



ФГБУ «ГНЦ
социальной
и судебной
психиатрии им.
В.П. Сербского»,
отдел терапии
психических
и поведенческих
расстройств

Проблемы длительной терапии хронических заболеваний: комплаенс – отказ от терапии – мотивация к лечению

Д. м. н., проф. А.С. АВЕДИСОВА

В статье обсуждается проблема комплаенса в аспекте лечения пациентов с хроническими заболеваниями. Отсутствие приверженности терапии (нонкомплаенс) существенно снижает эффективность лечения, а зачастую сводит на нет все усилия врачей. В качестве центральной модели для изучения нонкомплаенса предлагается использовать термин «отказ от терапии». На основании этого подхода дана дифференцированная типология отказов (полный или частичный, первичный/ранний или вторичный/поздний, однократный/рецидивирующий, компетентный/некомпетентный, явный/скрытый), выявлены предикторы отказов от лечения, а также предложены методы их коррекции и профилактики. Одним из таких методов является мотивационная терапия (комплаенс-терапия), представляющая собой специфическую психотерапевтическую методiku, направленную в первую очередь на повышение и сохранение высокого уровня комплаенса больных на протяжении всего курса лечения.

К проблеме комплаенса (англ. compliance) в настоящее время привлечено огромное внимание как в общесоматической медицине, так и в психиатрии. Это связано с необходимостью длительной терапии большинства соматических (диабет, гипертоническая болезнь и др.), а также психических заболеваний, прежде всего, с целью предотвращения возможных обострений и рециди-

вов. Распространенность нонкомплаенса исключительно высока. Так, при хронических соматических заболеваниях она составляет 30–60% [1], а при психических достигает 70–80% [2, 3]. В исследовании К.А. Cerkoney и Л.К. Hart (1980) [4] показано, что только 7% пациентов с инсулинзависимым диабетом выполняют все шаги, необходимые для контролирования заболевания [5]. Неслучайно нонкомплаенс при

тяжелых соматических заболеваниях расценивается как пассивный суицид (уменьшение дозы препарата или изменение режима его приема) или активный незавершенный суицид (полный отказ от лечения) [6].

Вместе с тем большие сложности возникают с квалификацией и оценкой нонкомплаенса как такового. Так, согласно DSM-IV (1994) (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – Руководство по диагностике и статистике психических расстройств), категория несогласия с лечением может использоваться лишь, когда в фокусе клинического внимания находится несогласие с важными аспектами лечения заболевания или общего состояния больного. Таким образом, речь идет не обо всех аспектах терапии, а только о важных. Причем констатация «важности» дается на откуп врачу, что должно приводить к частому несовпадению точек зрения участников терапевтического процесса и само по себе может приводить к нонкомплаенсу.

Совершенно иным является определение комплаенса как степени, с которой поведение больного со-



гласуется с медицинскими требованиями: пассивно или активно (в последнем случае предлагается альтернативный комплаенсу и более нейтральный термин «приверженность» – adherence, или «конкорданс»). Такое понимание комплаенса адекватно определению нонкомплаенса как любого отклонения от предписанных врачебных рекомендаций (в том числе снижение числа принимаемых препаратов или их дозы, изменение времени приема таблеток и т.д.) и более соответствует хорошо известному в нашей стране определению «режим приема» лекарственной терапии. Вместе с тем существует некоторое различие между согласием с лечением и исполнением врачебных рекомендаций. Первое связано с субъективным отношением больного к терапии, со степенью соответствия его представлений о терапевтическом процессе с представлениями врача, второе относится к поведенческому аспекту функционирования пациента. Возможное несовпадение результатов при этом очевидно. Существует и другое определение комплаенса, которое подразумевает некое внутреннее пространство больного, в пределах которого можно говорить о совпадении действий пациента с медицинскими рекомендациями. Такое понимание комплаенса предполагает, что степень комплаенса отражает и степень удовлетворенности пациента качеством медицинской помощи. Однако, на наш взгляд, и это определение не совсем верно, поскольку его сторонники не учитывают явно завышенные требования пациентов к качеству медицинской помощи, основанные на оторванных от реальности и наивных надеждах больного на быстрое исцеление. Кроме того, само согласие с терапией, завися от чрезвычайно большого числа факторов, крайне неустойчиво. Так, потеря доверия к врачу или ятрогенная может в один день сделать комплаенс на нонкомплаенс, что свидетельствует о субъективной значимости определенного фактора в определенный момент терапии.

