



**Оценка факторов комплаентности
психически больных и влияние
на них коморбидных расстройств**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2012

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева
Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ
Директор ФГБУ «СПБ НИПНИ им.
В.М. Бехтерева»
Минздравоохранения России,
д.м.н., профессор



Оценка факторов комплаентности психически больных и влияние на них коморбидных расстройств

Методические рекомендации

Разработаны в рамках реализации подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (на 2007–2011 годы)» по государственному контракту №К-16-НИР/133 от 3 сентября 2009 г. на выполнение научно-исследовательских работ по теме: «Разработка программ комплексной терапии коморбидных психических расстройства тревожного и депрессивного спектра»

Санкт-Петербург
2012

Аннотация

Предлагаемые методические рекомендации позволяют оценить уровень комплайенса психиатрического контингента больных с использованием Шкалы медикаментозного комплайенса и произвести быструю и сфокусированную оценку влияния отдельных факторов конкретного пациента на различные подсистемы — отношение к медикации, факторы, связанные с пациентом, факторы, связанные с близким окружением, факторы, связанные с врачом, участвующие в формировании его комплаентности.

Особое внимание уделяется прогностическому значению при наличии коморбидных расстройств, отрицательно влияющих на уровень комплайенса. Использование предлагаемого подхода позволит врачу-психиатру сократить время оценки влияния того или иного фактора на уровень комплаентности пациента, а также способствует улучшению прогнозирования степени устойчивости комплайенса и прицельному проведению необходимых мероприятий, направленных на его улучшение.

Методические рекомендации предназначены для врачей-психиатров.

Организация-разработчик: Санкт-Петербургский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3

Автор: кандидат медицинских наук Н.Б. Лутова

Обозначения и сокращения

Использованы следующие обозначения и сокращения:

ПАВ — психоактивные вещества

DAI — Disease Attitude Inventory

MARS — Medication Adherence Rating Scale

ROMI — Rating of Medication Influences

ITAQ — Insight and Treatment Attitudes Questionnaire

MEMC — микроэлектронная мониторинговая система

BPRS — Краткая психиатрическая оценочная шкала

SANS — Шкала оценки негативной симптоматики

GAF — шкала оценки глобального функционирования

Нормативные ссылки

Без ссылок на нормативные документы

Введение

Проблема согласия и выполнения больными лечебных назначений, предписанных врачом — то, что обозначается термином комплаенс, в настоящее время крайне актуальна. Наиболее часто этот термин подразумевает следование больного лекарственным назначениям.

Интерес к проблеме комплаенса весьма высок, так как несмотря на достижения фармакологии, непрекращающийся выход на рынок новых и более совершенных современных лекарственных средств, данные о следовании больными лекарственным назначениям остаются неудовлетворительными при разнообразных патологических состояниях. Так при соматических заболеваниях комплаентность больных в среднем составляет — 76%, у больных психозами она достигает 58%, а при депрессивных расстройствах — 65%. Особенно актуальна данная проблема в ситуациях, когда больные нуждаются в длительном курсе лечения. Среди пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, этот показатель варьирует от 43 до 78%. В среднем, считается, что только 50% больных с хроническими заболеваниями придерживаются лечебных рекомендаций. Несмотря на то, что проблемы соблюдения больными режима приема предписанных лекарств возникают при лечении различных заболеваний, выделяется ряд патологических состояний, при которых нарушения режима медикаментозного лечения могут приводить к особенно тяжелым последствиям. Это касается применения препаратов для лечения инфекционных

заболеваний, туберкулеза, ВИЧ — инфекции, а также применения гипотензивных средств и кортикостероидов. К этой же особо выделенной группе относится и терапия психических расстройств (прежде всего шизофрении и биполярного аффективного расстройства), так как при данной патологии отказ от приема лекарств даже при стабилизации состояния приводит к обострениям психопатологической симптоматики и, как следствие, к регоспитализациям.

Широко известно, что для больных с психическими расстройствами типичен низкий уровень следования режиму медикаментозных назначений, несмотря на то, что при высоком уровне комплаенса они получают большую пользу от лечения. Например, в США более половины пациентов, направленных из первичного звена в психиатрическую службу не идут к специалистам и/или не принимают назначенные психотропные лекарства. Проявления некомплаенса к антипсихотическим препаратам колеблется от 11 до 80% и считается, что при шизофрении комплаентность в среднем достигает лишь 50–60%, а среди пациентов с биполярным аффективным расстройством — 35% и ниже. Также отмечается низкая комплаентность у больных с депрессивной симптоматикой. В частности установлено, что половина пациентов с тяжелым депрессивным эпизодом прекращают прием предписанных антидепрессантов через 3 месяца от начала лечения.

