

УДК 616.12-008.46

РОЛЬ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ФОРМИРОВАНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ

М.А. Альберт, И.А. Сабитов, А.М. Шутов

Ульяновский государственный университет

В лечении хронической сердечной недостаточности (ХСН) важную роль играет приверженность пациентов к терапии. С целью определения роли психологических факторов в формировании отношения к лечению изучен личностный профиль больных ХСН. Выявлено, что личностные характеристики играют особую роль в процессе адаптации больного к заболеванию и лечению. Для больных с низкой приверженностью к лечению хронической сердечной недостаточности характерен повышенный уровень реактивной и личностной тревожности, депрессивных реакций, преобладание тревожного типа акцентуации характера и механизма психической защиты «проекция». Тревожный тип акцентуации характера негативно влияет на отношение больных к лечению хронической сердечной недостаточности.

Ключевые слова: приверженность к лечению, хроническая сердечная недостаточность, реактивная и личностная тревожность, механизмы психологической защиты, акцентуации характера, депрессивные расстройства.

Проблема приверженности больного к лечению в последние годы неоднократно освещалась в отечественной и зарубежной литературе и признана одной из самых серьезных и распространенных в медицинской практике [1]. По мнению экспертов ВОЗ, низкая приверженность к лечению является «мировой проблемой огромной значимости», а повышение приверженности больных к лечению есть ключевая стратегия здравоохранения. В целях реального снижения показателей заболеваемости и смертности необходимо существенно повысить приверженность пациентов к лечению [14].

Самая большая сложность, с которой сталкиваются исследователи при изучении вопросов приверженности к лечению, – это мультифакториальность [12]. В настоящее время идентифицировано порядка 250 факторов, так или иначе обуславливающих отношение больных к соблюдению режима терапии [6]. При этом анализ отечественной и зарубежной литературы свидетельствует лишь о единичных данных исследований психологических особенностей больных ХСН. Исследования касаются преимущественно тревожных и депрессивных расстройств [5; 9;

11; 13; 14], в то время как спектр личностных изменений при ХСН гораздо шире.

Разработка комплексного подхода в исследованиях приверженности к терапии больных ХСН, учитывающего роль психологических особенностей личности в формировании отношения к лечению, является важным звеном в процессе реорганизации системы отношений пациентов и создания новой активной позиции личности, позволяющей повысить приверженность больных к терапии ХСН.

Цель исследования. Определить роль психологических особенностей личности в формировании отношения больных к лечению хронической сердечной недостаточности.

Материалы и методы. Обследовано 102 больных ХСН I–III стадии, I–IV ФК, находившихся на лечении в кардиологическом отделении МУЗ Центральной городской клинической больницы г. Ульяновска.

Критериями исключения из исследования являлись нестабильная стенокардия; острый инфаркт миокарда в течение 2 месяцев до включения в исследование; острое нарушение мозгового кровообращения в течение

6 месяцев до включения в исследование; миокардит; инфекционный эндокардит; диффузные болезни соединительной ткани; онкологическая патология; выраженные когни-

тивные расстройства, затрудняющие проведение психологического тестирования.

Клиническая характеристика больных представлена в табл. 1.

Таблица 1

Клиническая характеристика больных хронической сердечной недостаточностью

Параметры	
Всего больных	102
Женщин	36 (35,3 %)
Мужчин	66 (64,7 %)
Возраст (M±SD, годы)	56,3±8,4 (39–85)
Продолжительность ХСН, годы	4,2±1,8 (1–10)
Причины ХСН	
Ишемическая болезнь сердца (ИБС)	9 (8,5 %)
Артериальная гипертензия (АГ)	2 (1,7 %)
ИБС в сочетании с АГ	72 (71,1 %)
Дилатационная кардиомиопатия	7 (6,8 %)
Пороки сердца	12 (11,8 %)
ХСН	
I стадия	8 (7,8 %)
IIA стадия	74 (72,5 %)
IIБ стадия	18 (17,6 %)
III стадия	2 (1,96 %)
I ФК	6 (5,9 %)
II ФК	44 (43 %)
III ФК	42 (41 %)
IV ФК	10 (9,8 %)
Средний ФК ХСН (M±SD)	2,55±0,75
Средний результат теста с 6-минутной ходьбой, м	278,7±111,9

Всем больным проведено общеклиническое обследование. ХСН диагностировали и оценивали в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр, 2006). В качестве нагрузочного теста с целью оценки функционального статуса больных использовали тест с шестиминутной ходьбой. Всем больным проведена ЭхоКГ в М-режиме импульсным датчиком с частотой 3,5 МГц в положении больного на левом боку. Измеряли толщину межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка в диастолу, определяли конечный диастолический размер левого желудочка, диаметр левого предсердия, фракцию выброса. Систолическую дисфункцию диагностировали при фракции выброса менее 50 %.