Не менее противоречивы и концептуальные модели комплаенса, отражающие разнообразие исследовательских подходов при изучении этой проблемы: 1) биомедицинская модель с фокусированием на таких аспектах, как лечебный режим и побочные эффекты; 2) бихевиористская модель с акцентом на средовых влияниях и развитии поведенческих навыков; 3) образовательная модель, центрированная на улучшении взаимоотношений между пациентом и врачом; 4) модель популярных в обществе представлений о здоровье, основанная, в первую очередь, на рациональной оценке полезности, а также препятствий к лечению; 5) модель саморегулирующихся систем, в рамках которых анализируются когнитивные и эмоциональные реакции на угрозу заболевания. Анализ этих моделей комплаенса показывает, что одни из них основаны на вере в выздоровление, другие – на альтернативной адаптации, третьи – на когнитивных функциях и т.д. Отсутствие какой-либо сопоставимости между ними, а также единой теории развития комплаенса вызывает обоснованную критику со стороны оппонентов как самих этих моделей, так и полученных при их использовании результатов. Разногласия в определении термина «комплаенс» и моделей его развития дополняются фактическим отсутствием полноценных стандартизированных методов оценки несогласия больного с терапией. Широкие расхождения, касающиеся уровня комплаенса пациентов с соматическими и психическими расстройствами, частично объясняются несопоставимыми методами его оценки (качественный и количественный; субъективный и объективный; прямой и непрямой), длительностью периода наблюдения, а также критериями собственно нонкомплаенса (любое или только недопустимое отклонение от рекомендованного режима приема препарата). Такие методики, как опрос больного, подсчет препарата, оставшегося после его приема, микроэлектрон-

ный мониторинг (Medication Event Monitoring System, или MEMS), позволяющий регистрировать, сколько раз в течение суток пациенты открывают упаковки с таблетками, обычно недостаточно надежны и не могут дать гарантированной оценки по факту приема больными лекарственных средств. Так, при опросах больные нередко дают ложную информацию, просто скрывая реальное положение дел от врача. Анамнестические сведения со слов пациентов и их родственников часто расходятся настолько, что их почти невозможно интерпретировать. А те или иные варианты подсчета лекарственных форм, несмотря ни на что, оставляют больным слишком много возможностей для манипулирования их количеством. Более достоверные данные можно получить при фармакокинетических исследованиях с определени-

Полный комплаенс – это всего лишь срединная точка на широком континууме степени приверженности больных к проводимой терапии (от полного или частичного сопротивления терапии до злоупотребления ею).

ем метаболитов препаратов или других специфических маркеров. Однако эти методики слишком дорогостоящи и сложны, из-за чего в подавляющем большинстве исследований для оценки комплаенса больных используются менее надежные подходы. Мы считаем, что полный комплаенс – это всего лишь срединная точка на широком континууме степени приверженности больных к проводимой терапии (от полного или частичного сопротивления терапии до злоупотребления ею) и является скорее желаемой целью, тогда как нонкомплаенс к лечению, то есть все, что меньше полного комплаенса, имеет много различных форм и нуждается в тщатель-

