

Сиденкова А.П.

Факторы, влияющие на приверженность противодементной терапии

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ПП ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Екатеринбург

Sidenkova A.P.

Factors that affect treatment compliance dementias

Резюме

Успех лекарственной терапии деменции не может быть полным, если пациент и его ухаживающий пренебрегают рекомендациями по непрерывному приему противодементной терапии. Проведено наблюдательное исследование психосоциальных факторов, способствующих или препятствующих высокому комплаенсу. Выявлено, уровень приверженности противодементной терапии зависит от качества взаимоотношений пациента и ухаживающего, стабильности семейно-ролевой структуры, уровня идентификации ухаживающим проявлений болезни.

Ключевые слова: приверженность терапии деменций, длительная терапия деменций, ухаживающий за пациентом с деменцией

Summary

The success of drug treatment of dementia can not be complete if the patient and his caregiver neglect recommendations for continuous reception therapy of dementia. Conducted an observational study of psychosocial factors that promote or hinder the high compliance. Revealed the level of commitment therapy of dementia depends on the quality of the relationship of the patient and the caregiver, the stability of the family and the role structure, level of caregiver identification of disease manifestations.

Keywords: adherence to treatment of dementia, long-term treatment of dementia, caring for patients with dementia

Введение

Многими авторами отмечается, что за последние 10 лет был достигнут значительный успех в фармакотерапии деменций, поскольку разработаны и применяются в открытой клинической практике лекарственные средства, имеющие доказанную эффективность в лечении когнитивных и функциональных расстройств при дементирующих заболеваниях [1]. Проведено большое число исследований, результаты которых показали, что наиболее раннее начало терапии и длительный аккуратный ее прием коррелируют с выраженностью терапевтического эффекта [2]. Авторитетные экспертные советы, опираясь на эти сведения, закладывают в свои рекомендации условие постоянного приема противодементных препаратов [2]. В настоящее время наблюдается некоторый сдвиг в актуализации нового аспекта проблемы терапии деменций: важно не только рано начинать лечить пациента, но и повышать уровень приверженности терапии [3]. Проблема недостаточного комплаенса в практике дементологии является повсеместной, на ее актуальность указывают как отечественные, так и зарубежные авторы [1,2,4]. Указывается, что недостаточная приверженность терапии наблюдается как при наличии государственных медико-социальных программ льготного лекарственно-

го обеспечения больных с деменциями, когда исключается фактор финансовой нагрузки на семью, связанный с приобретением препаратов, так и при использовании разных лекарственных форм противодементных средств (сравнение пероральных форм и ТДФ, несмотря на явные преимущества по комплаенсу ТДФ, показало, что приверженность терапии не достигает 100%) [2,4]. Сосредоточенность современных исследователей на сопоставлении уровня терапевтической эффективности, выраженности нежелательных явлений, экономической выгоды от использования той или иной противодементной стратегии не оказывается недостаточным для полного понимания проблемы приверженности противодементной терапии. Отечественными авторами указывается, что особо остро эта проблема возникает на продвинутых стадиях когнитивной болезни, когда в проблему приверженности вовлекается третье лицо, а именно – ухаживающий за пациентом [2,5,6]. Недооценка особого психосоциального фактора, вмешивающегося в комплаенс противодементных средств, обедняет понимание всей проблемы деменции. Ряд авторов указывают на низкие показатели комплаенса при тяжелых когнитивных расстройствах [7,8]. Я.Б.Калын (2001) отметил, что лишь 10% пациентов с деменциями, проживающих в семьях с неофициаль-