Широкая распространенность некомплаентности при психических расстройствах имеет тяжелые последствия прежде всего из-за возрастания частоты обострений. Так, среди пациентов с первым эпизодом шизофрении или шизоаффективного расстройства, которые не принимали рекомендованных лекарств, риск обострения возрастет в 5 раз. Следует учитывать, что у больных шизофренией в течение года после первой госпитализации 40% рецидивов является результатом частичного комплаенса, а при полном отказе от лекарств рецидивы отмечаются у 70% больных. Последствиями обострений становятся регоспитализации больных и в подавляющем большинстве случаев они являются следствием нарушения режима медикаментозной терапии. Установлено, что в 2/3 случаев регоспитализация является следствием частичного или полного некомплаенса. Кроме прямых медицинских проблем выделяются и социальные последствия некомплаентности: семейные и производственные проблемы больных, снижающие качество их жизни. Кроме того, у некомплаентных больных чаще наблюдается антисоциальное и суицидальное поведение.

Формирование комплайенса — весьма трудный процесс, который обусловлен сложным взаимодействием нескольких групп факторов. Существенную роль играют характеристики самого пациента, работники здравоохранения (прежде всего врач) и система здравоохранения. Недостаточное понимание пациентом своего заболевания, целей медикаментозного лечения, его преимуществ и рисков в значительной мере затрудняет формированию комплаентности. Негативное влияние оказывает и плохое взаимодействие пациента с врачом, и назначение комбинированной лекарственной терапии. Стилль взаимодействия врача с системой здравоохранения, его осведомленность о стоимости лекарств, страховых покрытиях расходов на лечение и степень его собственной удовлетворенности профессиональной деятельностью имеют непосредственное влияние на формирование уровня комплайенса больного. Кроме того, отмечается и соучастие организации системы здравоохранения в том, как больной будет следовать лекарственному режиму. Имеют влияние и то, как пациент взаимодействует с системой здравоохранения, как учитываются медикаменты и осуществляется выдача лекарственных назначений, сколько они стоят, различные изменения формуляров и четкость работы обслуживающего персонала.

Учитывая, что фокусом преломления вышеперечисленных факторов и «носителем» комплаентности является больной, наибольшее внимание должно быть посвящено изучению разнообразных аспектов, касающихся самого пациента.

Большое значение на формирование комплайенса оказывают социо-демографические характеристики пациентов. Больные с низким уровнем комплаенсом — это преимущественно молодые люди и среди них чаще встречаются мужчины. Наиболее некомплаентны люди, относящиеся к низким социоэкономическим слоям населения. Отрицательно коррелирует с уровнем комплайенса и низкий уровень образования. В целом, уровень комплайенса не зависит от расовой принадлежности, но отмечается что, например, в США афро- и латиноамериканская часть населения имеет более низкий комплаенс по сравнению с белым населением. Предикторами низкого комплайенса являются недостаточный уровень социальной активности и низкий уровень глобального функционирования. Хороший уровень комплайенса положительно коррелирует с наличием и степенью семейной и социальной поддержки, высоким уровнем адаптации в семье и на производстве. Следует заметить, что отмеченные социодемографические параметры не всегда отчетливо коррелируют с уровнем комплаентности среди

психиатрического контингента больных при наличии у них коморбидных расстройств.

Формирование уровня комплайенса значительной мере зависит от эффективности и переносимости лекарственных средств. Неэффективность предшествующего лечения существенно снижает уровень комплайенса. Огромное значение имеет переносимость препаратов, так как именно этот параметр является одним из главных факторов, влияющих на уровень комплайенса. В наибольшей степени комплаентность психически больных снижают появление экстрапирамидных симптомов, нейролептической дисфории, акатизии, сексуальной дисфункции и увеличение массы тела, чему нередко способствуют различные коморбидные состояния пациента. Так, например, сосуществование органической патологии ЦНС и шизофрении способствует возникновению тяжелых и трудно купируемых нейролептических проявлений, а при наличии коморбидности аффективного расстройства с расстройством личности даже незначительное повышение массы тела становится для больного непереносимым переживанием. Широкий опрос пациентов выявил, что, ранжируя негативные побочные эффекты, больные на первое место ставят двигательные экстрапирамидные симптомы, считая их причиной снижения качества жизни, затем следует излишняя седация и на третьем – увеличение массы тела.