Приверженность больных к лечению оценивали методом прямого опроса и полу-

структурированного интервью. Были заданы следующие вопросы о приверженности больных к выполнению рекомендаций по самоконтролю: «Имеете ли Вы дома весы?», «Как часто Вы следите за своим весом?» (варианты ответов: «ежедневно», «через день», «1–2 раза в неделю», «1–2 раза в месяц», «реже / не слежу»), «Как часто Вы делаете физические упражнения?» («более 4 раз в неделю», «2–3 раза в неделю», «2–3 раза в месяц», «менее 1 раза в месяц / никогда»), тип физической нагрузки, «Ограничивает ли Вы прием поваренной соли?» («всегда», «большую часть времени», «иногда», «никогда»), «Курите ли Вы?» («да», «нет», «бросил курить»), а также уточнялось проведение вакцинации против гриппа (ежегодно) и гепатита В.

Приверженность к медикаментозному лечению ХСН оценивалась по ответам на во-

прос: «Принимаете ли Вы рекомендованный препарат?» с вариантами ответов «постоянно», «периодически», «не принимаю» для каждой группы препаратов (И-АПФ, β -блокаторы, диуретики, сердечные гликозиды, антагонисты рецепторов альдостерона), также уточнялись доза и длительность приема препарата и, в случае периодического приема или отказа от приема лекарственного средства, – причина невыполнения рекомендаций врача. Проведена градация приверженности больных как к лечению в целом, так и к приему лекарственных препаратов по следующим группам: удовлетворительная приверженность к лечению – соблюдается более 80 % врачебных рекомендаций, неудовлетворительная – менее 80 % [4].

В исследовании использовались валидные психологические методики: опросник акцентуации личности по К. Леонгарду для выявления акцентуированных свойств характера; шкала Цунга для самооценки депрессии (The Zung self-rating depression scale); шкала самооценки реактивной и личностной тревожности, разработанная Ч.Д. Спилбергером (С.Д. Spielberger); методика «Индекс жизненного стиля» Плутчика-Келлермана для

изучения механизмов психологической защиты.

Методы статистической обработки результатов. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica for Windows 6.0. Достоверность различий между параметрами определяли при нормальном распределении параметров по критерию t Стьюдента для несвязанных переменных или Манна-Уитни, если распределение отличалось от нормального; рассчитывали χ^2 . Проводился однофакторный корреляционный анализ (в зависимости от вида распределения – Pearson или Spearman), многофакторный регрессионный анализ. Данные представлены в виде $M \pm SD$, где M – среднее арифметическое, SD – стандартное отклонение. Различия считали достоверным при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Общая приверженность больных к лечению ХСН (включая прием лекарственных препаратов и выполнение рекомендаций по изменению образа жизни и самоконтролю) составила $44,0 \pm 12,2$ %. Приверженность к медикаментозному лечению составила $48,6 \pm 8,6$ %. Приверженность больных к приему каждого из лекарственных препаратов отражена на рис. 1.