ными опекунами возвращаются на повторный прием к врачу либо следуют терапевтическим рекомендациям [8]. Указывая на психосоциальную природу этого явления, отечественные и зарубежные авторы отметили значение идентификации нарушений памяти, сообразительности как болезненных симптомов для уровня готовности следовать рекомендациям врача теми, кто ухаживает за этими больными [9,10]. Низкий уровень распознавания болезненности этих феноменов коррелировал с низким комплаенсом в отношении любых назначений для пожилых [9, 10]. M.J.Hux, B.J. O'Brien, M.Iskedjian (1998) наблюдали неоднородность комплаенса и уровня ухода за больными с разной степенью выраженности деменции, с усилением в некоторых семьях выраженности комплаенса при нарастании тяжести деменции [11]. Признавая психологическую природу комплаенса, L.Clare, R.Woods (2009) включили в рекомендации по терапии и реабилитации больных с деменциями отдельное направление работы с не-комплаентными ухаживающими [12]. Лица, опекающие больного, постоянно должны принимать во внимание интересы самого пациента, собственные нужды и целесообразность мер помощи, что невозможно вне учета ценностей, укоренившихся в отношении между лицами, осуществляющими уход, и их подопечными [13]. Обязанность помогать больному человеку — это размышления на «языке морали: о сострадании, самопожертвовании, долге, эгоизме, чувстве вины, осуждении, предательстве и оставлении больного» [13]. По мнению отечественных авторов, микроклимат в семье относится к социально-психологическим факторам, существенно влияющим на потребность в госпитализации, в группе дементных больных, у которых были нарушены интерперсональные отношения, частота госпитализаций возрастала в 2 раза, в том числе и по причине недостаточного комплаенса их родственников в отношении противодementiaльной терапии по сравнению с аналогичными больными, имеющими ровные семейные отношения [14,15].

В настоящей статье приведены результаты выборочного бесповторного обсервационного исследования качества приверженности длительной противодementiaльной терапии.

Материалы и методы

В основу настоящей статьи положены результаты выборочного обсервационного сравнительного проспективного исследования 214 лиц, осуществлявших уход за пациентами или оказывавших им постоянную помощь в быту (caregiver), связанных с пациентом родственными (209 человек) или иными социальными связями (друзья, компаньоны) (5 человек), проживавших совместно (в одной квартире, доме) с пациентом. Родственные отношения ухаживающего с пациентом: супруг(а) 73 человек (34,1%), дочь 68 человек (31,8%), сын 4 человека (1,9%), сноха 26 человека (12,1%), брат/сестра 14 человек (6,5%), другие родственники 22 человека (10,3%), отсутствие родственных связей с пациентом 5 человек (2,3%), отец/мать 2 человек (0,9%).

Характеристика пациентов, за которыми осуществлялся уход.

Средний возраст пациентов с деменциями, проживавших в семьях, составил $69,1 \pm 0,7$ лет. Распределение по полу этих пациентов: 160 женщин (74,8%), 54 мужчины (25,2%). Распределение пациентов по степени выраженности деменции показало, что у 41,5% пациентов деменция была легкой степени выраженности, у 55,1% — умеренной степени выраженности, у 3,4% — деменция тяжелой степени выраженности. Средние показатели когнитивного функционирования пациентов, за которыми производился уход, на момент вступления в исследование составил $16,8 \pm 3,9$ баллов (по MMSE). Средняя продолжительность болезни пациентов $2,6 \pm 1,2$ года.

Результаты и обсуждение

Степень приверженности противодementiaльной терапии изучалась в отдельных подгруппах исследования, в зависимости от сочетанных динамических клинико-психосоциальных характеристик участников исследования (ухаживающий/ пациент). Общая характеристика каждой подгруппы исследования представлена обобщенными особенностями состояния пациентов и ухаживающих за ними лицами с учетом взаимного длительного (период взаимного влияния равен как минимум периоду осуществления ухода) динамического влияния. Выделенные подгруппы исследования описаны как различные психосоциальные типы формирования деменций

