

## ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И КОМПЛАЙЕНТНОСТЬ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЕЙ НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Национальный аэрокосмический университет им. Н. Е. Жуковского  
«Харьковский авиационный институт»

**Проведено исследование особенностей комплайенса, а также индивидуально-психологических особенностей личности больных гипертонической болезнью на различных стадиях заболевания.**

**Ключевые слова:** комплайенс, гипертоническая болезнь, личностные особенности.

Современные юридические и этические нормы декларируют добровольное согласие больного на рекомендуемое лечение. В этой связи степень доверия к врачу, стремление добровольно выполнять назначения становятся важными факторами терапевтического процесса, при этом проблема комплайенса выходит на первый план.

Комплаиенс определяется как сознательное согласие больного следовать всем предписаниям врача. COMPLAИЕНС формируется внутри терапевтического альянса и является результатом согласованности взглядов пациента и врача на проявления заболевания, методы лечения, оценку результативности проведенной терапии.

Идентифицировано порядка 250 факторов, так или иначе обуславливающих комплайенс [1]. На формирование комплайентности влияют факторы, связанные с терапией, с врачом, с психологическими особенностями личности больного, социально-экономические факторы [2].

Первая группа охватывает *факторы, которые непосредственно связаны с терапией*: оценку тяжести заболевания и выраженность болезненной симптоматики, медикацию (предпочтительная форма выпуска лекарства, схема приема лекарственных препаратов, переносимость и побочные эффекты), сложность режима терапии. К *факторам, связанным с врачом*, относится терапевтический альянс врача и пациента, создание и поддержание которого является важным показателем врачебного профессионализма и залогом успешности терапии. Больной стремится к сотрудничеству с врачом и соблюдает лекарственные рекомендации только при осознании факта заболевания и его последствий для здоровья, понимания пользы терапии, превышающей неудобства, связанные с ней. Сотрудничество предполагает участие больного в разработке плана терапии, учет его мнения при субъективно плохой переносимости лекарственного препарата, а также объективные обстоятельства его жизнедеятельности. При соблюдении этих условий у больного появляется чувство ответственности за успех

лечения, и он будет лучше следовать тактике терапии, которая обсуждалась совместно с врачом. К *социально-экономическим факторам* относятся демографические факторы (возраст, пол), микро-социальное окружение (наличие и степень семейной и социальной поддержки, значимая социальная группа, производственная занятость), качество жизни, материальная стабильность.

На данный момент в литературе нет единого мнения касательно группы психологических особенностей больного, которые бы способствовали формированию комплайентности. Понятие «комплаиентность» включает множество *психологических факторов*, в рамках которых возможно анализировать отношение больного к лечению: это знания о методах лечения, осознанность связанных с лечением опасений и ожиданий, понимание своей роли и ответственности за результаты лечения, внутренняя картина болезни, а также эмоциональные и поведенческие реакции в связи с назначенной терапией [3].

В случае гипертонической болезни (ГБ) проблема комплайенса приобретает особое значение из-за жесткой схемы приема препарата, которой необходимо придерживаться на протяжении всей жизни. Клинический опыт показывает: если в течение первого года лечения пациенты соблюдают лекарственный режим, то после того, как нормализуется артериальное давление (АД), большинство пациентов начинают пропускать дозы препарата, что может спровоцировать рецидив заболевания и значительно усложнить ремиссию [4]. Вероятно, что нарушения комплайенса в данном случае во многом определяются личностными особенностями больных.

Таким образом, целью нашей статьи является изучение личностных особенностей больных ГБ и их значения в формировании комплайенса.

Для достижения цели были исследованы особенности комплайенса у больных ГБ, их личностные особенности (индивидуально-психологические и уровня субъективного контроля).

Исследование проводилось на базе отдела медицинской психологии и отдела сосудистой патологии головного мозга ГУ «ИНПН АМН Украины». Было обследовано 114 пациентов с диагнозом ГБ I стадии (группа 1,  $n = 35$ , средний возраст  $51 \pm 6,3$  года, средняя длительность заболевания  $8,8 \pm 5,3$  года) и II стадии (группа 2,  $n = 79$ , средний возраст  $55 \pm 7,7$  года, средняя длительность заболевания  $14,3 \pm 8,8$  года).

Психодиагностический метод был реализован с помощью опросника «Исследование типа комплайенса у больных гипертонической болезнью» (модифицированный вариант опросника «Исследование уровня и типа комплайенса больных с алкогольной зависимостью») [5]; 16-факторного опросника личности Р. Кеттелла (16-PF, форма А) [6], методики диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера (УСК) в адаптации Е. Ф. Бажина и соавт. [7]. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программного пакета SPSS 15.0 и включала использование процедуры вычисления описательных статистик, метода установления достоверности отличий по t-критерию Стьюдента и кластерного анализа (иерархическая кластеризация).

