

# CONTRIBUȚIILE ABORDĂRII PSIHO-SOMATICE A BOLNAVILOR ASTMATICI HIPOCOMPLIANȚI LA SCĂDEREA COSTURILOR ASISTENȚEI MEDICALE. ARGUMENTE ȘI EXEMPLIFICĂRI

*Contributions of psychosomatic approach of hypocompliant asthma patients to decrease the financial costs of medical assistance*

Conf. Dr. Gabriela Munteanu<sup>1</sup>, Prof. Dr. Asoc. Ioan Bradu Iamandescu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Facultatea de Științe Economice, Universitatea „Andrei Șaguna”, Constanța

<sup>2</sup>Disciplina Psihologie Medicală, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

La fel ca majoritatea bolilor cronice contemporane, cele două forme clinico-etilogice majore ale astmului bronșic – AB (alergic și AB intrinsec) nu sunt abordate – în mod ideal – prin prisma modelului bio-psiho-social (MBPS) (Engel), care postulează considerarea principalilor factori (biomedicali, psihologici și sociali) ca fiind implicați în evoluția, tratamentul și recuperarea bolnavilor, inclusiv impactul socio-economic al bolii. Din păcate, în practica medicală curentă din țara noastră, abordarea terapeutică a bolii se face unilateral, prin absolutizarea laturii biomedicale și ignorarea componentelor psiho-sociale ale bolii, ceea ce impiedică asupra actului medical propriu-zis, cu prejudicii nu numai pentru pacient sau chiar medic, ci și asupra costurilor asistenței medicale. (1)

Ignorarea/desconsiderarea oricărei componente a MBPS are ca efecte negative: vulnerabilitatea bolnavului la acțiunea unor factori etiologici „nereparați”, vindecarea provizorie/„cu defect” și cheltuieli excesive – investigații + medicații-ineficiente (Fig. 1) (2)

Perpetuarea acestei atitudini de axare cvasi-exclusivă pe factorii etio-patologici și terapeuticomedicali se reflectă atât prin subestimarea afectării calității vieții (QOL) de către boală, cât și prin scăderea complianței terapeutice. (2)

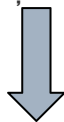
## *A. Factori implicați în hipocomplianța terapeutică a bolnavilor astmatici*

La fel ca în celelalte boli cronice (în special psihosomatice), în astmul bronșic (AB) costurile

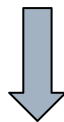
- a) **Psihologic** – ignorarea specificității personalității bolnavului
- Relația deficitară medic – pacient
  - Complianța terapeutică scăzută
  - Posibilitatea de apariție a comorbidității psihiatrice (ex. „psihizarea” astmului sau urticariei cronice)

b) Clinic:

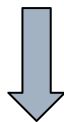
**Rezistența la tratamentul biomedical**



**Consum de analize**



**Doctor Shopping**



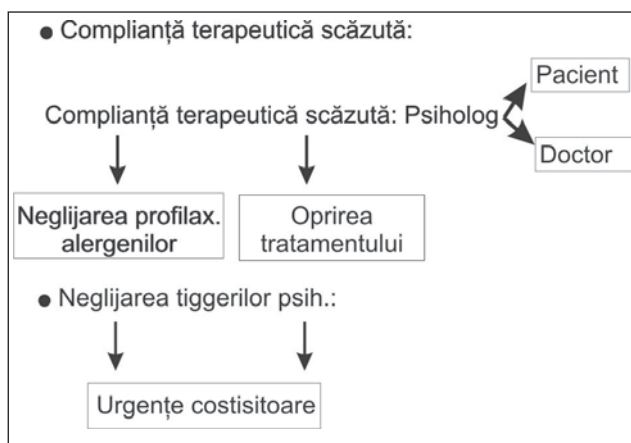
**Automedicație de laborator**

FIGURA 1. Omiterea/subestimarea etiopatogeniei psihosociale

Adresa de corespondență:

Conf. Dr. Gabriela Munteanu, Universitatea „Andrei Șaguna”, Constanța

asistenței medicale ambulatorii și spitalicești sunt condiționate parțial de complianța terapeutică (CT) a bolnavilor (Fig. 2).