«Отчужденно/ажитированный» тип формирования деменции характеризуется тем, что по мере появления признаков когнитивного расстройства для семей представителей данной когорты специфично значительное изменение в ролевой структуре семьи и перераспределение семейных ролей с высоким уровнем дистанцированности (отчужденности) референтных членов семьи от дементного пациента, со снижением его социальной ценности в семье. В общении с пациентом появляется директивный, «воспитывающий», «указывающий» стиль с готовностью критиковать практически любые действия пациента. Уровень враждебности ухаживающего к пациенту высок. В данной когорте опекающий человек единолично принимает все решения и контролирует все сферы взаимоотношений с пациентом. При данном типе формирования деменций характерен высокий уровень «Выражаемых Эмоций» в этих семьях. Насыщенные эмоции представлены агрессивней, враждебностью ухаживающих данной когорты, с высоким уровнем экспрессии, часто звучит вопрос о прогнозе продолжительности жизни пациента. Клинические особенности болезненного процесса у этих пациентов представлены факультативными психопродуктивными и поведенческими расстройствами с высоким удельным весом занимают болезненных идей с высоким уровнем вербальной и физической агрессии со стороны пациента, выраженным уровнем беспокойства, неустойчивого настроения, усиление аффективных расстройств больного, ухудшением уровня функциональной активности с ответной реакцией еще большего отчуждения ухаживающего. Ухаживающие этой подгруппы не



Рис.1. Уровень выбытия из исследования при «Отчужденно/ажитированном» типе формирования деменции.



Рис.2. Уровень выбытия из исследования при «Зависим/ажитированном» типе формирования деменции.

идентифицировали психопатологическую симптоматику как проявления болезни. По мере приема наблюдения выявлен высокие показатели выбытия пациентов из исследования (Рис.1) по причинам, ассоциированным с ухаживающими – нет понимания болезни. Основной эффект терапии, который устраивал ухаживающего – седация больного.

«Зависимо/ажитированный» тип формирования деменции характеризуется наличием значимых тесных эмоционально насыщенных связей между пациентом и основным ухаживающим лицом, с зависимой позицией ухаживающего. В процессе болезни семейная структура не менялась, наибольшей уязвимости подвергалась личность ухаживающего, за счет снижения его автономии. Ухаживающие этой когорты инфантильны, внушаемы, зависимы от мнения пациента как до развития его болезни, так и на период проведения исследования. Основной особенностью таких ухаживающих была неуверенность в своих силах, чувство несостоятельности в жизни. По мере нарастания когнитивного расстройства значимость пациента для ухаживающего нарастала, усиливался страх быть покинутым другими членами семьи, в том числе, пациентом, страх и тревожность ухаживающих возрастали при малейшем изменении в соматическом или психическом состояниях больного. Таким образом,

для ухаживающих лиц были характерны чрезмерная эмоциональная вовлеченность в процесс взаимодействия с больным. Высокий уровень «Выражаемых Эмоций», регистрировавшийся у данных лиц, был представлен активными критическими высказываниями, поучениями, «причитаниями» в адрес больного, с предъявлением ему высоких требований участия в жизни семьи и требованием поддержки ухаживающему, как это было на доболезненном уровне. Такие ухаживающие отличались неоправданно завышенными ожиданиями в отношении результатов терапии (ждали «чуда», «полнейшего выздоровления»). Ухаживающим была присуща частичная «флюктуирующая» идентификация – они как бы «оправдывали» пациента, в периоды послабления и стабилизации симптоматики отрицали его болезнь. Для пациентов этой когорты характерен высокий уровень тревоги, до ажитации. Изучение аспектов приверженности терапии в этой когорте показало, что до начала настоящего исследования 73,9% пациентов этой группы не принимали амбулаторной терапии, несмотря на рекомендации врачей. Высокая автономность личности пациента, поддерживаемая его caregiver, самостоятельность в принятии решения о ежедневном приеме лекарств и подчиняемость ухаживающего мнению больного привела к особенностям compliance этой группы. По мере участия в исследовании

