Статистический анализ результатов исследования был осуществлен с использованием специализированного программного образования – программы статистического анализа IBM SPSS. Для проверки нормальности распределения показателей исследования был использован статистический критерий Колмогорова–Смирнова. Полученное асимптотическое значение критерия при расчете менее 0,05 – распределение не является нормально распределенным, более 0,05 – нормально распределенное. Статистический анализ результатов исследования осуществлялся с использованием t-критерия Стьюдента. Корреляционный анализ осуществлялся с использованием коэффициента линейной корреляции Пирсона в случае данных, соответствующих нормальному

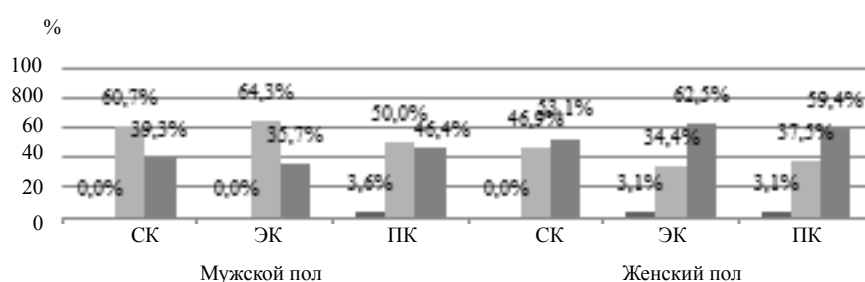
распределению, и коэффициента ранговой корреляции Спирмена – в случае данных, которые не соответствуют нормальному распределению.

и 67,9% участников мужского пола имеют в целом высокий уровень общей КП (от 81 до 120 баллов показатель удовлетворительных КП отношений).

Таблица 1

Распределение показателей КП с учетом гендерного признака

Вид комплаентности	Мужской пол M ±m	Женский пол M ±m	Z Колмогорова– Смирнова	Критерий Стьюдента
Социальная	27,1±4,89	30,8±4,58	0,9	-2,39 p<0,05
Эмоциональная	28,9±4,44	30,4±5,54	1,04	-1,18
Поведенческая	28,6±6,38	31,5±5,7	1,0	-1,83
Общий показатель	84,6±7,4	92±4,6	0,87	-1,95



СК – социальная комплаентность, ЭК – эмоциональная комплаентность, ПК – поведенческая комплаентность.

Рис. 1. Комплаентность у мужчин и женщин с болезнью Паркинсона.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования было определено (табл. 1), что у большинства опрошенных диагностируется преобладание средних значений показателей социальной КП, эмоциональной КП, а также поведенческой КП (при норме от 35 до 40 баллов). Пациенты женского пола демонстрировали более высокие показатели социальной КП ($p<0,05$) как стремление соответствовать предписаниям врача, обусловленное ориентацией на социальное одобрение. Склонность к соблюдению врачебных рекомендаций, обусловленная повышенной впечатлительностью и чувствительностью, определяемая в качестве эмоциональной КП, не отличается по полу и достигает нормальных показателей 28–30 баллов. Стремление к соблюдению врачебных рекомендаций, направленное на преодоление болезни, воспринимаемой как препятствие, изучаемое в данном исследовании в качестве поведенческой КП, несколько выше у женщин (31,50 балла) по сравнению с мужчинами (28,64 балла).

Исходя из полученных данных, можно говорить о том, что преобладающие значения различных аспектов КП у мужчин – это средний уровень, тогда как у женщин выявлены высокие значения различных аспектов КП. По общим, суммарным показателям КП, 87,5% пациентов женского пола

Средний уровень показателей КП диагностируется у 32,1% у участников мужского и 12,5% участников женского пола (см. рис.).

По результатам статистического анализа с использованием критерия Колмогорова–Смирнова было выявлено, что по показателям КП данные соответствуют нормальному распределению, что обуславливает целесообразность использования непараметрического критерия Стьюдента. Определено, что статистически достоверные различия диагностируются по показателю «социальная КП» (при уровне статистической значимости $p<0,05$). Полученные данные позволяют говорить о том, что лица с БП женского пола характеризуются достоверно более высоким уровнем социальной КП, что свидетельствует о том, что женщины в большей степени стремятся соответствовать предписаниям врача, что обусловлено ориентацией на социальное одобрение, по сравнению с участниками мужского пола. Достоверных различий в показателях КП у лиц с акинетико-ригидной формой БП и дрожательно-ригидной формой БП выявлено не было.