**FIGURA 2.** Efectele hipocomplianței terapiei în astmul bronșic

În această boală, CT atinge un procent de 35-40%, (3) fiind scăzută și favorizând agravări sau complicații ale bolii, ceea ce conduce la creșterea costurilor prin solicitarea serviciilor medicale:

- prelungirea bolii: cheltuieli CAS, adică medicamente compensate,
- acordarea serviciilor spitalicești, plus medicația de urgență, cheltuieli bugetare datorită gratuității pentru bolnav.

Lucrarea de față are ca scop analiza modului în care CT scăzută a astmaticilor se reflectă în creșterea cheltuielilor bugetare, fără a le lua în considerare pe cele suportate de CAS (sursa banilor, diferită de buget, deși suportul financiar este furnizat de contribuțiile asiguraților) și nici plata concediilor medicale.

De regulă, aceste cheltuieli nu sunt recuperate decât în planul unei eventuale recuperări sociale a unor categorii de bolnavi cronici: TBC, astm, infarct miocardic, hepatită cronică etc. sau, mai ales, bolnavii chirurgicali.

Costurile tratamentelor în astfel de boli este, cel mai adesea, suportat de colectivitate, ca de ex. medicația acordată gratuit în urgențe, medicația „compensată” (de fapt subvenționată) etc., motiv pentru care o eventuală „risipă” a fondurilor respective – prin rezultate sub așteptări ale actului medical – nu este indiferentă pentru toți aceia care contribuie, oricare ar fi procentul, la crearea acestor fonduri. (2)

Prin respectarea indicațiilor medicale, pacientul își îndeplinește datoria sa de bolnav, atât față de sine, cât și față de familie și societate care îl scutesc de responsabilități și îl susțin material (concedii de boală, medicamente puse la dispoziție gratuit sau cu preț redus, servicii medicale gratuite etc.).

### a) Elemente de definire a complianței terapeutice

Din acest moment, al desfășurării actului medical, și anume aplicarea recomandărilor terapeutice, putem să evaluăm complianța terapeutică, sub forma unui raport procentual între numărul prescripțiilor terapeutice (inclusiv igieno-dietetice) primite și al celor urmate (Tunsater) (3), dar și sub forma unei rezultante comportamentale decurgând din interacțiunea bolnavului cu medicul (care îi face recomandările terapeutice) și cu diverse grupuri de presiune socială. (4)

Din această perspectivă psihologică, după cum se va vedea, există o multitudine de factori, dependenți de medic și, mai ales, de bolnav – cu o pondere majoră, în ultimă instanță, în eficiența propriu-zisă a actului medical. (5,6,7).

Analiza acestor factori și a căilor de optimizare a lor se desfășoară pe terenul unor concepte de psihologie (în special socială) și privește societatea în cel mai înalt grad, motivat de considerentele de mai sus (8,9).

În rândul medicilor, există o preocupare relativ scăzută, ca fenomen general, pentru non-complianță.

Tributari unei mentalități uneori excesiv de tehnice și directive, medicii sunt și victimele efectului aparent minor pe care non-complianța îl are, în anumite boli, asupra prognosticului letal (ex. bolile reumatice și chiar hipertensiunea arterială).

Raportul dintre indicațiile urmate și cele primite de către bolnav poate determina două categorii posibile: hipercomplianța („exces de zel”, cu inițiative personale de sporire a cantității de medicamente și a duratei tratamentului +/-adăugarea altor mijloace terapeutice neprescrise de către medic) și hipocomplianța (mergând până la non-complianță), reprezentând cazurile cele mai frecvente, de neîndeplinire riguroasă (sau deloc) a indicațiilor terapeutice. (5,6,9,10)

Referitor la hipocomplianța terapeutică se poate afirma că ea reprezintă regula în raport cu complianța terapeutică ideală.

### b) Factorii de care depinde complianța terapeutică

În afara elementelor legate de medicul care prescrie și bolnavul care aplică tratamentul indicat, redăm mai jos un complex de factori, generați de natura prescripțiilor terapeutice și de caracterul bolii, care acționează convergent sau divergent asupra complianței terapeutice. Astfel, propunem următoarea clasificare a factorilor de care depinde complianța terapeutică (4,7,8,10,11):

### 1. Factorii dependenți de natura prescripțiilor terapeutice:

- costul tratamentului (costul ridicat determină o aderență scăzută);
- complexitatea tratamentului (scade aderența);
- efectele adverse prezente sau imaginate (efect negativ asupra aderenței);
- eșecul anterior al unor prescripții terapeutice similare scade aderența;
- schimbarea radicală a stilului de viață conduce la scăderea aderenței.