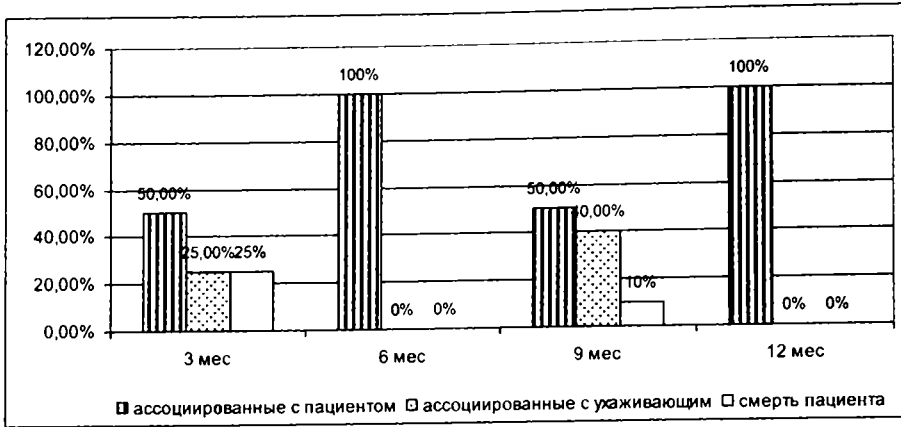


Рис.3. Уровень выбытия из исследования при «Принимающе/протекционном» типе формирования деменции.

выбытие из этой группы происходило чаще, чем в других когортах по причинам, ассоциированным с пациентами, хотя по мере продолжения наблюдения увеличивалось число случаев прекращения участия в исследовании по причинам, связанным с ухаживающим лицом. Для этой когорты характерна высокая удельная доля лиц, сохранивших участие в исследовании на всем его протяжении (Рис.2).

«Принимающее/протекционный» тип формирования деменции характеризовался стабильностью семейной структуры несмотря на развитие тяжелой когнитивной болезни. Ухаживающие лица с сочувствием, состраданием относились к больным, они выполняли все необходимые мероприятия по уходу, учитывая их пациентов, степень комфорта. Коммуникативный стиль этих ухаживающих характеризовался наличием почти постоянной системой положительного подкрепления отношений (преданность, любовь, с практическим отсутствием раздражительности или отказа от общения). Для этих ухаживающих было характерно, что они с благодарностью обращались к прошлому опыту, воспоминаниям совместной с пациентом жизни. У пациентов этой группы редко имелись включения факультативных симптомов в структуру синдрома деменции, им были свойственны самые незначи-

тельные показатели утраты функциональной активности. Сбалансированность внешних средовых факторов («Выражаемые Эмоции») привела к тому, что структура синдрома у пациентов этой когорты чаще была представлена «простым» типом слабоумия. Изучение уровня идентификации болезненных расстройств ухаживающим лицом показало, что частично идентифицировали болезненные проблемы у пациентов 20,8% ухаживающих, в 79,2% случаев ухаживающим была свойственна полная идентификация болезни с когнитивными и факультативными составляющими. То есть лицам, осуществляющим уход за пациентами из этой подгруппы, была свойственна высокая степень осознания болезни и связанных с ней поведенческих, физиологических и иных нарушений. Показатели степени соблюдения рекомендованных терапевтических режимов показали высокую готовность со стороны ухаживающего лица следовать рекомендациям специалистов. До вступления в настоящее исследование 87,5% пациентов данной когорты находились под наблюдением неврологов либо психиатров по поводу когнитивных проблем и принимали предложенную терапию. Эта группа характеризовалась низким процентом выбытия на всех этапах настоящего наблюдения, причины выбытия были ассоциированы с пациентом (Рис.3).



Рис.4. Уровень выбытия из исследования при «Отчужденно/дефицитарном» типе формирования деменции.