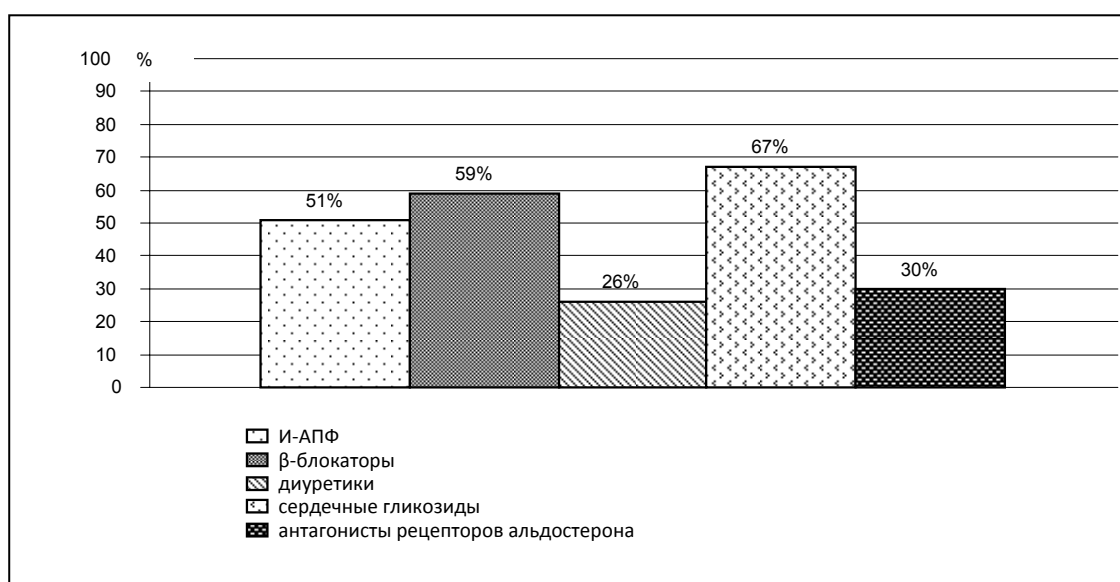


Рис. 1. Приверженность больных ХСН к медикаментозному лечению

Больные ХСН наиболее привержены к приему сердечных гликозидов (66,7 % пациентов принимают дигоксин постоянно). Неблагоприятная ситуация складывается в от-

ношении приема диуретиков и антагонистов рецепторов альдостерона.

Таким образом, большинство пациентов не считали необходимым принимать препа-

рат регулярно, имея нормальное артериальное давление, хорошее самочувствие или считая, что они уже принимают слишком много лекарств. По данным I. Ekman [10], около 1/5 пациентов с ХСН не воспринимают себя как хронических больных, при уменьшении симптомов ХСН они считают себя выздоровевшими, а каждая декомпенсация ХСН рассматривается как новое событие. Данный аспект является фактором риска для развития низкой приверженности к лечению больных ХСН.

Психологические особенности личности больных и приверженность к лечению ХСН. Психологические особенности личности оказывают существенное влияние на формирование отношения больных к лечению ХСН. В литературе имеются единичные данные о влиянии на приверженность больных к лечению ХСН депрессии, тревоги, фрустрации [5; 9; 13]. Результаты наших исследований показали, что спектр личностных расстройств, влияющих на отношение пациентов к терапии ХСН, значимо шире.

Проведенное нами комплексное психологическое исследование позволило выявить ряд личностных особенностей больных ХСН.

Реактивная и личностная тревожность. Исследование тревожности у больных ХСН представляется важным, так как эта характеристика во многом обуславливает поведение субъекта. Низкий уровень реактивной тревожности имели 42 (41,4 %), умеренный – 46 (44,8 %), высокий – 14 (13,8 %) больных. Низкий уровень личностной тревожности имели 4 (3,8 %), умеренный – 23 (23 %), высокий – 74 (73 %) больных. Мужчины и женщины не различались по уровню реактивной тревожности (34,1±11,4 и 32,5±6,1 балла соответственно, $p=0,7$) и личностной тревожности (49,3±4,4 и 51,4±4,3 балла соответственно, $p=0,1$). Обращает внимание значимо более высокий уровень личностной тревожности по сравнению с реактивной тревожностью у больных ХСН (50,1±8,3 и 33,4±11,5 балла соответственно, $p<0,01$). Высокие показатели личностной тревожности связаны с длительным состоянием соматического заболевания, которое вносит соответствующие коррективы в психологическое развитие лич-

ности: реактивная тревожность как состояние быстро переходит в личностную тревожность как процесс. Длительная соматизация, психосоматизация с высоким уровнем тревожности формирует дезадаптивные формы поведенческой активности пациентов с ХСН.