### 2. Medicul care prescrie

Acesta nu trebuie să rămână indiferent de soarta prescripției sale. El trebuie să se preocupe de punerea în acțiune a unor calități ale sale, capabile să asigure o complianță terapeutică optimă și să încerce să elimine defectele sale atitudinale și de comunicare, menite să scadă aderența bolnavilor săi. (11)

Vom reda mai jos câteva aspecte dintre cele menționate în tabelul nr. 1:

a) *Prestigiul medicului* influențează direct proporțional complianța terapeutică, asociat cu optimismul terapeutic, inclusiv încrederea în medicament. (4,11)

b) *Calitățile relaționale* ale medicului față de bolnav care pot să crească aderența la tratament sunt (4,11):

- comunicarea empatică;
- suport informațional (informații despre boală și tratament, preferabil instrucțiuni scrise cu privire la schema de tratament și regimul igienico-dietetic);
- adoptarea unui mod adecvat de transmitere a informațiilor despre boală și tratament, claritate și limbaj în funcție de nivelul intelectual al bolnavului;
- respectarea confidențialității.

În schimb, autoritatea excesivă, atitudinea prea rece sau prea familiară, neclaritatea și ambiguitatea informațiilor oferite pacientului scad complianța terapeutică.

**TABELUL 1.** Factorii care țin de medic și influențează complianța terapeutică

Cresc aderența la tratament	Scad aderența la tratament
pregătirea profesională bună	pregătirea profesională slabă
prestigiul medicului	părerii contradictorii cu privire la medic
calitățile relaționale ale medicului	dificultăți de relaționare ale medicului
comunicare empatică	atitudine foarte rece sau prea familiară
suport informațional	informații ambigue, incomplete
respectarea confidențialității	nerespectarea confidențialității

### c) Contribuțiile medicului la creșterea complianței terapeutice a bolnavului:

- câștigarea încrederii pacientului;
- oferirea de suport informațional adecvat pacientului;
- susținerea emoțională a acestuia;
- individualizarea relației terapeutice în funcție de personalitatea pacientului.

### 3. Bolnavul ca receptor și executant al indicațiilor terapeutice

Există o serie de factori care diferențiază bolnavii în raport cu modul de punere în practică a indicațiilor terapeutice, după cum urmează:

#### Factorii psihologici:

- *cognitivi* – nivelul de înțelegere, credințe culturale/religioase, capacitatea de concentrare a atenției și de memorare.

Astfel, uneori pacienții prezintă hipoprosexie, hipomnezie de fixare și dificultate în înțelegerea informațiilor primite, datorită tulburărilor afective determinate de boală (în special anxietate crescută și depresie).

- *emoțională* – anxietatea crescută, frica de efecte secundare/de dependență, depresia și pesimismul scad complianța terapeutică;
- *atitudinală* – atitudinea față de boală și medic.

Pacienții care adoptă atitudini de dezinteres față de sănătatea lor sau o atitudine problematizantă față de boală, crezând în farmece, „deochi“ și „tămăduitori“, au o complianță terapeutică scăzută.

- *comportamentale* – comportamentele nocive față de sănătate (fumat, alcoolism, consum de droguri) determină noncomplianță;
- *motivaționale* – motivația extrinsecă („împins“ de alții), neasumată scade aderența la tratament;
- *personalitatea* – de exemplu tipul comportamental A și tulburările de personalitate paranoidă și antisocială au implicații negative asupra complianței terapeutice, pacienții subestimând medicul și indicațiile acestuia.

În schimb, persoanele conformiste și optimiste au o complianță crescută.

#### Factorii socio-economici:

- suportul social scăzut determină hipocomplianță;
- venitul scăzut conduce la reducerea complianței terapeutice dacă nu există o adaptare a schemei de tratament la posibilitățile materiale ale pacientului (13).

*Familia*, mai ales în cazul tratării copilului bolnav, poate fi – mai rar – un element cauzator de hipercomplianță (administrarea unor doze repetate de medicament, de ex.: în cazul unor crize de astm rebele).(14)

În esență însă, familia are un rol pozitiv, optimizând complianța terapeutică.