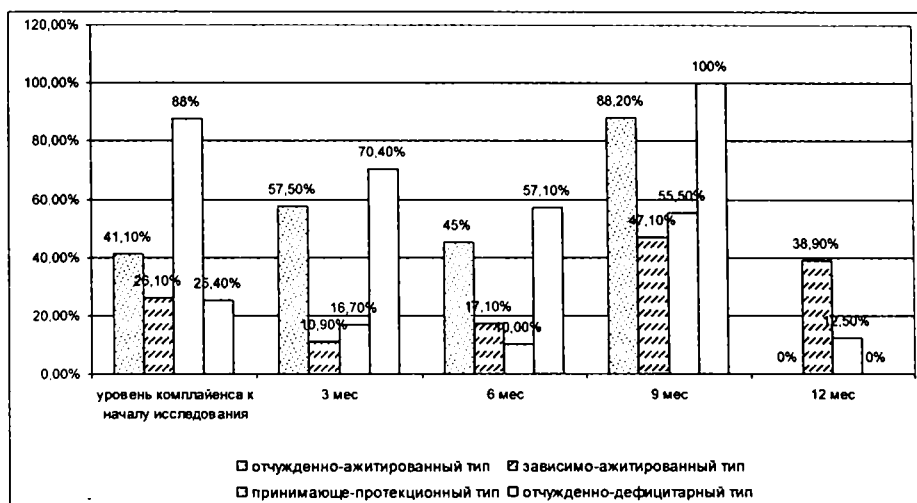


Рис. 5. Уровень комплайенса к началу исследования и выбытие из исследования при разных типах формирования деменции.

«Отчужденно/дефицитарный» тип формирования деменции наблюдался в случаях, когда ухаживающие этой когорты в большинстве случаев не имели близких родственных связей с опекаемым. Особенности семейных отношений до развития потребности в уходе за больным отличались высокой степенью дистанцированности между отдельными членами семьи еще до развития деменции, общая структура семьи осталась практически на доболезненном уровне, ухаживающие отмечали, что им всегда (до болезни и в настоящее время) был присущ отстраненно директивный стиль коммуникаций со всеми членами семьи, в том числе с больным. В таких семьях пациент и ухаживающий характеризовались определенной автономностью при совместном проживании. По мере нарастания когнитивного снижения пациент все больше выключался из диадных отношений, его повседневная ситуация характеризовалась малой мотивированностью и низкой стимулирующей активностью семейной среды по отношению к самому больному. В клиническом плане состояние этих пациентов определялось наиболее низкой представленностью из всех выше описанных когорт психопродуктивных, аффективных нарушений, дезадаптация пациента в наибольшей степени определялась высоким уровнем апатии/равнодушия, страданием произвольной регуляции деятельности, что сопоставимо с высоким баллом утраты функциональной активности. Клинико-психопатологически деменция в этой когорте была представлена апато-абулическим либо простым типом. Для этих больных было характерно нарастание в основном дефицитарной когнитивной симптоматики. Ухаживающие этой когорты в большинстве случаев (88,7%) частично распознавали (идентифицировали) болезненные расстройства чаще за счет нарушений сна и ночного поведения, нарушений влечения. Полная идентификация болезненных проявлений выявлена в 8,4% случаев, не идентифицировали болезненные проблемы 2,8% ухаживающих этой когорты. В когорте «Отчужденно/де-

фицитарного» типа уровень комплайенса до вступления в исследование составил 25,4%, остальные пациенты не принимали в амбулаторных условиях никакой терапии. Показатели выбытия из исследования наибольшие из всех описанных когорт. На всех этапах выбытия основными причинами прекращения наблюдения были факторы, ассоциированные с ухаживающими лицами (Рис 4).

Таким образом, учет комплекса биопсихосоциальных факторов predisпозиции в системе диадных микросоциальных отношений, динамического сопровождения и клинико-динамических особенностей состояния пациентов позволил выделить несколько типов формирования деменций.

Особенности межличностных диадных отношений ухаживающий/пациент тесно связаны с клинико-психопатологической структурой синдрома деменции.

Анализ показателей уровня идентификации болезненных проблем показал значимые различия ($p < 0,05$) по когортам.

Выявлены различия по когортам в степени готовности ухаживающего следовать терапевтическим рекомендациям.

Выявлены статистически значимые прямые корреляционные связи между показателем уровня идентификации болезни и готовностью ухаживающего следовать рекомендациям врача по ведению больного ($r = 0,548$). Высокий комплайенс коррелировал умеренно-тесными статистическими связями с выраженностью тревоги у ухаживающего ($r = 0,365$).

