

А.М. Горецька

Національний аерокосмічний університет
імені М.С. Жуковського «ХАІ», м. Харків

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ТИПІВ КОМПЛАЙЕНСУ Й ЕМОЦІЙНО-ОСОБИСТІСНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НА РІЗНИХ СТАДІЯХ ЗАХВОРЮВАННЯ

В статті описані основні типи комплайенсу, особливості емоційно-особистісних порушень, а також особливості сприйняття якості життя у хворих на гіпертонічну хворобу в залежності від стадії захворювання. Виділений взаємозв'язок між емоційно-особистісними порушеннями та типами комплайенсу. Означені перспективи подальших досліджень у цьому напрямку.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, емоційно-особистісні порушення, комплайенс, якість життя.

А.Н. Горецкая

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТИПОВ КОМПЛАЙЕНСА И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В статье описаны основные типы комплайенса, особенности эмоционально-личностных нарушений, а также особенности восприятия качества жизни у больных гипертонической болезнью в зависимости от стадии течения заболевания. Выделена связь между эмоционально-личностными нарушениями и типами комплайенса. Намечены перспективы дальнейших исследований в этом направлении.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, эмоционально-личностные нарушения, комплайенс, качество жизни.

A.N.Goretsky

INTERRELATION OF TYPES COMPLIANCE AND EMOTIONALLY-PERSONAL INFRINGEMENTS AT SICK OF HYPERTENSIVE ILLNESS AT VARIOUS STAGES OF DISEASE

In article describes the basic types of compliance, features of emotionally-personal infringements, and also features of perception of quality of life at sick of hypertensive illness depending on a stage of a current of disease are described. Communication between emotionally-personal infringements and types compliance is allocated. Prospects of the further researches in this direction are planned.

Key words: hypertensive illness, personal infringements, the compliance, quality of life.

Гіпертонічна хвороба представляє собою одно з найбільш широко розповсюджених серцево-судинних захворювань. На даний момент 39,2% чоловіків і 41,4% жінок в Україні мають підвищений рівень артеріального

давления. При этом знают о наличии у них заболевания соответственно 37,1 и 58%, лечатся – лишь 21,6 и 45,7%, а лечатся эффективно – только 5,7 и 17,5% [3].

Гипертоническая болезнь поражает людей в наиболее работоспособном возрасте, отличается длительным и упорным течением, развитием тяжелых осложнений (инфаркт миокарда, мозговой инсульт, сердечная и почечная недостаточность), сопровождается снижением трудоспособности вплоть до инвалидности, возможны значительные ухудшения памяти и интеллекта. Как и любое хроническое заболевание, гипертония поддается коррекции лишь при условии постоянной и грамотной терапии, а также требует от больного осознанного изменения образа жизни.

Современные принципы терапии ориентированы на мобилизацию резервов больного человека, формирование адекватных терапевтических установок и правильного (комплаентного) поведения в лечебном процессе. В случае гипертонической болезни (ГБ) проблема комплаенса приобретает особое значение в связи с наличием 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 становление ремиссии [2]. Вероятно, что нарушения комплаенса в данном случае во многом определяются личностными особенностями больных.

По данным различных исследований нередки случаи саботирования больными ГБ проводимого лечения, когда имеется (часто неосознаваемая) выгода от болезни, проявляющаяся в получении дополнительного внимания, возможности переложить заботу о своем здоровье на медицинских работников, избавления от ответственности. При этом пациенты снижают проявление воли и активность в поиске путей выздоровления [1; 4].

В этой связи актуальным является изучение особенностей нарушений личности, особенностей типов комплайенса и качества жизни с учетом стадии гипертонической болезни.

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

Психодиагностический метод был реализован с помощью: модифицированного опросника «Исследование уровня и типа комплайенса больных с алкогольной зависимостью» (Н.Н. Лесная, 2007); опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90) Л.Р. Дерогатис (L.R. Derogatis et al, 1987), который позволяет оценить актуальный психологический статус больных, особенности нарушений личности и эмоциональной сферы; метода оценки интегративного показателя качества жизни (J. Mezzich, 1999) направленного на изучение и оценку качества жизни, эффективности социального функционирования. 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 корреляционного анализа (коэффициент корреляции r-Спирмена).