Депрессивные реакции. Средний уровень депрессии составил у мужчин 40,7±3,2 балла, у женщин – 46,3±3,0 балла ($p=0,37$). Состояние без депрессии зарегистрировано у 85 (83,3 %) больных, легкая депрессия ситуативного или невротического генеза – у 10 (9,8 %) пациентов, субдепрессивное состояние – у 7 (6,7 %) больных. Полученные нами данные о частоте депрессивных расстройств у больных ХСН ниже приводимых в литературе, что объясняется контингентом обследованных больных (все пациенты находились на лечении в стационаре). По данным источников литературы, при обследовании стационарных больных частота выявляемых депрессивных расстройств оказывается несколько ниже по сравнению с амбулаторными пациентами [8].

Акцентуации характера. Преобладающий тип акцентуации характера у больных ХСН – эмотивный (15,5±2,1 балла), также выявлены высокие показатели по шкалам тревожности (11,2±3,2 балла) и педантичности (11,4±2,1 балла). У женщин значимо более выражен демонстративный тип акцентуации характера по сравнению с мужчинами (12,2±1,7 и 7,8±1,1 балла соответственно, $p=0,04$). Нами проанализировано также сочетание показателей акцентуаций характера по различным шкалам. Низкая дистимность при высокой эмотивности указывала на приподнятый фон настроения, высокую заинтересованность в общении. Такие больные чаще оценивали свое положение в целом как благоприятное. Одновременно высокие показатели по шкалам «эмотивность – тревожность» указывали на то, что больной адекватно оценивает ситуацию как угрожающую, занимает субъективно-активную, деятельностную позицию.

Типы психологической защиты. Типы психологической защиты являются основой при изучении патогенеза психосоматических и психических заболеваний, так как они на-

правлены на компенсацию разнообразных изменений психического статуса [7]. Наиболее напряженными механизмами психологической защиты у пациентов с ХСН являлись «проекция» ($71 \pm 12,8\%$), «реактивные образования» ($56,2 \pm 8,7\%$), «рационализация» ($59,2 \pm 8,6\%$) и «отрицание» ($55,8 \pm 8,4\%$). Полученные нами результаты подтверждаются данными литературы. У больных ХСН имеет место повышенная по сравнению со здоровой популяцией напряженность большинства механизмов психологической защиты. Это свидетельствует об актуальности психической адаптации больных к стрессу и о наличии психотравмирующей ситуации, связанной с непосредственной угрозой жизни. Для больных ХСН характерна повышенная степень отрицания существующих проблем; проекции, сопряженной с агрессией; рационализации, отличающейся контролем эмоций и чрезмерной зависимостью от рациональной интерпретации ситуации [3].

Таким образом, обследованные пациенты с ХСН характеризовались высоким уровнем личностной тревожности и наличием легких депрессивных расстройств. В структуре психологических защитных механизмов у больных ХСН преобладали «отрицание», «проекция», «реактивные образования» и «рационализация». Наиболее выраженные типы акцентуации характера у исследованного контингента больных – эмотивный, тревожный и педантичный.

В процессе исследования психологических паттернов, определяющих отношение больных к проводимому лечению, особенности личности больных ХСН ранжировались по двум основным направлениям: особенности личности больных с удовлетворительной приверженностью к лечению и личностные характеристики пациентов с неудовлетворительной приверженностью к терапии.

Личностные характеристики больных с различной приверженностью к лечению ХСН представлены в табл. 2.

Таблица 2

**Психологические особенности больных
с различной степенью приверженности к лечению ХСН**

Характеристика	Удовлетворительная приверженность к лечению	Низкая приверженность к лечению	p
	M±SD (n=30)	M±SD (n=72)	
Общая приверженность к лечению			
Депрессивные реакции, баллы	36,8±2,9	45,4±4,39	0,02
РТ, баллы	22,6±3,9	35,7±5,09	0,02
ЛТ, баллы	39,4±3,5	52,7±3,2	0,004
Тревожный тип акцентуации, баллы	4,3±2,9	12,3±2,65	0,047
Приверженность к приему лекарственных препаратов			
Тревожный тип акцентуации, баллы	M±SD (n=39)	M±SD (n=63)	
	5,0±2,2	14,3±4,0	0,002
Механизм психической защиты («проекция»), баллы	56,7±13,98	78,6±8,9	0,02
Личностная тревожность, баллы	45,4±6,2	52,2±2,8	0,04

Больные с низкой приверженностью к лечению ХСН имели значимо более высокий уровень депрессивных реакций, которые ха-

рактеризовались отгороженностью и изоляцией, нарушением когнитивных процессов (памяти и концентрации внимания), что при-

водило к снижению приверженности больных ХСН к лечению и ухудшению контроля заболевания. Больные с симптомами депрессии часто не способны адаптироваться к своему заболеванию, недостаточно мотивированы и менее привержены лечению [11; 13; 14].