Изображения столбиковой диаграммы (Рис.5) демонстрируют, что на этапе включения в исследование пациенты «Принимаящее/протекционного» типа формирования деменции в большем объеме следовали терапевтическим рекомендациям в сравнении с участниками из других когорт. В процессе организации настоящего наблюдательного исследования выбывали из исследования наиболее интенсивно участники из когорты «От-

'чужденно/дефицитарного» типа, склонны были следовать врачебным рекомендациям и продолжили участие в наблюдении участники «Зависимо/ажитированного» и «Принимающе/протекционного» типов формирования деменций.

Заключение

Выявлено, что степень комплаенса участников исследования была различна при разных типах формирования деменций. Т.е. выявлено взаимное влияние факторов, связанных с течением, структурой деменции на параметры жизнедеятельности ухаживающих лиц и влияние отдельных аспектов особенностей аффективного взаимодействия, степени толерантности, уровня распознавания болезненных расстройств со стороны ухаживающих на

становление деменции. Есть основания полагать, что в формировании сложной структуры синдрома деменции принимает участие комплекс биологических и психосоциальных факторов, что позволило выделить отдельные типы формирования деменций. Выявлены особенности функциональной активности больных, особенности формирования клинической структуры, уровень комплаенса со стороны ухаживающих лиц при разных типах деменций. ■

Сиденкова А.П., доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ПП Уральского Государственного Медицинского Университета, г. Екатеринбург; Адрес для переписки - sidenkovs@mail.ru

Литература:

1. Зырянов С.К., Белоусов Ю.Б. Клинико-экономическая оценка современных методов лечения болезни Альцгеймера // Ж. Фармакоэкономические исследования. Т.2. 2014.- С.43-59
2. Гаврилова С.И. Фармакотерапия болезни Альцгеймера. — М.: Пульс, 2007. — 360 с.
3. Гаврилова С.И. Деменция / Руководство по гериатрической психиатрии. — М.: Пульс, 2011. — С. 23–141
4. Borah B, Sacco P, Zarotsky V. Predictors of adherence among Alzheimer's disease patients receiving oral therapy // Curr. Med Res Opin. 2010; 26: 1957–1965.
5. Сиденкова А.П. Психосоциальная модель поздних деменций / Дисс. на соискание учт.д.м.н. Томск, 2010.
6. Сиденкова А.П. Психосоциальная модель поздних деменций. Автореф. дисс. на соиск. учт. д.м.н. Томск, 2010
7. Анцыферова Л.И. Развитие личности и проблемы геронтопсихологии. — М.: из-во «Институт психологии РАН». 2006. — 512с.
8. Калын Я.Б. Психическое здоровье населения пожилого и старческого возраста (клинико-эпидемиологическое исследование) / Автореф. на соиск. учт. д.м.н. М., 2001.
9. Сиденкова А.П. Особенности идентификации психических расстройств позднего возраста // Российский психиатрический журнал. — 2009. — ч.1. С.44–49.
10. Cruz M., Cruz R F., McEldoon W. Best practice for managing noncompliance with psychiatric appointments in community-based care // Psychiatric Services. 2011. 52, 1443–1445.
11. Hux M.J., O'Brien B.J., Iskedjian M., et al. Relation between severity of Alzheimer's Disease and costs of caring // Can Med Assoc J. 1998; 159: 457–465.
12. Clare L, Woods R. Cognitive Rehabilitation in Dementia. Oxford. 2009.
13. Callahan D, Jter Meulen R.H., Topincova E. A World Growing Old. The Coming Health Care Challenges. — Washington, DC: Georgetown University Press, 2005.
14. Зозуля Т.В. Эпидемиологическое исследование психически больных пожилого и старческого возраста и вопросы организации медико-социальной помощи / Дисс...доктора мед.наук 1998
15. Сиденкова А.П. Когнитивные расстройства позднего возраста – актуальная медицинская, социальная, психологическая проблема современности // Уральский медицинский журнал. 2010. ч. 9. С. 6–9.