

Комплаенс и психодинамические параметры больных психозами

Н.Б. Лутова

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Резюме. Изучены взаимосвязи психологических защитных механизмов и копинг-стратегий с различными аспектами комплаенса больных психозами. Полученные результаты свидетельствуют о вкладе личностных параметров в отдельные подсистемы структуры комплаенса, преимущественно влияя на отношение больных к медикации, что позволяет формировать индивидуализированные подходы терапии комплаенса.

Ключевые слова: комплаенс, больные психозами, психодинамический профиль, копинг-стратегии, психологические защитные механизмы.

Medication compliance and psychodynamic parameters in mental ill patients

N.B. Lutova

St. Petersburg V.M. Bekhterev Research Psychoneurological Institute

Summary. The object of the present study was to find out whether the medication compliance of mentally ill people depends on their coping-strategies and defense mechanisms. Following results have been obtained: coping behavior patterns and defense mechanisms were significantly associated with different subsystems which influence the adherence to medication, specially with attitudes toward medication. This finding allows to initiate the individual programs for improving medication compliance.

Key-words: compliance, psychotic patients, psychodynamic profile, coping-strategies, psychological defense mechanisms.

Введение

К настоящему времени изучено множество факторов, формирующих и поддерживающих тот или иной уровень комплаенса психически больных. На основании этих находок сформировано представление о структуре комплаенса и используются подходы, направленные на улучшение комплаентности психиатрического контингента больных. Однако данные об эффективности предлагаемых моделей терапии комплаенса достаточно противоречивы. В частности, установлено, что наиболее часто используемые психообразовательные программы повышают знания пациентов относительно заболевания и лечения, но в целом не оказывают существенного влияния на общий уровень комплаенса [11, 8]. Модель комплаенс-терапии, базирующаяся на мотивационном интервьюировании и когнитивно-поведенческих техниках, также подвергается критике, поскольку в ряде исследований не показала преимуществ по таким параметрам комплаенса, как отношение к медикации, осознание болезни, уровень глобального функционирования и качество жизни в сравнении с использованием общего консультирования больных шизофренией [8, 12]. Эти находки поддерживают представления о том, что феномен комплаенса имеет и глубинно-психологическую составляющую [6], без знания которой невозможно индивидуализировать подходы для улучшения комплаенса, а значит, и надеяться на прорывы в деле терапии комплаенса. При этом в ли-

тературных источниках существуют лишь отдельные работы, посвященные исследованию взаимосвязи копинг-стратегий и типом отношения к болезни с уровнем комплаенса [7, 3, 9].

Таким образом, **целью** работы стало исследование взаимосвязи параметров психодинамического профиля больных психозами с уровнем и структурой комплаенса.

Материалы и методы

Исследовано 409 больных, проходивших стационарное лечение в отделении интегративной психофармакотерапии психических расстройств ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева». Из них: мужчин — 148, женщин — 261. Средний возраст составил $31,8 \pm 2,2$ года. Согласно МКБ-10 обследованные принадлежали к следующим диагностическим рубрикам: F2 — 314; F3 — 95 больных. Изучение комплаенса проводилось с применением шкалы оценки медикаментозного комплаенса (ШМК) [4, 10]. Для объективации оценки преобладающих защитных механизмов использованы шкала защитных механизмов FKBS и шкала копинг-стратегий SVF.

Результаты и обсуждение

Исследование взаимосвязи факторов шкалы медикаментозного комплаенса с защитными механизмами больных по шкале (FKBS) приведены в табл. 1.

В табл. указаны значения коэффициентов корреляции, имеющие статистическую значимость.

Таблица 1. Коэффициенты корреляции Пирсона (χ^2) между показателями пунктов шкалы медикаментозного комплаенса и шкалы защитных механизмов FKBS

Пункты ШМК	FKBS	ТАО (обращение против объекта)	PRO (проекция)
1.7 Оценка эффективности принимаемого на данный момент препарата при монотерапии			- 0,17
1.8 Оценка эффективности принимаемого на данный момент комбинации препаратов		- 0,16	
1.10 Приемлемость перорального приема препарата		- 0,16	
1.13 Информация о времени ожидаемого начала действия препарата		- 0,23	- 0,16
4.1 Терапевтический альянс		- 0,17	

Таблица 2. Показатели коэффициента корреляции Пирсона (χ^2) между показателями шкалы медикаментозного комплаенса и шкалы копинг-стратегий SVF