Результаты исследования типов комплайенса у больных ГБ на различных стадиях заболевания с помощью опросника «Исследование типа комплайенса у больных гипертонической болезнью» представлены в табл. 1.

Для больных ГБ доминирующими являются конструктивный ( $6,52 \pm 2,61$ ) и формальный ( $4,18 \pm 2,17$ ) типы комплайенса. Конструктивный тип — наиболее адекватный, он включает в себя осознание симптомов и последствий болезни, установку на здоровье, доверие к врачу и соблюдение требований терапии. Формальный тип комплайенса характеризуется частичным осознанием болезни, установкой на достижение симптоматического улучшения, избирательностью методов лечения, формальным отношением к соблюдению терапевтических договоренностей.

Между исследуемыми группами значимых различий не выявлено, однако следует отметить, что конструктивный тип комплайенса присущ только 40% обследуемых пациентов, формальный — 26%, нестабильный — 10%, симбиотический — 9%, негативистический — 8%, пассивный и дефицитарный 3% и 4% соответственно. Таким образом, у исследуемых пациентов те типы комплайенса, которые обеспечивают соблюдение терапевтического режима, представлены недостаточно.

Результаты исследования личности с помощью опросника 16-PF Р. Кеттелла представлены в табл. 2.

Таблица 1

**Результаты исследования типов комплайенса у больных ГБ на различных стадиях заболевания (в баллах)**

Тип комплайенса	Больные ГБ		
	Группа 1, $n = 35$	Группа 2, $n = 79$	Всего, $n = 114$
Конструктивный	$6,04 \pm 2,22$	$6,74 \pm 2,77$	$6,52 \pm 2,61$
Формальный	$4,34 \pm 2,56$	$4,11 \pm 1,99$	$4,18 \pm 2,17$
Пассивный	$0,43 \pm 0,58$	$0,62 \pm 0,87$	$0,56 \pm 0,79$
Симбиотический	$1,60 \pm 1,19$	$1,50 \pm 1,56$	$1,54 \pm 1,45$
Нестабильный	$1,73 \pm 2,09$	$1,98 \pm 1,78$	$1,90 \pm 1,87$
Негативистический	$1,34 \pm 1,26$	$1,39 \pm 1,40$	$1,37 \pm 1,35$
Дефицитарный	$0,65 \pm 0,98$	$0,60 \pm 1,05$	$0,62 \pm 1,02$

Таблица 2

**Результаты исследования индивидуально-психологических особенностей личности у больных ГБ на различных стадиях заболевания (в стенах)**

Фактор	Больные ГБ		
	Группа 1, $n = 35$	Группа 2, $n = 79$	Всего, $n = 114$
A	$6,2 \pm 2,5$	$5,8 \pm 1,5$	$6,0 \pm 1,9$
B	$7,3 \pm 1,8$	$5,2 \pm 1,5^{**}$	$6,0 \pm 1,9$
C	$4,7 \pm 2,3$	$3,7 \pm 1,4$	$4,1 \pm 1,8$
E	$6,8 \pm 1,7$	$5,9 \pm 2,4$	$6,2 \pm 2,2$
F	$4,9 \pm 1,2$	$4,5 \pm 1,5$	$4,6 \pm 1,4$
G	$5,2 \pm 0,7$	$5,2 \pm 1,9$	$5,2 \pm 1,6$
H	$6,8 \pm 2,0$	$5,2 \pm 1,9^*$	$5,8 \pm 2,0$
I	$6,6 \pm 2,2$	$6,5 \pm 1,9$	$6,5 \pm 2,0$
L	$6,9 \pm 1,7$	$6,3 \pm 2,4$	$6,5 \pm 2,2$
M	$5,4 \pm 2,6$	$4,7 \pm 1,5$	$4,9 \pm 2,0$
N	$5,6 \pm 1,8$	$5,0 \pm 2,2$	$5,2 \pm 2,1$
O	$6,3 \pm 1,3$	$7,4 \pm 2,0$	$7,0 \pm 1,8$
Q <sub>1</sub>	$5,5 \pm 2,3$	$6,1 \pm 1,7$	$5,9 \pm 1,9$
Q <sub>2</sub>	$6,8 \pm 2,4$	$6,0 \pm 1,3$	$6,3 \pm 1,8$
Q <sub>3</sub>	$6,9 \pm 1,5$	$6,8 \pm 1,4$	$6,8 \pm 1,4$
Q <sub>4</sub>	$5,1 \pm 1,5$	$6,9 \pm 1,3^{**}$	$6,2 \pm 1,7$

\* $p < 0,05$ , \*\* $p \leq 0,01$ .