В рамках исследования социально-психологической адаптации (по данным опросника социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда) было определено (табл. 2), что участ-

Распределение показателей социально-психологической адаптации по полу

Шкалы опросника	Мужской пол М ±m	Женский пол М ±m	Z Колмогорова–Смирнова
Адаптивность	124,89±21,14	128,75±25,01	0,41
Деадаптивность	74,75±29,48	77,72±32,63	0,64
Принятие себя	38,61±10,55	39,31±11,73	0,69
Непринятие себя	11,75±6,68	12,50±7,21	0,75
Принятие других	25,36±4,79	26,66±5,17	0,74
Непринятие других	14,29±7,03	15,00±9,24	0,86
Эмоциональный комфорт	19,54±4,09	20,84±8,09	0,72
Эмоциональный дискомфорт	18,36±7,73	18,66±9,75	0,60
Внутренний контроль	52,61±6,94	52,03±9,84	0,52
Внешний контроль	18,68±10,41	18,50±8,92	0,96
Доминирование	7,00±4,19	7,03±4,62	0,66
Ведомость	17,07±5,34	18,41±6,35	0,78

ники мужского и женского пола характеризуются преимущественно средним уровнем адаптации, в пользу чего говорит преимущественно нормативный уровень адаптивности (127 баллов) и сниженный уровень показателя деадаптивности (76,33 балла). Большинство участников исследования имеют средний уровень принятия себя (39 баллов) на фоне сниженного уровня непринятия себя (12,15 балла). Показатели эмоционального комфорта преимущественно среднего уровня у участников и мужского, и женского пола. Среднее значение показателя эмоционального комфорта в выборке – 20,23 балла, тогда как эмоционального дискомфорта – 18,52 балла. Следует отметить, что показатели внутреннего контроля являются преобладающими над показателями внешнего контроля в двух группах исследования, что позволяет говорить о том, что данные лица в значительной степени считают все происходящие в их жизни события обусловленными их собственной активностью, а не влиянием внешних обстоятельств. У пациентов с БП преобладающими являются показатели ведомости над показателями доминирования, а также выраженной является тенденция к проявлению среднего (адаптивного) уровня эскапизма.

Таким образом, на основании результатов исследования особенностей социально-психологической адаптации можно заключить, что для лиц с БП характерным является средний уровень адаптивности, средний уровень самопринятия и принятия других, сниженный уровень интернальности. В ходе корреляционного анализа были определены корреляции показателей эмоционального комфорта как одного из аспектов соци-

ально-психологической адаптации и показателей эмоциональной КП ($r=0,33$; $p<0,01$), поведенческого компонента ($r=0,30$; $p<0,05$), а также интегрального компонента КП ($r=0,32$; $p<0,05$). У лиц с высоким уровнем эмоционального комфорта, вероятнее всего, будет диагностироваться высокий уровень эмоционального и поведенческого аспектов КП.

В рамках исследования было определено, что существуют специфические особенности проявления КП у лиц с БП. В ходе статистического анализа выявлен ряд достоверных корреляционных связей КП и социальной адаптации. Определены корреляции показателей эмоционального комфорта как одного из аспектов социально-психологической адаптации и показателей эмоциональной КП ($r=0,33$; $p=0,01$), поведенческого компонента ($r=0,30$; $p=0,05$), а также интегрального компонента КП ($r=0,32$; $p=0,05$). У лиц с высоким уровнем эмоционального комфорта вероятнее всего будет диагностироваться высокий уровень эмоционального и поведенческого аспектов КП. В целом полученные в ходе корреляционного анализа данные позволяют говорить о том, что у лиц, которые имеют высокий уровень эмоциональной и поведенческой КП, вероятнее всего, будут диагностироваться высокие значения эмоционального комфорта как одного из аспектов социально-психологической адаптации и в целом социального функционирования.

Таким образом, на основании результатов эмпирического исследования и статистического анализа можно заключить, что чем выше уровень КП пациентов с БП, тем выше уровень социального функционирования; в частности, у лиц

с высоким уровнем КП, вероятнее всего, будет диагностироваться более высокий уровень эмоционального комфорта.

Заключение. Полученные в ходе исследования данные позволяют говорить о том, что существует взаимосвязь уровня КП с социальным функционированием пациентов с БП. Определено, что участники исследования мужского пола характеризуются более низким уровнем социальной КП. В целом можно говорить о том, что мужчины более ориентированы на соблюдение предписаний врачей и в меньшей степени ориентируются на социальное одобрение. Полученные результаты позволяют говорить об адекватном уровне социального функционирования. Лица с БП отмечают адекватное самопринятие и принятие других людей, адекватный уровень адаптивности. Вместе с тем отмечается также выраженная экстернальность. Данные обстоятельства могут обуславливаться в первую очередь возрастом участников исследования – зрелый и пожилой. Следует отметить, что соответствующее лечение может оказать весьма существенный эффект, снижая симптоматику, в связи с чем выраженная КП может обуславливаться, прежде всего, желанием и стремлением сохранить текущий уровень активности.