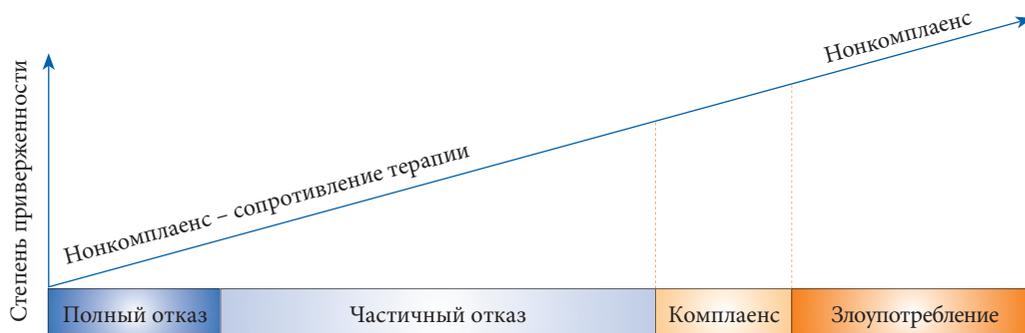


Рис. Континуум поведенческих моделей приверженности больного к лекарственному препарату

ном анализе и изучении (рис.). Термины «комплаенс» и «нон-комплаенс», несмотря на всю их важность для клинической практики, – слишком широкие и трудно поддающиеся определению понятия. Во многом поэтому согласие/несогласие с лечением часто выступает как субъективная категория, плохо поддающаяся объективному анализу. Вместе с тем следует отметить, что полный комплаенс часто достигается у больных с определенными расстройствами (например, с ипохондрическими) или с определенными установками (например, с рентными), что ставит вопрос о его желательности.

Для того чтобы сделать эту область доступной непосредственной оценке, а следовательно, и научному исследованию, необходимо для начала выделить из нее наиболее очерченные и поддающиеся измерению составляющие. В этом смысле отказ (проблематизирующий термин) от лечения можно рассматривать как наиболее явную или крайнюю форму нонкомплаенса, поскольку он является открытым (и осознанным) выражением несогласия пациента с рекомендуемым лечением, сопровождающимся соответствующей поведенческой реакцией. Будучи крайним вариантом нонкомплаенса, отказ от терапии является однозначной результирующей всего объема обуславливающих его факторов и гораздо легче поддается как первичной диагностике, так и всестороннему измерению (по сравнению с оценкой комплаенса в целом). Он включает

и отказ от посещения врача или от госпитализации, и отказ начинать лечение или преждевременное прекращение приема препаратов, и применение их без учета полученных рекомендаций. Частичный нонкомплаенс в таком понимании будет означать частичный отказ от терапии. При этом больные обычно отказываются принимать какие-то определенные препараты или необходимые дозировки лекарственных средств. Скрытые отказы, часто маскирующиеся простой забывчивостью, возникают либо при недостаточно полной разработанности в сознании больного когнитивной составляющей отказа от рекомендуемого лечения, либо при отсутствии очевидной конгруэнтности между эмоционально-когнитивным и поведенческим компонентами отказа.

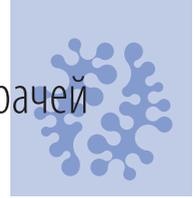
При такой трактовке нонкомплаенса его оценка фактически представляет собой оценку отказа (полного или частичного, первичного/раннего или вторичного/позднего, однократного/рецидивирующего, компетентного/некомпетентного, явного/скрытого) от терапии (если не иметь в виду простую забывчивость больного), который и может выступать в качестве центральной модели для изучения нонкомплаенса вообще. При этом следует помнить, что отказ больного от лечения всегда возникает в рамках контакта «врач – пациент» и во многом определяется его качественными характеристиками. Влияние всех остальных факторов также реализуется в ситуации данного контакта.

Таким образом, взаимоотношению «врач – пациент» можно придать статус системообразующего при комплексном рассмотрении проблемы отказов больных от терапии. Необходимо добавить, что отношения между врачами и пациентами в современном мире становятся все более и более сложными. Этому способствуют и огромное количество появляющихся на рынке новых фармакологических средств, и недостаточная степень стандартизации врачебных назначений, и невиданное ранее разнообразие терапевтических запросов населения.