Повышенный уровень тревожности (реактивная и личностная тревожность, тревожный тип акцентуации характера) также был характерен для пациентов с низкой приверженностью к лечению ХСН.

Характерными личностными особенностями больных с неудовлетворительной приверженностью к медикаментозному лечению

ХСН являются высокий уровень личностной тревожности, тревожный тип акцентуации характера, механизм психологической защиты «проекция». Механизм психологической защиты «проекция» позволяет больным не осознавать свои негативные черты, препятствует социальной адаптации больных ХСН, что ухудшает взаимодействие в диаде «врач-больной».

Для уточнения связей между психологическими особенностями личности и отношением пациентов к лечению ХСН нами проведен однофакторный корреляционный анализ (по Spearman); данные, полученные в результате анализа, представлены в табл. 3.

Таблица 3

Личностные особенности больных и приверженность к лечению ХСН

Параметр	R	p
Общая приверженность / дистимный тип акцентуации характера	-0,439	0,047
Общая приверженность / тревожный тип акцентуации характера	-0,460	0,04
Приверженность к медикаментозному лечению / механизм психической защиты «вытеснение»	-0,383	0,04
Приверженность к медикаментозному лечению / дистимный тип акцентуации характера	-0,546	0,01
Приверженность к медикаментозному лечению / тревожный тип акцентуации характера	-0,498	0,02

Важными факторами, обуславливающим отношением больных к лечению в целом, являются дистимный и тревожный тип акцентуации характера. Дистимный тип акцентуации характера характеризовался пониженным настроением, склонностью больных к депрессивным реакциям, нежеланием активно сотрудничать с лечащим врачом, что приводило к формированию негативного отношения пациентов к лечебному процессу.

Приверженность больных к приему лекарственных препаратов была связана не только с дистимным и тревожным типами акцентуации характера, но и с механизмом психологической защиты «вытеснение». У больных, использующих данный механизм психологической защиты, психотравмирующая ситуация и нежелательные обстоя-

ва (в нашем случае – факт заболевания ХСН) вытесняются из сознания, в результате чего не осознается необходимость регулярного выполнения врачебных рекомендаций.

Проведен многофакторный регрессионный анализ, в который в качестве независимых переменных включали пол, возраст, а также параметры, которые при проведении однофакторного анализа коррелировали с приверженностью больных к терапии при $p < 0,05$ (АГ и инфаркт миокарда в анамнезе, длительность ХСН, депрессивные реакции, показатели реактивной и личностной тревожности, типы акцентуаций характера и механизмы психической защиты). В качестве зависимой переменной включали приверженность больных к терапии. Результаты анализа представлены в табл. 4.

Таблица 4

**Факторы, влияющие на приверженность больных ХСН к лечению
(по результатам многофакторного пошагового регрессионного анализа)**

Зависимая переменная	Независимые переменные	R ²	β	P
Приверженность к лечению ХСН	Наличие АГ	0,79	-0,74	0,03
	Длительность ХСН	0,79	-0,83	0,01
	Тревожный тип акцентуации характера	0,79	-0,97	0,006

Проведенный анализ показал, что на приверженность к лечению больных ХСН независимое влияние оказывали наличие у больного АГ и длительность течения ХСН. Нами выявлено, что наряду с клиническими факторами независимое влияние на формирование отношения больных ХСН к лечению оказывала такая психологическая характеристика личности больных, как тревожный тип акцентуации характера. Полученные результаты сопоставимы с данными литературы. Так при депрессивных расстройствах наибольшее число вторичных отказов от лечения отмечено у пациентов с тревожным и ипохондрическим типами личности [2]. Можно было бы предположить, что высокий уровень тревожности ведет к усиленному вниманию к здоровью со стороны больного, а тревога за возможный неблагоприятный исход заболевания будет являться стимулирующим фактором для полного следования всем рекомендациям лечащего врача. Однако тревога очерчивает круг интересов больного, настраивает больного на ожидание плохого, оказывая дезорганизующее влияние на его участие в лечебном процессе, в то время как для партнерских взаимодействий врача и больного необходимо формирование чувства уверенности, осмысление лечебной деятельности.