Одним из факторов снижения эффективности лечения может стать низкая приверженность ему. Соблюдение пациентом режима медикаментозной терапии представляет собой результат развернутого во времени процесса и тесно связан с социальным функционированием пациента. На самых ранних стадиях заболевания, с момента постановки больному диагноза, нужны разнообразные образовательные программы, мотивирующие пациента на продолжение терапии и объясняющие ее важность («группы встреч», «школы больных»). Повышению уровня КП может способствовать информирование пациентов об ожидаемом эффекте лечения, побочных эффектах, необходимости длительного приема препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилов Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. № 2. С. 4–12.
2. Залуцкая Н.М. Проблемы долгосрочной терапии деменции // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2016. № 2. С. 78–85.
3. Кадыров Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С.А. Уровень комплаентности: опросник Владивосток: Изд-во Мор. гос. ун-та, 2014. 74 с.
4. Карагеоргий Н.М., Алтухова Н.В. Использование трудотерапии как средства адаптивной физической

культуры комплексной реабилитации лиц, страдающих болезнью Паркинсона // Вестник Томского государственного педагогического университета. 2015. № 1 (153). С. 112–117.

5. Левин О.С., Тумгоева А.И., Батукаева Л.А. Проблема приверженности терапии больных при болезни Паркинсона // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2016. № 4. С. 9–13.
6. Лутова Н.Б., Незнанов Н.Г., Вид В.Д. COMPLAINTS в психиатрии и способ его оценки // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2008. № 1. С. 8–12.
7. Осницкий А.К. Определение характеристик социальной адаптации // Психология и школа. 2004. № 1. С. 43–56.
8. Тумгоева А.И. Приверженность к терапии у больных болезнью Паркинсона: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2011. 27 с.
9. Тхостов А.Ш., Нелюбина А.С. Проблема формирования приверженности лечению при хронических заболеваниях / Клиническая психология в здравоохранении и образовании: Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием. М., 2011. С. 20–30.
10. Cramer J., Vachon L., Desforjes C., Sussman N.M. Dose frequency and dose interval compliance with multiple antiepileptic medications during a controlled clinical trial // *Epilepsia*. 1995. Vol. 36. P. 1111–1117.
11. Grosset K.A., Bone I., Grosset D.G. Suboptimal medication adherence in Parkinson's disease // *Mov. Disord.* 2005. Vol. 20. P. 1502–1507.
12. Leopold N.A., Polansky M., Hurka M.R. Drug adherence in Parkinson's disease // *Mov. Disord.* 2004. Vol. 19. P. 513–517.
13. Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication // *N. Engl. J. Med.* 2005. Vol. 353. P. 487–497.
14. Vallderiola F., Coronell C., Pont C. et al. Sociodemographic and clinical factors influencing the adherence to treatment in Parkinson's disease: the ADHESON study // *Eur. J. Neurol.* 2011. Vol. 18, № 7. P. 980–987.

REFERENCES

1. Danilov D.S. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika*. 2014. № 2. pp. 4–12. (in Russian)
2. Zalutskaya N.M. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva*. 2016. № 2. pp. 78–85. (in Russian)
3. Kadyrov R.V., Asriyan O.B., Koval'chuk S.A. *Uroven' komplajentnosti: oprosnik Vladivostok: Izd-vo Mor. gos. un-ta*, 2014. 74 p. (in Russian)
4. Karageorgii N.M., Altukhova N.V. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta*. 2015. № 1 (153). pp. 112–117. (in Russian)
5. Levin O.S., Tumgoeva A.I., Batukaeva L.A. *Sovremennaya terapiya v psikhiatrii i nevrologii*. 2016. № 4. pp. 9–13. (in Russian)
6. Lutova N.B., Neznanov N.G., Vid V.D. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya im. P.B. Gannushkina*. 2008. № 1. pp. 8–12. (in Russian)
7. Osnitskii A.K. *Psikhologiya i shkola*. 2004. № 1. pp. 43–56. (in Russian)
8. Tumgoeva A.I. *Priverzhennost' k terapii u bol'nykh boleznyu Parkinsona: Extended abstract of PhD dissertation (Medicine)*. Moscow, 2011. 27 p. (in Russian)
9. Tkhostov A.Sh., Nelyubina A.S. In: *Klinicheskaya psikhologiya v zdravookhranении i obrazovanii: Proceedings of the All-Russian scientific-practical conference with international participation*. Moscow, 2011. pp. 20–30. (in Russian)

Поступила 10.06.18.