Уровень комплайенса находится и под влиянием клинических факторов. Комплаиенс существенно ниже при раннем начале заболевания, малой его продолжительности, высокой частоте рецидивирования и коротких ремиссиях. Комплаиенс имеет связь и с выраженностью продуктивной симптоматики: он ниже как при очень острой, так и при относительно низкой выраженности симптомов. Что касается структуры психопатологических симптомов, то наибольшую отрицательную корреляцию с комплаентностью имеют бредовые синдромы. Кроме того, негативная симптоматика, особенно абулия, алогия и апатия отрицательно влияют на комплаентность больного. Снижает уровень комплайенса и наличие у больного когнитивных проблем.

Особое значение имеет влияние на комплаентность больных страдающих шизофренией и аффективными расстройствами наличие коморбидных состояний. Наличие коморбидного злоупотребления психоактивными веществами, а также коморбидного расстройства личности имеют выраженное отрицательное влияние на его уровень.

На формирование комплайенса оказывают влияние и психологические факторы. Низкая приверженность медикаментозной

терапии может обуславливаться тем, что симптомы психического расстройства воспринимаются больным как проявления редкого и труднодиагностируемого заболевания, связанного с соматическим неблагополучием, а не рассматриваются ими как психическое заболевание. Часть пациентов избегают приема препаратов вследствие анозогнозии относительно своих болезненных проявлений. Предикторами низкой комплаентности может стать отрицательное отношение к лекарствам, а предикторами высокого уровня соблюдения назначенного лечения — изначально положительная установка больного на сотрудничество с врачом и положительная установка на лекарство. В тоже время, психологическое сопротивление медикации возрастает, если лечение воспринимается больным как угроза автономной свободе выбора. Больные, имеющие правильное понимание наличия заболевания, восприятие своей способности контролировать болезнь и оценку риска возникновения рецидива в будущем, как правило, имеют высокий уровень комплаенса.

На уровень комплаенса оказывают влияние отношения с врачом. Так, отмечается отрицательное влияние части врачей на формирование комплаентности больных. Прежде всего, это обусловлено низким качеством терапевтического альянса и тем, что пациенты не видят во враче достаточной заинтересованности и включенности в свои проблемы. Кроме того, вклад медицинских работников в формирование низкого комплаенса заключается в том, что, прописывая режим приема лекарств врачи не учитывают удобство больного и реальную возможность придерживаться предписанного распорядка приема, недостаточно разъясняют пользу и возможные побочные эффекты предписанных лекарств, не дают советов по режиму дня, образу жизни, не учитывают цены на лекарства и возможность пациента выкупить препарат.

Неизменно упоминается семья больного, как важный фактор, формирующий и поддерживающий комплаентность. Установлен высокий уровень корреляции между высоким уровнем комплаенса и наличием и уровнем семейной и социальной поддержки. Среди факторов, оказывающих негативное влияние на комплаентность больных, отмечают высокий уровень эмоциональной экспрессии родственников, проявляющийся в виде критики, враждебности и негативными эмоциями в адрес больного, а также прямая критика лечения со стороны родных.

При том, что выявлено множество факторов, имеющих отношение к формированию уровня комплаенса, наиболее проблематичным остается вопрос об инструменте его оценки. Прежде всего,

оценку комплайенса затрудняет то обстоятельство, что больные зачастую имеют тенденцию к завышению его уровня, избегая порицания врача и возложения на себя ответственности за ухудшение состояния. При этом реальная картина выглядит следующим образом: благодаря использованию электронного мониторинга установлены шесть основных паттернов поведения при приеме лекарств среди пациентов с хроническими заболеваниями, продолжающими лечение. Примерно 1/6 из них практически безупречно придерживается режима приема лекарств; 1/6 часть принимают почти всю дозировку периодически нарушая время приема; 1/6 больных время от времени пропускают одну дневную дозу и имеют некоторое непостоянство времени приема; 1/6 устраивают «лекарственные каникулы» 3–4 раза в год с периодическим пропуском доз; 1/6 часть пациентов имеют лекарственные каникулы ежемесячно или чаще, с частыми пропусками доз и 1/6 редко принимают лекарства или не принимают несмотря на то, что производит впечатление комплаентных. Это согласуется с другими данными, где 67,5% больных утверждали, что принимали все дозы препарата, но согласно результату подсчета таблеток только 10,3% не пропускали прием лекарств. Зачастую и врачи, не привлекая объективные данные и полагаясь лишь на свои представления, завышают уровень комплаентности своих пациентов. Так, применение микроэлектронной мониторинговой системы (МЕМС), установило, что по оценкам врачей 95% больных были комплаентными, а по оценкам МЕМС только 38% больных соблюдали режим терапии.