#### *Colegii de serviciu*

Prin unele „sfaturi autorizate”, contrar indicațiilor medicale primite de către bolnav, colegii de serviciu pot influența negativ complianța terapeutică.

Alteori, prin exemplul personal în urmarea cu rigurozitate a unui tratament medical și prin modificarea stilului de viață, colegii de serviciu pot avea o influență pozitivă, în sensul creșterii complianței terapeutice a pacientului.

#### **c) Complianța terapeutică a bolnavilor astmatici**

Astmul bronșic (AB) reprezintă o boală care datorită dramatismului crizelor de dispnee paroxistică, trăite personal sau văzute la alți bolnavi – generează o puternică anxietate, întreținută și de anticiparea repetării crizelor. Numeroasele interdicții (efort, expunere la alergeni sau la iritanți respiratori etc.) solicită un grad crescut de complianță, vizând un număr mare de factori, nu numai medicamentoși. Din acest motiv, diferite grade de hipocomplianță se înregistrează la mai mult de jumătate dintre bolnavii astmatici.

**TABELUL 2.** Factori pozitivi sau negativi de influență a CT a astmaticilor

Loc Control Intern	LC Extern
Optimism	Pesimism
Autoeficacitate	Tipul A
Familie suportivă	Familia dezorganizată
Relație terapeutică empatică	Relații reci, neîncredere în terapeut
Prestigiu, autoritate terapeut	Stil dezordonat de viață (astmul fatal)

Din datele personale (2,4,7) și ale altor autori, (8,9,12,14,15,16) există o serie de cauze psihosociale ale hipocomplianței acestor bolnavi, pe care le-am sistematizat după cum urmează:

#### *1. Trăsături de personalitate și de comportament ale bolnavilor*

– Atitudine pesimistă față de perspectivele de reușită ale tratamentului (chiar dacă bolnavul se duce la medic și acceptă tratamentul, nu crede în reușita lui și abandonează ușor unele prescripții – adesea din comoditate sau datorită atingerii obiceiurilor plăcute, „deranjate” de rigurile tratamentului);

– Loc de control extern crescut (se lasă la voia întâmplării, așteptând soluții de la alții, considerându-se depășit de situație și încercând să ignore impasul în care se află);

– Autoeficacitate scăzută (încrederea persoanei în capacitatea sa de a se „descurca” în diverse situații de impas);

– Apartenența la tipul comportamental A, a căruia notă dominantă este o hiperactivitate profesională și socială – conjugată cu „criza de timp” – ambele făcând dificilă îndeplinirea planului terapeutic;

– Stilul dezordonat de viață împiedică, din altă perspectivă comportamentală, aplicarea corectă și de durată a tratamentului. (15)

– Cea mai frecventă abatere de la planul terapeutic o reprezintă oprirea – din proprie inițiativă – a tratamentului de control al astmului după ce acesta a reușit să stabilizeze – pentru o anumită durată – evoluția severă a bolii. Acest aspect este observat atât la persoane educate, cât și la persoane cu statut social-intelectual scăzut. (2)

2. *Influența negativă a familiei* (mai ales cea dezorganizată sau măcinată de conflicte), a colegilor și prietenilor (răi sfătuitoari).

Toate aceste persoane – în loc să încurajeze și să ajute bolnavul să reziste psihologic la presiunea interdicțiilor vizând factorii de risc și cea a obligației de a urma un tratament îndelungat și costisitor, acționează în sensul dezorientării bolnavului și determinării acestuia să renunțe parțial sau total la tratament. Foarte receptivi la aceste influențe negative sunt adolescenții, a căror supraveghere din partea părinților este mai scăzută decât a copiilor mici și care profită în mod nefast de gradul lor mai crescut de independență. (13)

3. *Costul ridicat al medicamentelor*, amplificat de durata crescută, de ordinul anilor, a tratamentului (12).

Chiar dacă Asigurările contribuie consistent la înjumătățirea cheltuielilor, în această privință, există numeroși bolnavi care nu pot avea resursele financiare necesare.

\*

În esență, abordarea de principiu a complianței terapeutice a bolnavilor astmatici – nu de pe poziții dictatoriale, inflexibile – de către medic este o condiție menită să crească eficiența unui plan terapeutic bine conceput, dar pândit de pericolul nerespectării lui de către un pacient insuficient informat sau având numeroase reticente, ignorate sau subevaluate de către terapeut.