Показатели ШМК Шкала SVF	Сумма факторов отношения к медикации	Сумма факторов, связанных с близким окружением	Общий показатель шкалы комплаенса
REKON (попытка умерить реакцию)	- 0.17		
GEDW (мыслительное застревание)	- 0.17		- 0.18
SEMITL (сострадание к себе)	- 0.22		- 0.20
AGG (агрессия)	- 0.25	- 0.17	- 0.25

Установлены взаимосвязи преимущественно с психологическим защитным механизмом «обращение против объекта», в котором задействовано объект-отношение, которое может быть представлено либо внешним (например, врач), либо внутренним объектом (например, символ человека). Полученные взаимосвязи данного защитного механизма с отдельными пунктами ШМК объясняются тем, что и лекарственные средства, и конкретный врач не воспринимаются субъектом как объекты, способствующие достижению его удовлетворения, вследствие чего происходит прямой сброс агрессии на объекты.

Выявленные взаимосвязи между защитным механизмом «проекция» и пунктами ШМК свидетельствуют о попытках субъекта надеть других собственными, но неприемлемыми для себя чувствами, желаниями и намерениями с целью нейтрализации болезненных аспектов собственной личности, в особенности связанных с чувствами стыда, унижения, страха. Таким образом, происходит попытка субъекта защититься от факта болезни и необходимости приема психотропных препаратов, которые являются символами его/ее собственного неблагополучия.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что на факторы комплаенса оказывают отрицательное влияние преимущественно дезадаптивные защитные механизмы, ко-

торые вообще свойственны пограничным и психотическим личностям [1, 2, 4].

Факт необходимости соблюдения режима лекарственной терапии является для индивида психологическим стрессором и в такой ситуации, становясь пациентом, он/она прибегает к использованию тех или иных копинг-стратегий, выстраивая более или менее успешное приспособительное поведение.

Для проверки гипотезы о взаимосвязи копинг-поведения и комплаентности больных использовался корреляционный анализ. Для его применения использовались данные, полученные при помощи шкалы копинг-стратегий SVF и шкалы медикаментозного комплаенса. Результаты корреляционного анализа приведены в табл. 2, где указаны значения полученных коэффициентов корреляции, демонстрирующие статистически значимые взаимосвязи.

Как видно из табл. 2, установлены отрицательные взаимосвязи между отдельными копинг-стратегиями, используемыми больными подсистемами комплаенса: «отношение больного к медикации», «факторы, связанные с близким окружением» и общим уровнем комплаенса.

Применение дисперсионного анализа позволило установить наиболее значимые зависимости характеристик отдельных копинг-стратегий и показателей медикаментозного комплаенса. В частности, результаты анализа показали, что значи-

мо различающимися оказались средние значения показателей ряда копинг-стратегий в зависимости от значений пункта «наличие опасений, связанных с психотропным действием вообще или с возможностью появления побочных эффектов» пункта 1.3 ШМК. Полученные результаты представлены в табл. 3 и 4.

Полученные данные позволяют видеть, что наличие у больного опасений, связанных с психотропным действием вообще или с возможностью

появления побочных эффектов, сопровождается неконструктивным проблемно-решающим поведением, что в целом проявляется тенденцией увеличения средних значений показателей неблагоприятных (пассивно-зависимой и деструктивной) копинг-стратегий «сострадание к себе» и «агрессия». При этом отмечаются статистически значимые различия значений средних показателей ($p < 0,05$) между группами больных, имеющих различные градации по пункту 1.2 ШМК. Причем

Таблица 3. Средние значения показателей копинг-стратегии «сострадание к себе» в группах больных с различными показателями пункта «наличие опасений, связанных с психотропным действием вообще или с возможностью появления побочных эффектов» шкалы медикаментозного комплаенса

Градации пункта 1.3 ШМК	SEMITL			P
	M (x)	Кол-во больных	Стандарт. отклонение	
0 Негативно относится к принимаемому препарату, т.к. испытал на себе субъективно тягостные побочные действия или отсутствие эффекта нескольких препаратов	53,78571	26	8,386606	0,000059
1 Негативно относится к принимаемому препарату, т.к. испытал на себе субъективно тягостные побочные действия или отсутствие эффекта	53,80000	48	5,769086	
2 Считает, что психотропные препараты в дальнейшем могут произвести психологический эффект «зомбирования», «разрушения» личности	50,93333	47	8,419736	
3 Считает, что препараты, как и любые «химические», т.е. не природные, вещества могут оказаться вредными для организма	52,30000	66	6,165242	
4 Считает, что психотропные препараты в дальнейшем могут вызвать неприятные побочные действия	51,30833	144	6,821612	
5 Отсутствие необоснованных опасений относительно медикации	46,84314	78	7,395600	
Все группы	51,08333	409	7,221974	