При том, что в настоящее время накоплено большое количество разнообразных данных о вкладе тех или иных параметров в феномен комплайенса, сама оценка комплаентности больного вызывает определенные затруднения, а зачастую и не проводится.

Так, обзор зарубежных научных публикаций, касающихся применения лекарственных препаратов за последние годы, показал, что комплаентность больных относительно применявшихся лекарств оценивалась только в 47% исследований. В тех случаях, когда комплаиенс учитывался, то методы его оценки сводились к следующему: в 33% случаев применялся метод подсчета таблеток; в 25% — использовались самоотчеты больных; в 14% исследований проводилось исследование концентрации препарата в биологических жидкостях; в 9% использовалась скрытая супервизия за приемом лекарств, а применение встроенной в крышку упаковки электронной системы использовалось только в 5% исследования. В 16% исследований использовались комбинации вышеуказанных приемов.

Существует подразделение методов оценки комплаентности на прямые и косвенные, имеющие свои преимущества и недостатки. Прямые методы, к которым относят прямой контроль за приемом лекарств, измерение уровня концентрации лекарств и его метаболитов в крови, оценка биологических маркеров в крови, имея высокий уровень объективности, но либо плохо применимы в рутинной практике, либо слишком дорогостоящи. К косвенным методам относят опрос пациента, его самоотчеты, ведение дневника, подсчет таблеток, учет использования выписанных рецептов: при их простоте в использовании, здесь нельзя исключить искажения полученных данных со стороны пациента. Опора на такие параметры как «клинический ответ» или оценка физиологических изменений также не может считаться достоверной и однозначной, т.к. здесь могут вмешиваться разнообразные факторы, например, особенности метаболизма, абсорбции, резистентность относительно используемого лекарства или психологические факторы. Применение электронного мониторинга лекарств является слишком дорогостоящим проектом. Таким образом, при том, что каждый из перечисленных методов имеет преимущества и недостатки, но не один из них не может быть признан «золотым стандартом».

Изучение комплайенса затрудняет и отсутствие достаточно адекватных и информативных психометрических инструментов для его оценки. В зарубежных исследованиях комплайенса наиболее часто используются опросники в виде интервью или полуструктурированных интервью представляющие собой самоотчеты пациентов. Это методики: шкала установки на лечение Disease Attitude Inventory (DAI) и опросники Medication Adherence Rating Scale (MARS), Rating of Medication Influences (ROMI), Insight and Treatment Attitudes Questionnaire (ITAQ). Но они не свободны от существенных недостатков, так как, оперируя исключительно данными самоотчета больных, они не дают возможности вносить объективную коррекцию, опираясь на наблюдения врача и используя дополнительную информацию за пределами прямых ответов больных по ряду параметров, являющихся предикторами комплайенса.

Использование Шкалы оценки медикаментозного комплайенса в психиатрии, разработанной в НИПНИ им.В.М. Бехтерева позволяет выйти за пределы самоотчета больного и сделать оценку комплайенса системной, опираясь на все основные группы факторов, влияющих на соблюдение режима лекарственной терапии: факторы, связанные с отношением к медикации, с пациентом, лечащим врачом и близким окружением. Психометрические качества

данной шкалы полностью соответствуют предъявляемым в настоящее время требованиям исследовательским измерительным инструментам.

Таким образом, использование данного инструмента позволяет врачу не только выявить уровень комплаентности пациента, но и оценить вклад различных факторов в формирование комплаенса конкретного больного.

Основная часть

Оценка факторов комплаентности психически больных и влияние на них коморбидных расстройств

Описание алгоритма

Для оценки факторов комплаентности больного лечащим врачом используется Шкала оценки медикаментозного комплаенса (приложение 1). Лечащий врач заполняет Шкалу на основании всей полноты информации о больном, после ознакомления с анамнезом, клиническим состоянием, подробностями субъективного отношения к лекарственной терапии, данными наблюдения медперсонала за приемом лекарств при нахождении больного в стационаре и/или лиц близкого окружения при нахождении больного во внебольничных условиях.