Заключение. Личностные характеристики играют особую роль в процессе адаптации больного к заболеванию и лечению. Для больных с низкой приверженностью к лечению хронической сердечной недостаточности характерен повышенный уровень реактивной и личностной тревожности, депрессивных реакций, преобладание тревожного типа акцентуации характера и механизма психиче-

ской защиты «проекция». Тревожный тип акцентуации характера негативно влияет на отношение больных к лечению хронической сердечной недостаточности.

Полученные в результате исследований данные свидетельствуют о целесообразности дальнейшего изучения приверженности больных к лечению ХСН с привлечением интернистов, медицинских психологов и социальных работников.

1. *Банщиков, Ф.Р.* Комплаенс в психиатрии: реальность и перспективы / Ф.Р. Банщиков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2006. – Т. 3, №4. – С. 24–27.
2. *Бородин, В.И.* Факторы, обуславливающие отказы от психофармакотерапии больных депрессивными расстройствами (обзор литературы) / В.И. Бородин, И.И. Пучков // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – №5. – С. 14–16.
3. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью / А.О. Недошивин и др. // Сердечная недостаточность. – 2000. – Т. 1, №4. – С. 148–152.
4. *Леонова, М.В.* Практические аспекты лечения АГ: эффективность и комплаентность / М.В. Леонова, Н.В. Мясоедова // Российский кардиологический журн. – 2003. – №2. – С. 17–21.
5. *Митрофанова, И.С.* Новые пути повышения эффективности лечения больных хронической сердечной недостаточностью / И.С. Митрофанова, Я.И. Коц, Л.Г. Вдовенко // Сердечная недостаточность. – 2007; 9 (4): 164–166.
6. *Незнанов, Н.Г.* Проблема комплаенса в клинической психиатрии / Н.Г. Незнанов, В.Д. Вид // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Т. 6, №4. – С. 33–37.
7. Проблемы медицинской психологии в онкологии и психосоматической медицине / под общ. ред. Т.З. Биктимирова, О.П. Модникова. – Ульяновск : СВНЦ, 1998. – 256 с.
8. *Смулевич, А.Б.* Депрессии в общей медицине (определение, распространенность, клиника,

лечение) / А.Б. Смулевич, М.Ю. Дробижев // Сердце. – 2007. – Т. 6, №5. – С. 272–276.

9. *Cramer, J.* Compliance with medication regimens for mental and physical disorders / J. Cramer, R. Rosenheck // *Psychiatric Services*. – 1998; 49 (2): 196–201.

10. *Ekman, I.* An intervention aimed at reducing uncertainty in elderly patients with chronic heart failure / I. Ekman, A. Norberg, B. Lundman // *International Journal of Human Caring*. – 2000. – №4. – P. 7–3.

11. *Fox, R.* Compliance, adherence, concordance / R. Fox // *Circulation*. – 1998. – Vol. 97. – P. 127.

12. *Stromberg, A.* Patient-related factors of compliance in heart failure: some new insights into an old problem / A. Stromberg // *European Heart Journal*. – 2006. – Vol. 27. – P. 379–381.

13. *Van der Wal, M.H.* Adherence in heart failure in the elderly: problem and possible solutions / M.H. Van der Wal, T. Jaarsma // *International Journal of Cardiology*. – 2008. – Vol. 125, №2. – P. 203–208.

14. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. – Geneva : WHO, 2003. – 198 p.

THE ROLE OF PERSONAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE IN THE FORMING OF ADHERENCE TO THERAPY

M.A. Albert, I.A. Sabitov, A.M. Shutov

Ulyanovsk State University

Adherence plays an important role in the treatment of chronic heart failure (CHF). The aim of the study is to determine the role of psychological characteristics of patients with chronic heart failure in adherence to treatment of CHF. Patients with low adherence have elevated levels of reactive and personal anxiety, depressive reactions, the prevalence mechanism of psychic protection "projection". Anxious type accentuation of character has a negative effect to the treatment of chronic heart failure.

Keywords: adherence, heart failure, depression, anxiety, mechanism of psychic protection.