Результаты исследования типов комплайенса у больных ГБ на различных стадиях заболевания с помощью модифицированного опросника «Исследование уровня и типа комплайенса больных с алкогольной зависимостью» (Н.Н. Лесная, 2007) представлены в таблице 1. Для больных ГБ доминирующими являются конструктивный ($6,52\pm 2,61$) и формальный ($4,18\pm 2,17$) типы комплайенса. Конструктивный тип является наиболее адекватным, 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 в отношении методов лечения, формальным отношением к соблюдению терапевтических договоренностей.

Таблица 1

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

Типы комплайенса	Больные ГБ		
	Группа 1 (ГБ I) n=35	Группа 2 (ГБ II) n=79	Общая группа n=114
Конструктивный тип	6,04±2,22	6,74±2,77	6,52±2,61
Формальный	4,34±2,56	4,11±1,99	4,18±2,17
Пассивный	0,43±0,58	0,62±0,87	0,56±0,79
Симбиотический	1,60±1,19	1,50±1,56	1,54±1,45
Нестабильный	1,73±2,09	1,98±1,78	1,90±1,87
Негативистический	1,34±1,26	1,39±1,40	1,37±1,35
Дефицитарный	0,65±0,98	0,60±1,05	0,62±1,02

Таблица 2

Результаты исследования эмоционально-личностных нарушений у больных ГБ в зависимости от стадии заболевания с помощью методики SCL-90 Derogatis (в баллах).

Шкалы	Больные ГБ		
	Группа 1 (ГБ I) n=35	Группа 2 (ГБ II) n=79	Общая группа n=114
Соматизация (SOM)	1,11±0,66	1,61±0,78**	1,44±0,78
Обсессивно-компульсивные расстройства (O-C)	0,84±0,57	0,88±0,49	0,86±0,51
Межличностная сензитивность (INT)	0,73±0,63	0,70±0,42	0,71±0,50
Депрессия (DEP)	0,64±0,52	0,73±0,48	0,70±0,49
Тревожность (ANX)	0,63±0,57	0,76±0,62	0,72±0,60
Враждебность (HOS)	0,51±0,33	0,61±0,46	0,57±0,42
Фобическая тревожность (PHOV)	0,30±0,31	0,39±0,45	0,36±0,41
Паранояльные симптомы (PAR)	0,57±0,50	0,57±0,36	0,57±0,41
Психотизм (PSY)	0,21±0,20	0,32±0,29	0,28±0,26

Примечание. ** – достоверность отличий по t-критерию Стьюдента $p \leq 0,01$.

Между исследуемыми группами значимых различий не выявлено, однако следует отметить, что конструктивный тип комплайенса присущ только 40% исследуемой выборки, конструктивный – 26%, нестабильный – 10%, симбиотический – 9%, негативистический – 8%, пассивный и дефицитарный 3% и 4% соответственно. Таким образом, у исследуемых пациентов типы комплайенса, обеспечивающие соблюдение терапевтического режима недостаточно выражены.

Результаты исследования особенностей эмоционально-личностных нарушений у больных ГБ представлены в таблице 2.

Согласно полученным результатам исследования особенностей нарушения личности и эмоциональной сферы у больных ГБ с помощью методики SCL-90-R Л.Д. Дерогатис (табл.2) видно, что в целом для данной группы пациентов характера выраженная склонность к фиксации переживаний на проявлениях телесных дисфункций, ипохондризации (шкала «Соматизация» – $1,44 \pm 0,78$). Также выражены такие личностные изменения как ригидность, инертность, трудности в принятии решений, неспособность к релаксации (шкала «Обсессивно-компульсивные расстройства» – $0,86 \pm 0,51$).

У группы пациентов с диагнозом ГБ I преобладают такие черты как ригидность, инертность (шкала «Обсессивно-компульсивные расстройства» – $0,84 \pm 0,57$), склонность к соматизации тревоги (шкала «Соматизация» – $1,11 \pm 0,66$) и межличностной сензитивности, ощущения собственной неполноценности, в сравнении с другими (шкала «Межличностная сензитивность» – $0,73 \pm 0,63$).

У группы пациентов с диагнозом ГБ II доминируют ипохондрические черты, склонность к эмоциональной лабильности, а именно повышенная чувствительность к неблагоприятным внешним факторам: метеочувствительность, непереносимость физических нагрузок, вегетативная лабильность в рамках реакции на любые стрессовые события, соматизация тревоги (шкала «Соматизация» – $1,61 \pm 0,78$). Также преобладают обсессивно-компульсивные черты (шкала «Обсессивно-компульсивные расстройства» – $0,88 \pm 0,49$).