При заполнении шкалы медикаментозного комплаенса могут использоваться бланки произвольной формы. Пункты шкалы градуированы, градуировки снабжены содержательными характеристиками различий. Характеристики градаций приведены к однозначно распознаваемым поведенческим характеристикам или установкам больного. Более сложной может оказаться идентификация вариантов психологически обусловленного саботирования медикации (п. 1.4), а также инсайта на психологические механизмы заболевания (п. 2.1). Успех здесь определяется клинической квалификацией эксперта и полнотой предварительного обследования больного. Уровень продуктивной и негативной психопатологической симптоматики (пп. 2.2, 2.3) оценивается с помощью несложных и общеизвестных инструментов — шкал BPRS и SANS (приложения 2, 3). Для BPRS низкий уровень нарушений кодируется при общем балле до 40, средний — 40–60, высокий — свыше 60. Для SANS низкий уровень нарушений кодируется при общем балле менее 30, средний уровень — 30–60, высокий — свыше 60. Низкая частота рецидивирования (п. 2.4) кодируется при наличии по данным анамнеза не свыше одного рецидива в год, средняя — при 2–3, высокая — свыше

3 рецидивов в год. Общий уровень функционирования на производстве, в учебе, семье (п. 2.7) оценивается при помощи также несложной и широко распространенной шкалы оценки глобального функционирования (GAF) (приложение 4). Низкий уровень нарушений кодируется при общем показателе свыше 60 баллов, средний — 40–60 баллов, высокий — менее 40 баллов. Высокому уровню материальной поддержки окружающих в приобретении лекарств (п. 2.7) соответствует возможность приобретения любого набора требуемых дорогостоящих препаратов, среднему — некоторых из них, низкому – лишь недорогих общедоступных лекарственных средств. Количественные значения градаций выстроены таким образом, что нарастанию величины балла соответствует повышение уровня комплайенса. Нижний уровень градаций везде равен нулю за исключением пп. 1.10 и 1.11, относящихся к пути введения препарата, где существенным представляется учет того, используется ли данный модус поступления лекарства на момент заполнения шкалы. При этом 0 означает как индифферентное отношение больного к данному пути введения, так и то, что он не используется. Приемлемость для больного данного способа повышает, а неприемлемость понижает общий шкальный балл на одну единицу.

Общий балл выводится простым сложением величин градаций отдельных пунктов.

Изучение корреляций всех факторов Шкалы с основными блоками (Отношение к лекарствам; Факторы, связанные с пациентом; Факторы, связанные с близким окружением; Факторы, связанные с лечащим врачом) позволили на основании полученных уровней корреляционных связей операционализировать оценку вклада отдельных факторов в каждый из вышеуказанных блоков. Таким образом, заполнив шкалу на конкретного больного, врач, используя приложение 5, получает возможность оценить уровень взаимосвязи отдельных факторов данного индивида с основными подсистемными блоками, участвующими в формировании его комплаентности. Данная процедура позволяет практикующему врачу-психиатру произвести прогностическую оценку устойчивости комплайенса больного компактно и прицельно.

Особенное внимание врачу-психиатру следует уделять психически больным, имеющим коморбидные расстройства, так как установлено, что наличие коморбидности (злоупотребление ПАВ и/или расстройство личности) снижает общий уровень комплайенса отрицательно влияя на все подсистемные блоки и сопряжено с обесцениванием больным принимаемого препарата или декларируемой его недоступностью.

Приложение 1.

ШКАЛА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛАЙЕНСА

1. Отношение к медикации

Поведение при проведении медикаментозного лечения

Самостоятельный прием лекарств	2
Прием препаратов под контролем мед.персонала, родственников	1
Уклонение от приема лекарств (избегает приема, отказывается)	0

Заинтересованность в приеме лекарств

Активное отношение к приему препарата, понимание необходимости приема, интерес к параметрам терапии	3
Согласие на прием препарата при наличии сомнений в его эффективности	2
Пассивное согласие на прием при отсутствии надежды на эффект	1
Нежелание принимать лекарства	0

Наличие опасений, связанных с психотропным действием вообще или с возможностью появления побочных эффектов