Таблица 4. Средние значения показателей копинг-стратегии «агрессия» в группах больных с различными показателями пункта «Наличие опасений, связанных с психотропным действием вообще или с возможностью появления побочных эффектов» шкалы медикаментозного комплаенса

Градации пункта 1.3 ШМК	AGG			P
	M(x)	Кол-во больных	Стандарт. откл.	
0 Негативно относится к принимаемому препарату, т.к. испытал на себе субъективно тягостные побочные действия или отсутствие эффекта нескольких препаратов	55,21429	26	5,337510	0,006260
1 Негативно относится к принимаемому препарату, т.к. испытал на себе субъективно тягостные побочные действия или отсутствие эффекта	52,60000	48	7,915733	
2 Считает, что психотропные препараты в дальнейшем могут произвести психологический эффект «зомбирования», «разрушения» личности	51,03333	47	5,921809	
3 Считает, что препараты, как и любые «химические», т.е. не природные, вещества могут оказаться вредными для организма	51,10000	66	8,094468	
4 Считает, что психотропные препараты в дальнейшем могут вызвать неприятные побочные действия	50,30000	144	7,279071	
5 Отсутствие необоснованных опасений относительно медикации	47,82353	78	6,656443	
Все группы	50,58333	409	7,340026	

в обоих случаях прослеживается закономерность: чем меньше у больного опасений относительно психотропных препаратов, тем ниже значения средних показателей данных копинг-стратегий.

Также были получены достоверные статистические различия ($p < 0,05$) между средними значениями показателей копинг-стратегий «попытка умерить реакцию» и «тенденция избегания» в группах больных с различными показателями пункта 1.11 «Удовлетворенность режимом приема препарата» ШМК — данные представлены в табл. 5 и 6.

Как видно из табл. 5, средние значения показателей копинг-стратегии REKON «попытка умерить свою реакцию» в группе больных, демонстрирующих удовлетворенность режимом приема препарата, ниже, чем среди тех, кто нейтрален или неудовлетворен. То есть этим двум группам больных приходится прилагать больше усилий для совладания с ситуацией, «мобилизуя» данный активно-продуктивный копинг, чтобы остаться в стационаре, продолжая лечение.

Рассматривая полученные средние значения показателя пассивно-зависимой копинг-стратегии VERM «тенденция избегания» в группах больных с различной степенью удовлетворенности режимом приема препарата, видно, что максимальные средние значения данного копинга имеются в группе больных, которые демонстрируют неудовлетворенность режимом приема лекарств, что свидетельствует о том, что эти пациенты стремятся игнорировать необходимость серьезного лече-

ния, надеясь, что впредь не будут иметь подобных проблем.

Также обнаружены различия показателей средних значений еще нескольких копинг-стратегий, достигающие статистической значимости ($p < 0,05$) в группах больных, имеющих разные показатели пункта 1.2 «Заинтересованность в приеме лекарств» шкалы медикаментозного комплаенса. Полученные данные приведены в табл. 7, 8, 9, 10.

Как видно из табл. 7, средние значения показателя копинг-стратегии GEDW «мыслительное застревание» увеличиваются в группах больных по мере того, как снижается их заинтересованность в приеме лекарств. Эта дефицитарная копинг-стратегия, по-видимому, используется больными как усилие отстоять свою позицию и имеющиеся сомнения относительно надобности принимать лекарства в ситуации, когда врач, медицинские сестры и вообще ситуация требуют проведения медикаментозной терапии. Также использование больными этой копинг-стратегии может быть частным случаем избегания активной позиции и собственной ответственности.

Средние значения показателя копинг-стратегии SEMITL «сострадание к себе» не имеют единой тенденции в группах больных с различной степенью заинтересованности в приеме лекарств. Как видно из табл. 8, наиболее низкие показатели средних значений данной копинг-стратегии наблюдаются в группах больных, демонстрирующих «полярные» показатели заинтересованности в приеме лекарств. Это связано с тем, что в пер-

Таблица 5. Средние значения показателей копинг-стратегии «попытка умерить реакцию» в группах больных с различными показателями пункта «удовлетворенность режимом приема препарата» шкалы медикаментозного комплаенса