При обработке результатов исследования личности с помощью опросника 16-PF использовался методический прием, предложенный и апробированный Л. Ф. Шестопаловой [8]. Он состоял в определении усредненного типа личностного профиля по результатам статистической обработки данных: три первые буквы обозначали те

первичные факторы, по которым получены наиболее высокие средние значения по выборке, а три последние буквы — факторы с наиболее низкими значениями.

Анализ результатов исследования (табл. 2) позволил выявить характерные для больных ГБ личностные профили. Профиль больных ГБ (общая группа) имел вид  $OQ_3L - CFM$ . Пациенты данной группы характеризовались высокой тревожностью, настойчивостью и подозрительностью в сочетании с эмоциональной лабильностью, осторожностью и практичностью.

Профиль личности больных ГБ группы 1 выглядел следующим образом. Наиболее высокие значения были получены по шкалам  $B, L, Q_3$ , наиболее низкие — по шкалам  $C, F, Q_4$ . Доминирующими чертами личности являлись сообразительность, подозрительность и настойчивость в сочетании с эмоциональной лабильностью, осторожностью, напряженностью.

Личностный профиль больных ГБ группы 2 имел вид  $OQ_4Q_3 - CFM$ . Больные данной группы характеризовались высокой тревожностью, фрустрированностью и настойчивостью, а также эмоциональной лабильностью, осторожностью и практичностью.

В целом личностные особенности групп пациентов с различным диагнозом имеют похожий характер, однако наблюдаются некоторые отличия. Так, больные ГБ I стадии в сравнении с больными ГБ II стадии имеют более высокий показатель по фактору  $B$  «уровень интеллекта» ( $7,3 \pm 1,8$  и  $5,2 \pm 1,5$  соответственно,  $p \leq 0,01$ ) и фактору  $H$  «робость — смелость» ( $6,8 \pm 2,0$  и  $5,2 \pm 1,9$ ,  $p < 0,05$ ).

Таблица 3

**Результаты исследования локуса контроля у больных ГБ на различных стадиях заболевания (в станах)**

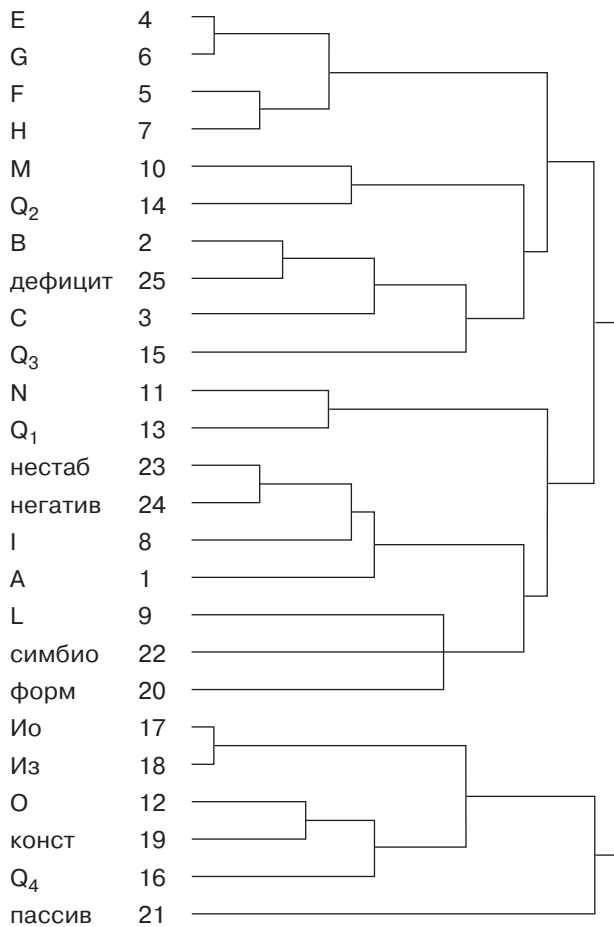
Интернальность	Больные ГБ		
	Группа 1, $n = 35$	Группа 2, $n = 79$	Всего, $n = 114$
Общая	$3,3 \pm 1,5$	$3,1 \pm 1,5$	$3,2 \pm 1,5$
В области достижений	$4,7 \pm 1,5$	$4,4 \pm 1,8$	$4,5 \pm 1,7$
В области неудач	$3,0 \pm 1,7$	$3,0 \pm 1,4$	$3,0 \pm 1,5$
В семейных отношениях	$4,8 \pm 1,8$	$4,2 \pm 1,8$	$4,4 \pm 1,8$
В производственных отношениях	$2,7 \pm 1,4$	$2,8 \pm 1,5$	$2,8 \pm 1,3$
В области межличностных отношений	$4,6 \pm 1,6$	$4,8 \pm 1,5$	$4,8 \pm 1,6$
В области здоровья и болезни	$4,1 \pm 1,4$	$3,9 \pm 1,8$	$4,0 \pm 1,7$