Отсутствие необоснованных опасений относительно медикации	5
Считает, что психотропные препараты в дальнейшем могут вызвать неприятные побочные действия	4
Считает, что препараты, как и любые «химические», т.е. не природные вещества могут оказаться вредными для организма	3
Считает, что психотропные препараты в дальнейшем могут произвести психологический эффект «зомбирования», «разрушения» личности	2
Негативно относится к принимаемому препарату, т.к. испытал на себе его субъективно тягостные побочные действия или отсутствие эффекта	1
Негативно относится к лекарствам, т.к. испытал на себе субъективно тягостные побочные действия или отсутствие эффекта нескольких (3 и более) препаратов	0

1.4. Психологически обусловленное саботирование медикации

Психологически обусловленное саботирование отсутствует	5
Недостаточность субъективного страдания от болезни	4
Особенности восприятия врача (проявление недоверия, недовольство контактом и т.д.)	3
Страх стигматизации (прием лекарств воспринимается как подтверждение наличия психического заболевания для себя/окружающих)	2
Особенности внутренней картины болезни	1
Наличие вторичной выгоды от болезни (обеспечение заботы родных, освобождение от ответственности и нагрузок, материальные выгоды)	0

1.5 Анамнестические сведения о нарушениях комплаенса (при их наличии)

Нет нарушений	4
Снижение дозировок лекарств	3
Нерегулярность приема лекарств	2
Прекращение приема лекарств	1
Прием не рекомендованных врачом лекарств	0

1.6 Отношение больного к принимавшимся ранее препаратам

Положительное	2
Нейтральное/ранее не принимал	1
Отрицательное	0

1.7 Оценка больным эффективности принимаемого на данный момент препарата при монотерапии

Высокая	2
Средняя	1
Низкая	0

1.8 Оценка больным эффективности принимаемой на данный момент комбинации препаратов

Высокая	2
Средняя	1
Низкая	0

1.9 Приемлемость парэнтерального способа введения препарата

Удовлетворен	+1
Индифферентен/не используется	0
Не удовлетворен	-1

1.10 Приемлемость перорального приема препарата

Удовлетворен	+1
Индифферентен/не используется	0
Не удовлетворен	-1

1.11 Удовлетворенность режимом приема препарата

Полностью удовлетворен	2
Нейтрален	1
Не удовлетворен	0

1.12 Доступность препарата

Доступен	1
Недоступность по финансовым или иным причинам	0

1.13 Информация о времени ожидаемого начала действия препарата

Получена больным	1
Не получена	0

2. Факторы, связанные с пациентом

2.1 Осознание болезни

Инсайт на психологические механизмы болезни	3
Наличие критики к симптомам	2
Частичная критика	1
Отсутствие критики	0

2.2 Уровень продуктивной психопатологической симптоматики (по шкале BPRS)

Низкий	2
Средний	1
Высокий	0

2.3 Уровень негативной симптоматики (по шкале SANS)

Низкий	2
Средний	1
Высокий	0

2.4 Частота рецидивирования

Низкая	2
Средняя	1
Высокая	0

2.5. Суицидальные и прочие тенденции к саморазрушающему поведению

Низкие	2
Средние	1
Высокие	0

2.6 Коморбидность со злоупотреблением психоактивными веществами и/или расстройствами личности

Отсутствует	1
Имеется	0

2.7 Глобальный уровень социального функционирования, адаптации больного (по шкале GAF)

Высокий	2
Средний	1
Низкий	0

2.8 *Наличие когнитивных нарушений*

Отсутствуют	1
Имеются	0

3. **Факторы, связанные с близким окружением**

Уровень социальной поддержки, включая материальное содействие в приобретении лекарственных средств)

Высокий	2
Средний	1
Низкий	0

Отношение близкого окружения к медикации

Адекватное отношение	3
Отрицательное отношение друзей	2
Отрицательное отношение лечащего психотерапевта/парапрактика	1
Отрицательное/инадекватное отношение семьи	0

4. **Факторы, связанные с лечащим врачом**

4.1 *Терапевтический альянс*

Высокий	2
Средний	1
Низкий	0

4.2 *Адекватность врачебного наблюдения вне обострения*

Высокая	2
Средняя	1
Низкая	0

Приложение 2

Краткая психиатрическая оценочная шкала (BPRS)

Кодировка: 1 - отсутствует, 2 - весьма незначительно, 3 - незначительно, 4 - умеренно, 5 - умеренно выражено, 6 - выражено, 7 - крайняя степень выраженности

1. Отношение к соматическому состоянию

Степень обращенности к имеющемуся состоянию физического здоровья. Оценивайте, в какой степени физическое здоровье рассматривается пациентом в качестве проблемы, вне зависимости от того, имеются ли основания для жалоб, или нет.