Переход от понятия «нонкомплаенс» к «отказу от терапии» в рамках изучения проблемы несогласия пациента с лечением позволяет не только предложить дифференцированную типологию отказов и на этой основе выявить их предикторы, но и предложить методы их коррекции и профилактики.

Если говорить о факторах, способствующих нонкомплаенсу, то из их почти необозримого множества лишь некоторые являются однозначно негативными. С большими или меньшими оговорками причинами несогласия с лечением большинством клиницистов считают дискомфорт, вызванный различными нежелательными проявлениями медицинского характера; дороговизну лечения; основанные на индивидуальных, религиозных или культурных ценностях суждения больных относительно преимуществ и недостатков предложенного лечения; обусловленные личностными особенностями трудности адаптации (например, отрицание болезни) и др. Такие факторы, как полное информирование пациентов о возможных побочных эффектах назначаемых врачом препаратов, однократность их приема или, например, использование внутримышечных инъекций у разных больных могут способствовать как комплаенсу, так и нонкомплаенсу.

Побочные эффекты лекарственных препаратов, по мнению ряда исследователей, являются одной из самых значимых причин, при-



водящих к отказу от терапии. Однако, по нашим данным, в этом случае важно не столько количество и спектр нежелательных явлений, сколько их субъективная непереносимость: некоторые из побочных эффектов столь субъективно тягостны и труднопереносимы, что больные отказываются от соответствующих препаратов, несмотря на то что в целом понимают необходимость их применения. Особенно важны при этом побочные эффекты, опережающие в своем развитии основной, терапевтический эффект препарата. При этом замечено: чем более интеллеktуален пациент, тем выше требования, которые он предъявляет к проведению терапии, особенно в части минимизации побочных эффектов, негативно влияющих на его быденную жизнь и затрудняющих выполнение привычных социальных функций [7]. К. Demyttenaere [8] считает, что побочные эффекты и другие нежелательные явления, в том числе и тяжелые, возникающие на фоне терапии, могут рассматриваться в качестве предикторов лишь ранних, но не поздних вторичных отказов от лечения. Поздние и рецидивирующие вторичные отказы от лечения обычно связаны с длительной терапией резистентных состояний. Многие авторы высказывают мнение, что излишне сложные или часто меняющиеся при этом терапевтические схемы попросту запутывают больных, а длительное отсутствие положительного эффекта «толкает» их на самостоятельное увеличение дозировок и изменение режима приема препаратов. Такие больные, испробовав большое количество различных лекарственных средств и пройдя несколько курсов терапии, часто приходят к выводу, что их заболевание неизлечимо, и предпочитают зачастую вообще отказаться от приема каких-либо препаратов, мотивируя это отсутствием позитивных терапевтических результатов. Х.Л. Бишоф [9] особое внимание обращает при этом на характерные в целом для больных крайне

завышенные требования, предъявляемые к лечению, основанные на желании исцеления.

Таким образом, несоответствие терапевтических ожиданий реальным результатам проводимой терапии, предшествующий негативный опыт лечения или длительной госпитализации следует рассматривать как наиболее существенные в генезе вторичных отказов пациентов от терапии. Отношение к терапии со стороны пациента в рамках терапевтического союза с врачом, по нашему мнению [10], детерминируется во многом субъективной оценкой пользы и риска проводимой терапии. При возникновении осложнений или побочных эффектов, ведущих к снижению уровня социального функционирования или угрозе соматическому здоровью, несмотря на одновременное наличие даже значительных положительных результатов, больные часто склонны оценивать негативные последствия терапии как более значимые для себя, что в итоге нередко приводит к принятию решения о прерывании проводимого курса лечения. В то же время переносимость терапии существенно зависит от исходного отношения больного к лечению в целом, качества его взаимоотношений с врачом, уровня осведомленности (информированности) о действии препарата и его побочных эффектах.