#### **B. Costurile financiare ale hipocomplianței terapeutice a astmaticilor**

Consecințele cele mai evidente ale hipocomplianței terapeutice – ca urmare a neglijării aspectelor ei psihosociale – sunt reprezentate de oprirea medicației de control a astmului și reluarea ei când este prea târziu, ori utilizarea ei „după ureche”, situații în care apar crizele de astm, precedate sau urmate de dispneea de efort, cu scăderea capacității fizice a bolnavului. (15,16)

În mod firesc, bolnavul este nevoit să se interneze, cel mai adesea „de urgență”, iar șederea lui în spital variază între o singură zi (cazul cel mai fericit al unei crize rapid reversibile) și 3-7 zile, în timpul cărora se aplică un tratament ce rezumă recomandările programului GINA (2002) (17) și care include utilizarea – în grad variabil, în funcție de severitatea bolii, și valabilă pentru forma persistentă medie a astmului (fie alergic, fie intrinsec) – a mai multor tipuri de medicamente, al căror cost a fost analizat în lucrarea de față

Au fost considerate comparativ costurile tratamentului de control al astmului în cadrul unei scheme terapeutice utilizată pe durata unui an – pentru corticoizii inhalatori endobronșici și pentru montelukast – și, în medie, pe durata a 6 luni (cure intermitente de 2-4 săptămâni) – în cazul preparatelor antihistaminice și corticozii administrați intranazal (având în vedere frecvența asociere dintre astm și rinită). Au mai fost incluse și bronhodilatatoare uzuale, administrate ocazional.

Tabelul 3 prezintă costurile anuale medii – integrale și compensate cu 50% – ale medicației de control, administrată unui astmatic în regim de ambulator, desigur valabile pentru o medie, stabilită aproximativ, a prețurilor fiecărei categorii de medicament (care include diferite preparate).

**TABELUL 3.** Costuri anuale (în lei) ale tratamentului de control al astmului

Clasa de medicamente	Durata cumulată	Medicație necompensată	Medicație compensată 50%
1. Antihistaminice	6 luni/an	72	36
2. Antagoniști leucotriene	12 luni/an	1.440	760
3. CSI-nazali	5 luni/an	200	100
4. CSI-endo-bronșici	12 luni/an	1820	720
5. Beta-2 adrenergice	2 luni/an	25	25
6. Xantine-orale	2 luni/an	20	20
<b>TOTAL</b>	<b>1 an</b>	<b>2.577</b>	<b>1.661</b>

În tabelul 4 figurează costurile medicației și serviciilor spitalicești, calculate pentru duratele unor intenări de o zi, 3 sau 7 zile, în funcție de severitatea bolii.

**TABELUL 4.** Costuri medii de spitalizare (1, 3, 7 zile)

Natura serviciilor	1 zi	3 zile	7 zile
Tratamentul crizei de astm	160	*	*
Spitalizare	370	1190	2590
Transport salvare	50	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>580</b>	<b>&gt; 1590</b>	<b>&gt; 2590</b>

\* Cheltuielile medicației zilnice din spital, după remiterea crizei din prima zi, nu au fost introduse, dată fiind marea lor variabilitate.

### C. Discuții

Obiectivul studiului este de ordin economico-financiar, autorii încercând să argumenteze faptul că hipocomplianța terapeutică a bolnavilor astmatici reprezintă o cauză majoră a creșterii cheltuielilor bugetare suplimentare, acordate gratuit acestor bolnavi, din cauza internărilor lor repetate în spital, cauzate de nerespectarea indicațiilor medicale. Sunt prezentați factorii psiho-sociali care stau (aproape în exclusivitate!) la baza hipocomplianței terapeutice, în general și, în particular, în astmul bronșic. Sunt analizate costurile suportate de la buget – în cursul internărilor de o zi, 3 și 7 zile – comparativ cu acele costuri (medicație compensată și necompensată) suportate de bolnav în cazul în care acesta respectă un tratament de control, judicios prescris și soldat cu obținerea unei remisiuni terapeutice pe parcursul unui an. Este relevant faptul că acest tratament reprezintă costul a 3 zile de spitalizare, fapt ce pledează pentru contribuția decisivă la sănătatea bolnavului astmatic, dar și la evitarea risipei financiare pe care o aduce asigurarea unei bune complianțe terapeutice de către un medic cu pregătire psihologică și/sau un psiholog solicitat în cazurile de hipocomplianță persistentă, dar – și mai bine – integrarea unui psiholog în secțiile/clinicile medicale, pneumologice sau alergologice pentru abordarea complexă a problemelor psiho-sociale ale bolnavului, ceea ce ar constitui o premisă nu numai pentru psihoterapie (necesară foarte multor astmatici), ci și pentru asigurarea unei bune complianțe terapeutice.