2. Тревога

Чрезмерная озабоченность, опасения, тревога относительно настоящего и будущего. Оценивайте лишь высказывания больного о его субъективных переживаниях. Не следует делать выводы о наличии страха по соматическим симптомам или невротическим защитным механизмам.

3. Эмоциональный уход в себя

Недостаток эмоционального контакта с собеседником и недостаточный учет ситуации осмотра. Оценивайте лишь то, насколько больному не удается установить эмоциональный контакт с другими лицами в ситуации общения.

4. Распад мыслительных процессов

Степень, до которой мыслительный процесс оказывается спутанным, инкогерентным или разорванным. Оценивайте лишь интеграцию вербальных выражений, а не субъективное впечатление, имеющееся у больного о своих мыслительных возможностях.

5. Чувство вины

Чрезмерная озабоченность или угрызания совести относительно прежнего поведения. Оценивайте субъективное переживание вины на основе высказываний больного и их аффективного сопровождения. Не следует делать вывод о наличии чувства вины лишь потому, что обнаруживаются депрессия, тревога или невротическая защита.

6. Напряженность

Признаки напряженности, "нервозности" и повышенной двигательной активности в моторике. Описывайте лишь двигательные признаки напряженности, а не субъективные переживания больного.

7. Манерность, вычурность поведения

Бросающиеся в глаза особенности психомоторики, необычный рисунок двигательного поведения, выделяющий определенных психически больных из группы "нормальных". Оценивайте лишь качественные отклонения картины моторики, а не просто повышенную двигательную активность.

8. Идеи величия

Повышенная самооценка, убежденность в собственной необыкновенной силе и способностях. Оценивайте лишь высказывания больных о себе или в сравнении с другими, но не поведение в ситуации беседы.

9. Депрессивное настроение

Подавленность, печаль. Оценивайте лишь степень подавленности. Не делайте выводов на основании таких сопутствующих депрессивных проявлений, как общая заторможенность и соматические симптомы.

10. Враждебность

Недоброежелательность, уничижительное, презрительное отношение, враждебность к лицам вне ситуации осмотра. Оценивайте лишь высказывания больного о своих чувствах и действиях по отношению к другим. Не следует делать выводы о враждебности на основании наличия невротической защиты, тревоги или соматических симптомов. Поведение относительно проводящего осмотр оценивается в п.14 (снижение установки на сотрудничество с врачом).

11. Подозрительность, параноидные содержания

Убежденность (бредовая или иная) в том, что окружающие имеют или имели желание причинить вред больному или отрицательно оценивали его. Оценивайте лишь те подозрения, которые основываются на устойчивых соответствующих высказываниях, вне зависимости от того, касаются ли они недавних или более ранних ситуаций.

12. Галлюцинации

Восприятия, не основанные на соответствующих нормальных внешних раздражителях. Оценивайте лишь такие переживания, которые, по высказываниям больного, появились в течение последних недель и которые - так, как они описывались - демонстрируют отчетливые отличия от нормального мышления и представлений.

13. Двигательная заторможенность

Снижение энергетического уровня, видимое по замедлению движений. Оценивайте лишь наблюдаемое поведение больного, а не его субъективное впечатление о своей бодрости.

14. Снижение установки на сотрудничество с врачом

Очевидное сопротивление, недовольство, предубежденность и недостаточная готовность сотрудничать с проводящим осмотр. Оценивайте лишь установку больного и его реакции на проводящего осмотр и на ситуацию осмотра. Не оценивайте высказывания, свидетельствующие об отсутствии установки на сотрудничество вне ситуации осмотра.

15. Вычурность мышления

Необычные, странные, причудливые или вычурные содержания мышления. Оценивайте лишь степень необычности, а не степень распада процесса мышления (формальные нарушения мышления учитываются в п.4).

16. Аффективная уплощенность, притупление

Редуцированная эмоциональность, очевидный недостаток нормальных чувств и вовлеченности.

17. Возбуждение

Повышенная эмоциональность, ажитированность, повышенная амплитуда реакций.

18. Нарушения ориентировки

Спутанность или недостаточная способность к ориентировке в месте, времени или окружающих лицах.

Приложение 3.