Структура нарушений личности у групп пациентов с различным диагнозом в целом имеет похожий характер, однако наблюдаются некоторые особенности. Больные ГБ II стадии более склонны к эмоциональной лабильности, ипохондризации, фиксации внимания на физическом состоянии в сравнении с больными ГБ I стадии (показатели за шкалой «Соматизация» – $1,61 \pm 0,78$ и $1,11 \pm 0,66$ соответственно, $p \leq 0,01$). Однако, в сравнении с группой больных ГБ I, наблюдается увеличение таких показателей шкал как «Депрессия» ($0,73 \pm 0,48$ и $0,64 \pm 0,52$ соответственно) и «Тревожность» ($0,76 \pm 0,62$ и $0,63 \pm 0,57$ соответственно). Такая динамика личностных нарушений может указывать на становление ипохондрического развития личности [6]. Картина такого развития определяется озабоченностью своим здоровьем, склонностью к преувеличению опасности гипертонии с тенденцией к поддержанию «щадящего» образа жизни, предотвращению возможности обострения. Несмотря на относительную стабильность соматического состояния, при устойчивых показателях цифр АД, любые изменения самочувствия воспринимаются в утрированной форме. Актуализируются тревожные опасения по поводу возможного прогрессирования болезни, сопровождающиеся инсульто- и танатофобией. В ряде наблюдений больные ГБ, обращаясь за медицинской помощью, настаивают на оформлении группы инвалидности, считая, что их состояние недооценено врачами [5].

Результаты исследования качества жизни, эффективности социального функционирования с помощью метода оценки интегрального показателя качества жизни (J. Mezzich, 1999) приведены в таблице 3. По результатам исследования видно, что в общей группе обследованных пациентов субъективная оценка качества жизни по всем шкалами в целом находится на среднем уровне. При этом больные ГБ наименее удовлетворены своим физическим ($5,56 \pm 1,93$) и психологическим ($6,45 \pm 2,18$) благополучием, служебной поддержкой ($6,72 \pm 2,18$) и духовной реализацией ($6,72 \pm 2,42$), наиболее – качеством межличностного взаимодействия ($8,66 \pm 1,33$) и уровнем самообслуживания и независимости в действиях ($8,34 \pm 1,52$).

Таблица 3

Результаты исследования качества жизни больных ГБ в зависимости от стадии заболевания (в баллах)

Показатели качества жизни	Больные ГБ		
	Группа 1 (ГБ I) n=35	Группа 2 (ГБ II) n=79	Общая группа n=114
Физическое благополучие	5,09±1,84	5,77±1,95	5,56±1,93
Психологическое благополучие	6,52±2,37	6,42±2,11	6,45±2,18
Самообслуживание и независимость в действиях	8,90±0,87	7,80±1,71*	8,34±1,52
Трудоспособность	7,66±2,22	7,91±1,97	7,83±2,04
Межличностное взаимодействие	8,47±1,28	8,75±1,36	8,66±1,33
Социально-эмоциональная поддержка	6,71±2,74	7,42±2,33	7,19±2,46
Служебная поддержка	5,28±2,88	7,40±1,85**	6,72±2,42
Личностная реализация	7,28±2,23	7,68±1,74	7,56±1,90
Духовная реализация	7,00±2,25	6,60±2,15	6,72±2,18
Общее восприятие качества жизни	6,66±2,49	7,06±2,08	6,93±2,21

Примечание. * – достоверность отличий за t-критерием Стьюдента $p < 0,05$, ** – $p \leq 0,01$.

Больные ГБ I стадии наименее удовлетворены физическим благополучием (5,09±1,84) и служебной поддержкой (5,77±1,95), наиболее – самообслуживанием и независимостью в действиях (8,90±0,87) и межличностным взаимодействием (8,47±1,28).

Больные ГБ II стадии наименее удовлетворены своим физическим состоянием (5,77±1,95), а наиболее – уровнем межличностного взаимодействия (8,75±1,36).