Градации пункта 1.11 ШМК	REKON			P
	M(x)	Кол-во больных	Стандарт. отклонение	
0 Не удовлетворен	52,57143	65	10,67510	0,003905
1 Нейтрален	53,72973	185	9,05433	
2 Полностью удовлетворен	50,23967	159	7,11574	
Все группы	52,19865	409	8,62493	

Таблица 6. Средние значения показателей копинг-стратегии «тенденция избегания» в группах больных с различными показателями пункта «удовлетворенность режимом приема препарата» шкалы медикаментозного комплаенса

Градации пункта 1.11 ШМК	VERM			P
	M(x)	Количество больных	Стандарт. отклонение	
0 не удовлетворен	60,80992	65	9,64722	0,043185
1 нейтрален	57,87838	185	10,89024	
2 полностью удовлетворен	57,57143	159	8,96039	
Все группы	59,04377	409	10,10426	

Таблица 7. Средние значения показателя копинг-стратегии «мыслительное застревание» в группах больных с различными показателями пункта «заинтересованность в приеме лекарств» шкалы медикаментозного комплаенса

Градации пункта 1.2 ШМК	GEDW			P
	M(x)	Количество больных	Стандарт. отклонение	
0. Нежелание принимать лекарства	46,00000	43	8,062258	0,013950
1. Пассивное согласие на прием лекарств при отсутствии надежды на эффект	48,73750	107	8,227376	
2. Согласие на прием препарата при наличии сомнений в его эффективности	45,58871	151	8,1822562	
3. Активное отношение к необходимости приема лекарств	44,30864	108	9,645779	
Все группы	46,10333	409	8,982293	

Таблица 8. Средние значения показателя копинг-стратегии «сострадание к себе» в группах больных с различными показателями пункта «заинтересованность в приеме лекарств» шкалы медикаментозного комплаенса

Градации пункта 1.2 ШМК	SEMIL			P
	M(x)	Количество больных	Стандарт. отклонение	
0. Нежелание принимать лекарства	50,60000	43	6,033241	0,042112
1. Пассивное согласие на прием лекарств при отсутствии надежды на эффект	52,61250	107	7,495980	
2. Согласие на прием препарата при наличии сомнений в его эффективности	51,25806	151	7,125896	
3. Активное отношение к необходимости приема лекарств	49,39506	108	7,049254	
Все группы	51,08333	409	7,221974	

Таблица 9. Средние значения показателя копинг-стратегии «агрессия» в группах больных с различными показателями пункта «заинтересованность в приеме лекарств» шкалы медикаментозного комплаенса

Градации пункта 1.2 ШМК	AGG			P
	M(x)	Количество больных	Стандарт. отклонение	
0. Нежелание принимать лекарства	52,66667	43	5,433582	0,021478
1. Пассивное согласие на прием лекарств при отсутствии надежды на эффект	52,47500	107	6,761722	
2. Согласие на прием препарата при наличии сомнений в его эффективности	49,79839	151	7,639201	
3. Активное отношение к необходимости приема лекарств	49,53086	108	7,406224	
Все группы	50,58333	409	7,340026	

вом случае высокая степень заинтересованности в лекарстве означает повышение веры больного в выздоровление и сопровождается снижением необходимости в сострадании к себе. А низкий уровень копинга «сострадание к себе» у больных с низкой заинтересованностью в приеме лекарств означает их регрессивную позицию с уходом от ответственности по типу: «Я тут ни при чем — нечего и расстраиваться».

Наиболее высокие средние значения показателя деструктивной копинг-стратегии AGG «агрессия» имеются в группе больных, не желающих принимать лекарства. Поскольку приводятся данные стационарных пациентов, то в данном случае использование этой копинг-стратегии происходит в ситуации, когда окружающая обстановка требует приема лекарств, что порождает деструктивную злобу на то, что заставляют глотать таблет-

Таблица 10. Средние значения показателя копинг-стратегии «попытки умерить реакцию» в группах больных с различными показателями пункта «заинтересованность в приеме лекарств» шкалы медикаментозного комплаенса

Градации пункта 1.2 ШМК	REKON			p
	M(x)	Кол-во больных	Стандарт. откл.	
0 Нежелание принимать лекарства	59,06667	43	8,163216	0,012858
1 Пассивное согласие на прием лекарств при отсутствии надежды на эффект	52,28750	107	9,929108	
2 Согласие на прием препарата при наличии сомнений в его эффективности	52,29839	151	7,863655	
3 Активное отношение к ие необходимости приема лекарств	51,09877	108	8,167933	
Все группы	52,31000	409	8,668586	

ки. Причем, как видно из табл. 9, здесь наблюдается прямо пропорциональная зависимость: чем больше заинтересованность больных в приеме лекарств, тем менее выраженность этой копинг-стратегии «агрессия».