Шкала оценки негативной симптоматики (SANS)

Кодировка: 0 - отсутствует, 1 - спорно, 2 - в легкой степени, 3 - умеренно, 4 - выражено, 5 - тяжелые нарушения

I. Уплотнение и ригидность аффекта

1. Обеднение мимики
2. Снижение спонтанной подвижности
3. Обеднение выразительности моторики
4. Избегание контакта взглядом
5. Уплотнение аффекта
6. Неадекватность аффекта (паратимии)
7. Монотонность, снижение выразительности речи
8. Субъективное ощущение потери эмоций

II. Нарушения речи

1. Обеднение словарного запаса
2. Обеднение тематики разговора
3. Обрывы мыслей
4. Ответы с задержкой
5. Субъективная оценка нарушений речи

III. Апато-абулические расстройства

1. Уход за собой
2. Снижение продуктивности в работе или учебе
3. Снижение физического энергетического потенциала
4. Субъективная оценка апато-абулических нарушений

IV. Ангедония - асоциальность

1. Активность свободного времени
2. Сексуальные интересы
3. Способность чувствовать интимность и близость
4. Отношения с родными и коллегами (аутизм)
5. Субъективное осознание ангедонии-асоциальности

V. Внимание

1. Невнимательность в контакте
2. Невнимательность при психологическом тестировании
3. Субъективное восприятие снижения концентрации внимания

Шкала глобального функционирования (GAF)

100-80: нет снижения, высокий уровень функционирования; работает с полным напряжением и выполняет все, что ожидается, поддерживает отличные отношения по работе, эффективно продвигается в своей карьере.

80-60: нет снижения, удовлетворительный уровень функционирования; работает на удовлетворительном уровне, хорошие отношения по работе, удовлетворительное продвижение в карьере.

60-40: незначительное снижение, легкие затруднения в функционировании; легкие затруднения в работе, учебе или домашнем хозяйстве, некоторые трудности в отношениях по работе, некоторые трудности в продвижении, есть прогулы на работе или в школе.

40-20: умеренное снижение, значительные затруднения в функционировании: значительные трудности в работе, учебе или домашнем хозяйстве, значительные трудности в отношениях, отсутствие продвижения, частые прогулы или постоянные опоздания или пренебрежение домашними обязанностями.

20-0: сильное снижение, практическая невозможность функционирования; практическая невозможность выполнять работу, учиться или заниматься домашним хозяйством, очень частые прогулы или полное пренебрежение домашним хозяйством.

Приложение 5

Взаимосвязи факторов комплаентности у психически больных

Пункты	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7, 1.8	1.9, 1.10	1.11	2.1	2.2	2.3	2.4	2.6	2.7	3.2	4.1
Отношение к медикации	++++	+++	+++	++	++++	++++	+++	+++	++++	+	+	++	+++	++	+++	++++

Пункты	1.2	1.3	1.4	1.7, 1.8	2.1	2.2	2.3	2.4	2.6	2.7	2.8	3.2	4.1
Факторы, связанные с пациентом	++	++	++	+++	+++	+	+++	+	+++	++++	+++	+	+++

Пункты	1.4	1.5	1.6	2.1	2.2	2.4	2.6	3.1	3.2	4.1	4.2
Факторы, связанные с близким окружением	++	++	++	+	+	+	+++	++++	++++	+++	+++

Пункты	1.2	1.4	1.6	1.7 1.8	1.9 1.10	1.11	2.4	2.5	2.6	3.1	3.2	4.1	4.2
Факторы, связанные с лечащим врачом	++++	+++	++	+++	++	+++	++	+	+++	++	+++	++++	+++

Кодировка: + + + + - сильная положительная связь

+ + + - умеренная положительная связь

+ + - легкая положительная связь

+ - слабая положительная связь

Издательский центр Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева приглашает всех заинтересованных лиц воспользоваться следующими услугами:

- Оперативная печать авторефератов, брошюр, методических пособий, буклетов.
- Копировально-множительные работы.
- Издание монографий, сборников научных трудов, тезисов конференций малыми и средними тиражами.

Тел/факс: 365-20-80. E-mail: onmi@bekhterev.ru

Адрес: Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3, корп.6

Издательский центр СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Подписано в печать 09.04.2012. Формат 60x84/16.

Отпечатано с готового оригинал-макета
в типографии СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева
методом оперативной полиграфии.

Заказ № . Тираж 100 экз.

Типография СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева.
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д. 3, тел. 365-20-80