Отличия субъективной оценки качества жизни у больных ГБ с различными стадиями заболевания заключаются в том, что больные ГБ I стадии значительно больше удовлетворены уровнем самообслуживания и независимостью в действиях (8,90±0,87 и 7,80±1,71 соответственно, $p \leq 0,05$) чем больные ГБ на II стадии заболевания. Однако достоверно значимые различия между группой больных ГБ II и ГБ I присутствуют по показателю служебной поддержки (7,40±1,85 и 5,28±2,88 соответственно, $p \leq 0,01$). Таким образом, больные ГБ I

стадии в меньшей мере удовлетворены гражданской и служебной поддержкой, т.е. доступом к финансовым, информационным и другим ресурсам.

Результаты корреляционного анализа эмоционально-личностных нарушений и типов комплайенса представлены в таблице 4.

Таблица 4

Результаты корреляционного анализа эмоционально-личностных нарушений и типов комплайенса у больных ГБ (n=114)

Шкалы	Типы комплайенса						
	К	Ф	Н	П	С	НС	Д
Соматизация (SOM)	0,02	0,04	0,06	-0,15	-0,29*	-0,01	-0,11
Обсессивно-компульсивные расстройства (О-С)	-0,27*	0,12	0,21	-0,06	-0,12	0,02	-0,23
Межличностная сензитивность (INT)	0,03	0,35**	0,22	0,07	-0,11	-0,03	0,01
Депрессия (DEP)	-0,11	0,08	0,22	-0,11	-0,17	0,10	-0,01
Тревожность (ANX)	-0,13	0,10	0,25*	-0,08	-0,21	-0,15	-0,13
Враждебность (HOS)	0,01	0,10	0,21	-0,10	-0,20	0,02	-0,06
Фобическая тревожность (PHOB)	-0,01	-0,02	0,15	-0,18	-0,25*	-0,13	-0,10
Паранояльные симптомы (PAR)	-0,01	-0,13	0,19	-0,02	-0,05	0,04	0,02
Психотизм (PSY)	-0,01	0,03	0,32**	-0,14	-0,15	0,01	0,02

Примечания. * – достоверность отличий по коэффициенту корреляции r- Спирмена $p < 0,05$, ** – $p \leq 0,01$. Сокращения в таблице: К – конструктивной тип комплайенса, Ф – формальный, Н – негативистический, П – пассивный, С – симбиотический, НС – нестабильный, Д – дефицитарный.

В группе больных гипертонией I и II стадий отмечается определенная взаимосвязь показателей нарушения личности и эмоциональной сферы и типов комплайенса. Так, существует положительная корреляция между негативистическим типом комплайенса и уровнем тревожности ($r = 0,25$, $p < 0,05$) и психотизма ($r = 0,32$, $p \leq 0,01$). Симбиотический тип комплайенса отрицательно коррелирует с соматизацией и фобической тревожностью ($r = -0,29$, и $r = -0,25$ соответственно, $p < 0,05$). Конструктивный тип комплайенса отрицательно связан с наличием обсессивно-компульсивных черт ($r = -0,27$, $p < 0,05$). Формальный тип комплайенса положительно коррелирует с межличностной сензитивностью ($r = 0,35$, $p \leq 0,01$)

Результаты корреляционного анализа показателей качества жизни и типов комплайенса представлены в таблице 5.

Таблица 5

Результаты корреляционного анализа показателей качества жизни и типов комплайенса у больных ГБ (n=114)

Шкалы	Типы комплайенса						
	К	Ф	Н	П	С	НС	Д
Физическое благополучие	-0,09	-0,17	0,16	-0,02	0,06	0,09	0,26*
Психологическое благополучие	-0,14	0,25*	-0,07	0,01	-0,16	0,02	0,13
Самообслуживание и независимость в действиях	-0,28*	0,07	0,29*	0,05	0,07	0,06	0,01
Трудоспособность	-0,21	0,14	0,25*	-0,02	-0,04	0,10	-0,01
Межличностное взаимодействие	-0,22	0,13	0,20	0,04	-0,09	0,04	0,10
Социально-эмоциональная поддержка	-0,10	-0,05	0,12	-0,11	0,27*	-0,17	0,16
Служебная поддержка	-0,16	-0,01	0,10	-0,03	-0,02	-0,28*	0,03
Личностная реализация	-0,19	0,18	-0,13	-0,02	-0,01	0,10	0,13
Духовная реализация	-0,27*	0,09	0,03	0,03	-0,02	0,12	0,15
Общее восприятие качества жизни	-0,12	0,05	-0,13	-0,15	-0,06	0,12	0,01

Примечания. * – достоверность отличий по коэффициенту корреляции r- Спирмена $p < 0,05$. Сокращения в таблице: К – конструктивный тип комплайенса, Ф – формальный, Н – негативистический, П – пассивный, С – симбиотический, НС – нестабильный, Д – дефицитарный.