Отводя врачу определяющую роль в диаде «врач – пациент», Н.И. Карпан и соавт. (1994) считают, что уровень комплаенса больного напрямую зависит от некоторых личностных характеристик врача (энтузиазм, диапазон приемлемости), его возраста и опыта, а также от времени, потраченного на беседу с больным. При этом если больные чувствуют, что «их услышали» и «полностью» обсудили возникшие у них опасения относительно предстоящей терапии, они впоследствии оtkровеннее высказываются по поводу проводимого лечения, а не пассивно уклоняются от приема препаратов [11]. К последующим отказам от лечения часто приводит авторитарная ма-

нера назначения терапии врачом. В связи с этим некоторые авторы открыто говорят о необходимости организации лечебного процесса на договорной основе [12].

Большинство пациентов склонны отдавать предпочтение амбулаторной форме оказания терапевтической помощи, категорически отказываясь от стационарного лечения. При этом больных, как правило, беспокоят не столько неудовлетворительные, на их взгляд, бытовые условия предложенного стационара, сколько предполагаемые ограничения свободы принятия собственных решений и поведения, связанные с чрезмерным контролем со стороны медперсонала. Напротив, предпочтение стационарной психиатрической помощи чаще отдают пожилые пациенты, особенно испытывающие страх смерти или потери самообслуживания.

Пациенты, имеющие исчерпывающие сведения о своем заболевании, основном действии препаратов и их нежелательных явлениях, полученные из разных источников, реже прерывают терапию при появлении побочных эффектов, чем неинформированные [3]. Однако результаты опроса стационарного контингента больных, проведенного J.L. Geller [13], показали, что лишь 8% из них могли правильно воспроизвести наименование хотя бы одного принимаемого ими лекарственного препарата, его дозировку и предполагаемый эффект, а примерно 54% пациентов практически ничего не знали о проводимой им лекарственной терапии. Специальные опросы, проведенные среди врачей и их пациентов, обнаружили значительные расхождения во взглядах респондентов на необходимость предоставления информации о лекарственной терапии, а также факторах, определяющих согласие или отказ от нее [5]. Почти три четверти опрошенных пациентов заявили о согласии получать лечение в том случае, если они будут заранее уверены, что лекарственное средство является как эффективным, так и безопасным, подтверждая

эндокринология



Врач, использующий стратегию повышения мотивации, любой ценой должен избегать дискуссий, особенно таких, в ходе которых врач выступает в защиту конкретного действия, так как сопротивление пациента чаще всего провоцируется поведением врача.

тем самым тезис о том, что больные согласны принимать препарат лишь тогда, когда, независимо от объема полученной ими информации, твердо верят, что он может им помочь, а не навредить. Однако среди самих исследователей до сих пор нет единодушия в вопросе о том, в какой степени информированное согласие страхует в последующем от отказа пациента от терапии и, вообще, в каком виде и, главное, объеме информация является желательной или необходимой для принятия больными позитивного решения о рекомендуемом им лечении.

Отказ от лечения является наиболее ясной целью для проведения комплаенс-терапии [14], а более точно – мотивационной терапии, представляющей собой специфическую психотерапевтическую методику, направленную в первую очередь на повышение и сохранение высокого уровня комплаенса больных на протяжении всего курса лечения. В настоящее время применяются две методики проведения комплаенс-терапии. В нашей стране широко используется деструктивная стратегия «запугивания», «устрашения», заключающаяся в предельном информировании пациента о рисках, связанных с его возможным отказом от лечения, и в предоставлении ему максимально лаконичных сведений о побочных эффектах применяемых препаратов. Однако современные теории медицинской коммуникации больше не рассматривают пациента как ничем не примечательного, рационального «приемника» заботы и информа-

ции со стороны врачей, а скорее как сложную индивидуальность, которая конструирует очень персонализированные и уникальные представления о своем здоровье и болезни. На том основании, что пациент является лучшим источником информации о проблемах, связанных с принятием решения о необходимости терапии [15], и строится более современная и эффективная стратегия проведения комплаенс-терапии – рационально-разъяснительная методика формирования истинно партнерских отношений между врачом и пациентом (с разделением ответственности и возможностью обсуждения в режиме диалога возникающих в процессе терапии проблем) в рамках полноценного терапевтического альянса.