У больных ГБ группы 2 более высокий показатель по фактору  $Q_4$  «расслабленность — напряженность», чем у больных ГБ группы 1 ( $6,9 \pm 1,3$  и  $5,1 \pm 1,5$  соответственно,  $p \leq 0,01$ ). Больные ГБ I стадии характеризуются интеллектуальной сохранныостью, активностью в социальных контактах, а также расслабленностью и спокойствием. У больных ГБ II стадии могут формироваться нарушения когнитивных функций, присутствуют напряженность и фрустрированность, социальная пассивность, которая проявляется в ограничении микросоциальных контактов.

Согласно результатам исследования локуса контроля у больных ГБ I и II стадий диагностируется экстернальный локус контроля по всем шкалам (табл. 3). Значимых различий между группами не установлено. Экстернальный локус контроля (низкий уровень субъективного контроля) свидетельствует о том, что пациенты не видят связи между своими действиями и значимыми для них событиями жизни, не считают себя способными контролировать эту связь и полагают, что большинство событий и поступков являются результатом случая или действий других людей. Здоровье и болезнь, по их мнению, зависят от случая, а выздоровление наступает в результате действий других людей, прежде всего врачей.

Для изучения влияния личностных особенностей больных ГБ на формирование различных типов комплайенса нами был проведен кластерный анализ, а именно иерархическая кластеризация (расстояние между кластерами измерялось с помощью квадрата Эвклидова расстояния). Для решения проблемы шкалирования полученных данных была применена нормализация переменных, приводящая все переменные к стандартной z-шкале (дендрограмма).

Полученные результаты позволяют выделить три кластера. Первый кластер включает в себя дефицитарный тип комплайенса, который характеризуется отсутствием критики к заболеванию, равнодушным отношением к лечебным рекомендациям и соблюдению терапевтического режима. Дефицитарный тип комплайенса связан с интеллектуальной продуктивностью (фактор  $B+$ ), эмоциональной лабильностью ( $C-$ ), неисполнительностью, безответственностью (фактор  $G-$ ), социальной пассивностью, осторожностью, пессимистичностью (фактор  $H$  — «робость» и фактор  $F-$  «осторожность»), практичностью (фактор  $M-$ ), ориентацией на собственные решения (фактор  $Q_2+$ ), настойчивостью (фактор  $Q_3+$ ). Данные пациенты имеют склонность к противопоставлению себя в группе, болезнь воспринимается ими как нечто незначительное, то, что легко и без последствий можно преодолеть.



Дендрограмма. Результаты кластеризации типов комплайенса, индивидуально-психологических особенностей и локус контроля больных ГБ

Примечания. E, G, F, H, M, Q<sub>2</sub>, B, C, Q<sub>3</sub>, N, Q<sub>1</sub>, I, A, L, O, Q<sub>4</sub> — факторы опросника 16-PF Кеттелла; Ио, Из — шкалы общей интернальности и интернальности в области здоровья и болезни. Дефицит — дефицитарный тип комплайенса, нестаб — нестабильный тип комплайенса, негатив — негативистический тип, симбио — симбиотический тип, форм — формальный тип, конст — конструктивный тип, пассив — пассивный тип.

Второй кластер включает в себя формальный, негативистический, нестабильный, симбиотический типы комплайенса. Представленные типы характеризуются недостаточной готовностью лечиться, стремлением уклониться от ответственности, импульсивностью и непоследовательностью. Данные типы комплайенса ассоциированы с такими факторами, как замкнутость (фактор A<sup>-</sup>), впечатлительность, чувствительность (фактор I<sup>+</sup>), подозрительность, настороженность по отношению к людям, стремление возложить ответственность на окружающих (фактор L<sup>+</sup>), консерватизм, сопротивление переменам, сомнение в отношении

новых идей и принципов (фактор Q<sub>1</sub><sup>-</sup>). Пациенты данной группы высказывают недовольство и неудовлетворенность результатами лечения медицинскому персоналу, относятся с недоверием к терапевтическим требованиям, не проявляют активности и воли к выздоровлению.