Как видно из полученных результатов, шкалы «Самообслуживание и независимость в действиях» ($r = -0,28$, $p < 0,05$) и «Духовная реализация» ($r = -0,27$, $p < 0,05$) состоят в отрицательной связи с конструктивным типом комплайенса. Шкала психологического благополучия ассоциирована с формальным типом комплайенса ($r = 0,25$, $p < 0,05$). Так, негативистический тип комплайенса положительно связан со шкалами «Самообслуживание и независимость в действиях» и «Трудоспособность» ($r = 0,29$, и $r = 0,25$ соответственно, $p < 0,05$).

Показатели субъективной оценки социо-эмоциональной поддержки положительно коррелируют с симбиотическим типом комплайенса ($r = 0,27, p < 0,05$). Нестабильный тип комплайенса отрицательно связан с показателями служебной поддержки ($r = -0,28, p \leq 0,05$). Дефицитарный тип комплайенса положительно коррелирует с показателями субъективной оценки физического благополучия ($r = 0,26, p \leq 0,05$).

Особенности приверженности терапии у больных ГБ в обеих группах имеет схожий характер. Превалирующими являются конструктивный и формальный типы комплайенса. В целом можно отметить, что терапевтическое поведение у больных ГБ по отношению к проводимому лечению находится на среднем уровне, а именно, данная группа пациентов соблюдает схему приема лекарств с эпизодическими нарушениями, проявляет избирательность в отношении методов лечения, частично соблюдает рекомендации по изменению стиля жизни и поведения.

Эмоционально-личностные нарушения у больных гипертонической болезнью проявляются в выраженной фиксации переживаний на проявлениях телесной дисфункции и ипохондризации наряду со значительной регрессией и инертностью. Отмечаются особенности этих нарушений в зависимости от стадии протекания гипертонии. У группы пациентов с диагнозом ГБ I значительно меньше выражена эмоциональная лабильность. У группы пациентов с ГБ II стадии присутствует выраженная соматизация, наблюдается увеличение показателей депрессии и тревожности, т.е. на более поздних стадиях течения ГБ усиливаются аффективные расстройства, немотивированная неустойчивость настроения. Таким образом, отмечается усугубление ипохондрических проявлений с переходом от фиксации на своем телесном недуге до формирования фобий и становлением стойких ипохондрических расстройств по мере прогрессирования стадии гипертонической болезни.

Для больных ГБ в целом характерен средний уровень оценки качества жизни. Данная группа пациентов наименее удовлетворена своим физическим и психологическим благополучием, служебной поддержкой и духовной

реализацией, наиболее – качеством межличностного взаимодействия и уровнем самообслуживания и независимости в действиях. Пациенты с ГБ I в отличие от пациентов с ГБ II в большей степени удовлетворены субъективной оценкой самообслуживания и независимостью в действиях, в меньшей – служебной поддержкой.

Полученные данные корреляционного анализа типов комплайенса, эмоционально-личностных нарушений и особенностей восприятия качества жизни, имеют значение для создания психокоррекционных методов направленных на оптимизацию терапевтического поведения и реабилитацию больных гипертонической болезнью.

Список литературы

1. Агеенкова Е.К. Психологические факторы в развитии сердечно-сосудистых заболеваний // Психотерапия и клиническая психология. – 2002. – №3(5). – С.19-23.
2. Гуревич К.Г. Комплаенс больных, получающих гипотензивную терапию // Качественная клиническая практика. – 2003. – №4. – С.53-58.
3. Давыдко Л.А. Артериальная гипертензия [Электронный ресурс] / режим доступа: <http://www.likar.info/pro/43669/>
4. Медведев В.Э., Копылов Ф.Ю., Троснова А.П. и др. Психосоматические соотношения при кризисном течении гипертонической болезни // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – Т.2. – №1. – С.9-17.
5. Незнанов Н.Г., Соловьева С.Л., Довлатянц Е.А. Характер и особенности дезадаптивного поведения больных гипертонической болезнью // Артериальные гипертензии. Актуальные вопросы патогенеза и терапии. – СПб., 1995. – С. 125-131.
6. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Психокоррекция. – М.: МИА, 2005. – 784 с.