Целью первого этапа мотивационной терапии (подготовительного) является эмоциональная поддержка больного и установление с ним предельно доверительных отношений, а также выяснение его ожиданий относительно предстоящей терапии (терапевтические ожидания), в особенности его сомнений и опасений по поводу рекомендуемого лечения. Учет ценностей, культуральных верований, привычек, представлений о здоровье и болезни ваших пациентов является отправной точкой для того, чтобы сформировать их приверженность к терапии. Специалист по медицинской этике Artur Frank [16] описывает процесс поиска пациентом помощи от доктора как «согласие услышать свою историю в медицинских терминах». Перед обращением к врачу пациент уже создал собственную точку зрения на свою болезнь и влияние ее на собственное функционирование («субъективная теория болезни»). Эта «субъективная картина» болезни, как правило, в существенной степени отличается от биологически ориентированной врачебной позиции и представляет собой «поиск объяснений болезни глазами страдающего» – когнитивную совокупность представлений пациента о себе и мире, позволя-

ющую частично объяснить или конструировать параллель к имеющейся научной биологически ориентированной теории возникновения болезни.

Ожидание врачей, что пациент «сдастся» медицинской модели болезни, является центральной ошибкой специалистов, приводящей к одностороннему представлению о проблемах комплаенса, на основе которой составляются многочисленные программы помощи пациентам с определенным хроническим расстройством, ориентированные только на «медицинскую» модель заболевания. Задавая открытый вопрос, побуждающий или, при необходимости, провоцирующий пациента, например такой: «Можете ли Вы объяснить мне, что Вы хотели, чтобы я сделал для Вас сегодня?» – можно выявить его проблемы, страхи и ожидания от визита и терапии. Этот вопрос дает вашему пациенту возможность рассказать свою историю на собственном языке. Изучая факторы, способствующие повышению мотивации пациентов с соматическими заболеваниями (язвенная болезнь, гипертония, диабет и рак молочной железы) к терапии, S.H. Karlan и соавт. [17] указывают, что выражение сочувствия, безусловное принятие всего сказанного пациентом без вынесения суждения, критики или порицания, открытое выражение эмоций, особенно негативных (пациенты интерпретируют это как признак заботы) являются важными мотивационными стимулами для пациента. При этом обращается внимание на необходимость избегать биомедицинских терминов, использовать слова и выражения, услышанные от пациентов, предпочитать «язык чувств», который является точкой соприкосновения во время терапевтической беседы. В контролируемом исследовании образовательных программ для пациентов с диабетом такой подход привел к существенному улучшению их способности обеспечить эффективную самопомощь, к нейтрализации отношения к «проживанию с диабетом» и ме-



табolicескому контролю [18]. Как подчеркивает Robert Anderson [19], «врачи могут научиться быть экспертами в управлении диабетом, но только пациенты могут быть экспертами в собственной жизни». Вторым и основным этапом мотивационной терапии является информирование пациентов. До проведения этого этапа необходимо выяснить, является ли ваш пациент «ищущим информацию» (то есть желает знать как много больше о своем состоянии) или «слепым к информации» (то есть не хочет знать истинную причину и тяжесть своего состояния). Современные пациенты значительно отличаются по их желанию участвовать в принятии терапевтического решения. На одном конце такого спектра – больные, предпочитающие совсем немного или вовсе не быть вовлеченными в терапевтический процесс. Эти пациенты обычно старше по возрасту, имеют более серьезные проблемы со здоровьем, в большей степени удовлетворены традиционным медицинским обслуживанием, «научены» относиться к доктору как к эксперту, предписывающему план терапии, и подчиняться ему. Другие пациенты, которые попадают в эту категорию, включают тех, культуральные принципы которых трактуют как непочтительность постановку вопросов перед авторитетной фигурой, такой как доктор. Такие пациенты отказываются рассказать о своих проблемах и нуждаются в поддержке и ободрении врача как авторитетной фигуры для обсуждения их точки зрения на проблемы здоровья и терапии. На другом конце спектра находятся пациенты, которые предпочитают быть активно вовлеченными в принятие решений о медицинской помощи и лечении. Эти пациенты обычно моложе и более образованны или имеют предшествующий опыт самостоятельного «управления» своей хронической болезнью, менее удовлетворенные своим медицинским обслуживанием. Они полагаются на богатство доступной печатной и электронной медицинской лите-