Cum s-a putut observa din argumentele de ordin financiar prezentate în studiul nostru, o bună complianță terapeutică previne grevarea bugetului sănătății de costuri suplimentare.

### D. Concluzii

Studiul de față a pornit de la ideea că într-o societate în care sănătatea încă nu este protejată cum se cuvine, din lipsa unor fonduri minime în sectorul bugetar afectat sănătății populației, nu este suficientă argumentarea abordării calificate psiho-sociale a bolnavilor (astmatici, în cazul de față); este nevoie de argumente de ordin financiar care să convingă forurile diriguitoare de valoarea economică (nu numai morală !) a acestei laturi (cea psiho-socială) a actului medical.

## BIBLIOGRAFIE

1. **Iamandescu I.B.** – Modelul bio-psiho-social, pp 25-36, în I.B. Iamandescu (red.) Manual de psihologie medicală, Ed. Infomedica, București, 2010
2. **Iamandescu I.B.** – Psychoneuro-allergology, Romcartexim, București, 1998
3. **Tunsater A.** – Chap. Compliance in Asthma in Pharmacological Treatment of Bronchial Asthma (II) (red. Stauberg K.), Lakemedelsverket, Uppsala 1992
4. **Iamandescu I.B.** – Complanța terapeutică, *Viața medicală*, 1995, 26 ian., 3-4
5. **Feldman R.S.** – Social Psychology, Mc Graw Hill, New York, 1985;
6. **Golu P.** – Psihologie socială, Ed. Științifică și Pedagogică, București, 1978
7. **Iamandescu I.B., Popa-Velea O.** – Complanța terapeutică, în Dimensiunea psihosocială a practicii medicale, Ed. Infomedica, București, 2003
8. **Popa-Velea O.** – Factori de ordin psihocomportamental implicați în complianța terapeutică a bolnavilor astmatici, *Infomedica*, 5 (123), 26-31
9. **Iamandescu I. Camil** – Complanța terapeutică la bolnavii astmatici. Lucrare de diplomă, Facultatea de Psihologie-Sociologie, Universitatea Hyperion, (coord. Prof. P. Golu), București, 1996
10. **Chesney M.A.** – Compliance: How You Can Help. HIV Newsline 3: 67-72; 1997
11. **Luban-Plozza B., Laederach Hofmann K., Knaak L., Dickhaut H.H.** – Der Arzt als Arznei. Das therapeutische Bündnis mit dem Patienten. 6-te Auflage, Deutscher Arzte-Verlag, Koelln, 1996
12. **Kolbe J.** – The Influence Of Socioeconomic And Psychological Factors On Patient Adherence To Self-management Of Asthma. *Psychosomatic Medicine*, 35 (2002), 250-267
13. **Milgrom H., Bender B., Ackerson L., Bowry P., Smith B. Rand C.** – Noncompliance and Treatment Failure in Children with Asthma. *Journal of allergy and Clinical Immunology*, 98 (1996), 1051-1057;
14. **Adams S. Pill, R & Jones A.** – Medication, chronic illness and identity: The perspective of people with Asthma. *Social science and Medicine*, 1997, 45, 189-201
15. **Haida M., Nomura Y., Ito K., Makino S., Miyamoto T.** – Psychological profiles of patients with bronchial asthma (II). Analysis according to the modes of attack in severe asthmatics and in those with fatal asthma. Aterugi Japan. *Journal of Allergology* 1995 Mar., 44, 143-159
16. **Schmaling K.B., Afari N., Blume A.W.** – Predictors Of Treatment Adherence Among Asthma Patients In The Emergency Department. *Journal of Asthma*, 35 (1998), 631-636
17. **National Institute of Health:** National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI) – GINA: Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2002.