Третий кластер включает в себя конструктивный тип комплайенса, который предполагает установку на здоровье, доверие к врачу и соблюдение требований терапии. Данный тип комплайенса ассоциирован с такими личностными особенностями, как экстернальный локус контроля (Ио, Из), тревожность, ипохондричность, чувствительность к одобрению окружающих (фактор O<sup>+</sup>), расслабленность, низкая мотивация (фактор Q<sub>4</sub><sup>-</sup>). Пациенты этой группы пассивны в соблюдении режима и требований терапии, являются объектом терапевтических усилий, прием лекарств и процедуры выполняют под давлением, однако при этом реально сотрудничают с врачом и медицинским персоналом, принимают назначенные препараты и соблюдают режим.

Пассивный тип комплайенса не ассоциирован с рассматриваемыми в данной статье личностными особенностями.

Таким образом, особенности приверженности терапии у больных ГБ I и II стадии заболевания имеют схожий характер. Доминирующими являются конструктивный и формальный типы комплайенса независимо от стадии заболевания. В целом можно отметить, что приверженность терапии и готовность лечиться представлена недостаточно. Данная группа пациентов соблюдает схему приема лекарств с эпизодическими нарушениями, проявляет избирательность в отношении методов лечения, частично придерживается рекомендаций по изменению стиля жизни и поведения.

Больные ГБ характеризуются следующими индивидуально-психологическими особенностями личности: высокой тревожностью, эмоциональной лабильностью, подозрительностью, осторожностью и зависимостью в межличностных контактах, неуверенностью в себе. У пациентов данной группы диагностирован экстернальный локус контроля. Результаты кластеризации позволили выделить определенные модели поведения, которые характеризуют терапевтическое поведение пациентов в стационаре и участвуют в механизмах формирования терапевтического альянса.

Полученные данные представляются важными в аспекте планирования лечебно-реабилитационных мероприятий, разработки рекомендаций для оптимизации терапевтического поведения и повышения готовности лечиться.

Литература

1. *Незнанов Н. Г., Вид В. Д.* Проблема комплайенса в клинической психиатрии // Психиатрия и психофармакотерапия.— 2004.— Т. 6, № 4.— С. 8–14.
2. *Банщиков Ф. Р.* Комплайенс в психиатрии: реальность и перспективы // Обзорение психиатрии и мед. психологии.— 2006.— Т. 3, № 4.— С. 60–68.
3. *Лесная Н. Н.* Состояние проблемы комплайенса при лечении больных хроническими заболеваниями // Мед. психология.— 2009.— № 2–3.— С. 135–138.
4. *Гуревич К. Г.* Комплайенс больных, получающих гипотензивную терапию // Качественная клин. практика.— 2003.— № 4.— С. 53–58.
5. *Лесная Н. Н.* Коррекция уровня комплайенса больных с алкогольной зависимостью методом мотивационного собеседования // Укр. вісн. психоневрології.— 2007.— Т. 17, вип. 1 (додаток).— С. 273–278.
6. *Cattell R. B., Delhus K. H.* Obtaining 16 P. F. scores from the MMPI, and MMPI scores from 16 P. F. // J. of Proj. Tech. and person. Asses.— 1970.— № 34 (3).— P. 251–255.
7. *Бажин Е. Ф., Голынкина Е. А., Эткінд А. М.* Методика исследования уровня субъективного контроля // Психол. журн.— 1984.— Т. 15, № 3.— С. 152–162.
8. *Шестопалова Л. Ф.* Нарушения высших психических функций и личности у больных с различными формами сосудистых заболеваний головного мозга: Автореф. дис. ... докт. психологич. наук.— К., 1993.— 49 с.

---

**ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА КОМПЛАЄНТНІСТЬ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЮ  
НА РІЗНИХ СТАДІЯХ ЗАХВОРЮВАННЯ**

А. М. ГОРЕЦЬКА

**Проведено дослідження особливостей комплаєнсу, а також індивідуально-психологічних особливостей особистості хворих на гіпертонічну хворобу на різних стадіях захворювання.**

*Ключові слова: комплаєнс, гіпертонічна хвороба, особистісні особливості.*

---

**PERSONALITY PECULIARITIES AND COMPLIANCE OF HYPERTENSION PATIENTS  
AT VARIOUS STAGES OF THE DISEASE**

A. N. GORETSKAYA

**The peculiarities of compliance as well as individual psychological peculiarities of personality were investigated in hypertension patients at various stages of the disease.**

*Key words: compliance, hypertension disease, personality peculiarities.*

---

*Поступила 16.08.2010*