ратуры и, прежде чем встретиться с доктором, изучат ее, чтобы затем остановиться на выборе врача или принять решение о самолечении. Эти пациенты требуют до начала информирования выяснения источников и характера информации о заболевании, которую они получили. Часть этой информации может быть точной и полезной, а часть – вводить в заблуждение или просто быть ложной. В этом случае необходимо указать на эти ошибки, помочь понять им это, высказывая одновременно им уважение за активную роль в организации собственного лечения. Большинство исследователей, изучающих необходимую степень информирования пациентов, приходят к выводу о целесообразности максимального информирования в доступной и эмоционально переносимой форме только по тем вопросам, которые соответствуют запросам самого больного о характере и терапии его заболевания. Как несколько декларативно сформулировали S.H. Kaplan и соавт. [5], «больше информации, предоставляемой врачом, в ответ на поиск информации пациентом». Важную роль играют особенности подачи информации, облегчающие ее усвоение, поскольку хорошо известно и подтверждено результатами многих исследований, что больной забывает большую часть сведений, которые сообщает врач. В этом отношении следует помнить несколько положений: чем больше с пациентом говоришь, или, более точно, чем больше объем не требуемых им сведений предлагается врачом, тем выше вероятность того, что информация забудется; инструкции и советы забываются легче, чем другой вид информации, особенно примеры из собственной врачебной практики или, еще лучше, примеры из жизни больного и его родственников; пациенты помнят то, что им говорят сначала, и то, что, по их мнению, самое важное. При этом более интеллектуальные пациенты запоминают так же, как менее интеллектуальные, пожилые запоминают так же, как более молодые,

а больные со средневыраженной тревогой запоминают лучше, чем пациенты с высокой и слабовыраженной тревогой; пациенты, рассматривающие свое заболевание как тяжелое, запоминают информацию лучше всего.

Третий этап комплаенс-терапии – поддерживающий – направлен на повторение мотивирующих мероприятий на каждом визите пациента. Особо следует обратить внимание на тот факт, что именно на этом этапе пациенты задают множество вопросов, касающихся природы их заболевания, терапии и профилактических мероприятий. Врач, использующий стратегию повышения мотивации, любой ценой должен избегать дискуссий, особенно таких, в ходе которых врач выступает в защиту конкретного действия [20], так как сопротивление пациента чаще всего провоцируется поведением врача. Стратегия повышения мотивации предполагает, что использование тактики переключения позволяет врачу препятствовать возможности найти причины для уклонения от медицинских рекомендаций. Таким образом, роль врача в проведении комплаенс-терапии при хронических заболеваниях является наиболее сложной. Во время беседы с пациентом он должен выступать как бы в двух ипостасях. С одной стороны, как «носитель» медицинских биологически-ориентированных знаний об этиологии, патогенезе и клинической картине заболевания и его терапии, с другой стороны – вести беседу и аргументировать необходимость проведения длительного лечения как «потребитель», основываясь на представлениях конкретного пациента о своей болезни, причинах ее возникновения и характеристиках, о рисках и пользе медикаментозного воздействия. В соответствии с естественным нежеланием большинства людей считать себя больными по достижению стабильного улучшения состояния, отказ от терапии субъективно расценивается как один из этапов психологического восстановления. ☉

эндокринология