Наибольшие средние значения показателя копинг-стратегии REKON «попытки умерить реакцию», как видно из табл. 10, наблюдаются в группе больных, не желающих принимать лекарства, и наименьшие среди тех, кто заинтересован в приеме лекарств. Это, вероятно, объясняется тем, что в первой группе пациентам, находящимся в госпитальных условиях и не желающим принимать лекарства, приходится усиливать самоконтроль, умерять свою реакцию, справляясь с ней, поскольку они остаются в лечебном процессе, не требуя выписки из стационара. Это пример использования активно-продуктивного копинга, который нивелирует нежелание больных принимать лекарственные препараты.

Выводы

Выявлены доминирующие психологические защитные механизмы, связанные преимущественно с параметрами комплаенса, относящимися к отношению больного к медикации, причем чем более выражены дезадаптивные психологические защи-

ты, тем хуже больной воспринимает процесс фармакотерапии.

Обнаруженные взаимосвязи между манифестным приспособительным поведением (копинг-стратегиями) и значительным количеством параметров ШМК свидетельствуют о существенном значении копинг-стратегий для формирования комплаенса. Использование копинга связано преимущественно с подсистемой отношения к медикации, что говорит о том, что комплаенс является преимущественно внутренней проблемой больного, которая в меньшей степени затрагивает отношения с близким окружением и практически не актуальна в отношениях с врачом.

Установлено, что копинг-стратегии больных разнообразны и используются гибко в зависимости от ситуации, поэтому не вызывает удивления то, что, так же как и при исследовании психологической защиты, обнаружены относительно немногочисленные и убедительно доминирующие варианты.

Сложность и ажурность обнаруженных закономерностей между исследованными параметрами имеют большую практическую значимость, поскольку полученные результаты можно применить для построения индивидуализированного профиля терапевтической стратегии для каждого отдельного больного.

Литература

1. Аристова Т.А. Сравнительные исследования биологического и психологического компонентов психической адаптации больных неврозами и невротоподобной шизофренией: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук / НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — СПб. — 1999. — 25 с.
2. Аристова Т.А., Абабков В.А., Слезин В.Б. и др. Сравнительное исследование эмоционально-мотивационных нарушений при заболевании неврозами и невротоподобной шизофренией // *Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева.* — 2000. — № 1. — С. 32–35.
3. Гречко Т.Ю. Особенности комплаенса больных с алкогольной зависимостью и система его психокоррекции. *Международный психиатрический журнал.* — 2011. — № 3. — С. 15–19.
4. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства (стратегии психотерапии // Пер. с англ.-М. — 2000. — 459 с.
5. Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д., Вукс А.Я. Метод прогнозирования медикаментозного комплаенса в психиатрии // *Усовершенствованная медицинская технология.* — СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — 2006. — 23 с.
6. Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Проблема комплаенса в психиатрической практике // *Психиатрия и психофармакотерапия.* — 2004 (приложение № 3). — С. 7–11.

7. Шлафер А.М. Метод комплаенс-терапии в системе лечения больных шизофренией // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — СПб. — 2012. — 26 с.
8. Gray R., Leese M., Bindman J., et al. Adherence therapy for people with schizophrenia // *Br J Psychiatry*. 2006. — 189. — P. 508–514.
9. Greenhouse W.J., Meyer B., Johnson S.L. Coping and medication adherence in bipolar disorder. *J Affective Disorders*. — 2000. — 59. — P. 237–41.
10. Lutova N., Neznanov N., Wied V. The medication compliance in psychiatry and method of its assessment. *Yearbook of International Psychiatry and Behavioral Neurosciences* — 2009. Nash Barton, editor. Nova Science Publishers, Inc, New York. — P. 399–408.
11. Merinder L.B., Viuff A.G., Laugesen H.D., et al. Patient and relative education in community psychiatry: a randomized controlled trial regarding its effectiveness // *Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. — 1999. — 34. — P. 287–294.
12. O'Donnell C., Donohoe G., Sharkey L., et al. Compliance therapy: a randomized controlled trial in schizophrenia // *Br Medical J*. — 2003. — 237. — P. 834–836.

Сведения об авторе

Лутова Наталья Борисовна — к. м. н., ведущий научный сотрудник отделения интегративной фармакопсихотерапии психических расстройств СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: lutova@mail.ru