

# Психологические предикторы низкой комплаентности больных впервые выявленным туберкулезом легких

*Пьянзова Т.В.*

## Psychological predictors of low compliance among new cases of pulmonary tuberculosis

*Piyanzova T.V.*

*Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово*

© Пьянзова Т.В.

Проведена диагностика психологического статуса стандартизированным многофакторным методом исследования личности СМИЛ у 65 больных туберкулезом с высокой (37 человек) и низкой (28 человек) комплаентностью. Выявлено влияние личностных особенностей на приверженность терапии, предиктором которой явились пиковые показатели ММПИ по 9-й шкале (оптимистичность), что снижает перспективу успешного лечения в связи с заниженной критичностью, склонностью к анозогнозии.

**Ключевые слова:** комплаентность больных туберкулезом, психологический статус, личностный профиль, адаптивное поведение.

The psychological status analysis by multifactor method of personality study (MMPI) was conducted among 65 TB patients with high (37) and low (28) compliance. The analysis revealed the influence of personal characteristics on adherence to treatment, what was predicted by the peak MMPI indicators on the 9-th "optimism" scale. Hence, the prospect for successful treatment outcomes is decreased due to low criticism, and tendency to anosognosia.

**Key words:** TB patients' compliance, psychological status, personality profile, adaptive behavior.

УДК 616.24-002.5-082.3-082.5

Ведущей причиной формирования вторичной лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза является низкая приверженность к лечению на предшествующих этапах.

Цель исследования — поиск ее психологических предикторов и характеристика адаптивного поведения пациентов с различной комплаентностью.

Объектом исследования стали 65 взрослых больных впервые выявленным туберкулезом с бактериовыделением и деструкцией легочной ткани, которые ретроспективно разделены на две группы: 1-я группа — лица с высокой приверженностью к лечению (37 человек), 2-я — с низкой (28 человек). Всем больным проводилась диагностика психологического статуса стандартизированным многофакторным методом исследования личности СМИЛ [2] (модификация теста ММПИ [1, 3]). Это клинически ориентированный тест «мини-мульти», состоящий из 71 утверждения. Тест включает в себя спектр таких структурных компонентов личности, как мотивационная направленность, самооценка, тип реагирования на стресс, защитные

механизмы, ведущие потребности, степень адаптированности индивида и возможный тип дезадаптации.

Интерпретация личностного профиля осуществлялась по восьми основным шкалам [3]: 1-й — сверхконтроля, 2-й — пессимистичности, 3-й — эмоциональной лабильности, 4-й — импульсивности, 6-й — ригидности, 7-й — тревожности, 8-й — индивидуальности, 9-й — оптимистичности. Методика имеет три шкалы достоверности, позволяющие оценить надежность полученных данных, а также установку испытуемых лиц в отношении обследования: шкала лжи, шкала собственно достоверности, шкала коррекции. В зависимости от количественного значения профиля по той или иной шкале определялся механизм адаптации исследуемого лица. При изложении результатов исследования использовалось графическое изображение и кодирование профиля по Уэлшу [3].

Профиль по базисным шкалам методики СМИЛ во 2-й группе характеризовался повышенными значениями показателей 9-й шкалы в  $(70,25 \pm 0,12)\%$  — 11 человек ( $p < 0,05$ ). В 1-й группе завышенным оказался показа-

тель 2-й шкалы —  $71,38 \pm 0,10$  ( $p < 0,05$ ). Значения остальных шкал у пациентов обеих групп находились в пределах 40—70 T и статистически значимых различий не имели. В 1-й группе код усредненного профиля по Уэлшу следующий: 2'3\_169748/L/FK. Закодированный таким образом усредненный профиль иллюстрирует, что ведущий пик по 2-й шкале находится над границей 70 T, а 3-я шкала расположена в диапазоне 60—69 T, 1, 6, 9, 7, 4 и 8-я шкалы — выше 50 T, из них 1-я стоит наиболее высоко, остальные идут по степени снижения, L выше 50, а F выше K и расположена над границей 40 T, но до 50 T. Данный профиль означает, что ведущим типом реагирования в психотравмирующей ситуации у большинства пациентов этой группы являлся гипостенический, т.е. наличие тормозных реакций на стресс, преобладание пассивной личностной позиции. Эти пациенты имеют повышенную потребность в понимании, нахождении в обществе других людей, доброжелательном к себе отношении. Защитным механизмом служил отказ от самореализации и усиление контроля сознания. Преобладал вербальный стиль мышления, т.е. эти пациенты в переработке и восприятии информации опирались на слово, смысловую основу и содержательный анализ. Для больных с доминированием механизма обесценивания исходных потребностей (отказ от самореализации и усиление контроля сознания) ведущей мотивационной направленностью являлось избегание неудач.

Во 2-й группе код усредненного профиля по Уэлшу — 9'2\_134/768:L/FK. Закодированный таким образом усредненный профиль иллюстрирует, что ведущий пик по 9-й шкале расположен выше 70 T, а 2-я шкала находится в диапазоне 60—69 T, 1, 3 и 4-я шкалы проходят выше 50 T, из них 1-я стоит наиболее высоко, остальные идут по степени снижения, 7, 6 и 8-я шкалы — над границей 40 T, L выше 50 T, а F выше K и расположена над границей 40 T, но до 50 T. Ведущий пик по 9-й шкале (оптимистичность) означает склонность к вытеснению из сознания неприятной информации с включением механизма отрицания. Тип адаптивного поведения в психотравмирующей ситуации у пациентов подгруппы В стенический, характе-

ризующийся беспечностью, завышенной самооценкой, уверенностью в будущем. Трудности воспринимаются как легко преодолимые, в противном случае их значимость легко обесценивается. В позиции стресса характерно подражание авторитетной лидирующей личности. Защитный механизм — отрицание проблем и гиперкомпенсаторная активация. Эти пациенты отличаются позитивной самооценкой перспективы, высокой активностью и выраженной мотивацией достижения успеха, однако не всегда направленной на конкретные цели, в большей степени ориентированные на моторную подвижность и речевую сверхактивность. Настроение приподнятое, но в ответ на противодействие легко вспыхивает и так же легко угасает гневная реакция. В сочетании с недостаточно организованной активностью и переоценкой собственных возможностей это может привести к снижению эффективности деятельности или не доведению ее до конца в связи неадекватным прогнозированием или постановкой заведомо нереальных целей.

Личностные особенности существенно влияют на отношение больного туберкулезом к лечению. Предиктором низкой комплаентности являются пиковые показатели ММРІ по 9-й шкале (оптимистичность), что снижает перспективу успешного лечения в связи с заниженной критичностью пациентов, облегченного отношения к проблемам, склонности к анозогнозии. Методика диагностики психологического статуса стандартизированным многофакторным методом исследования личности СМІЛ (модифицированный тест ММРІ) может быть использована для раннего выявления лиц с риском низкой комплаентности.

#### Литература

1. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.М. Методика многопрофильного исследования личности (в клинической медицине и психогигиене). М., 1976. 176 с.
2. Зайцев В.П. Вариант психологического теста Mini-mult // Психол. журн. 1981. Т. 2, № 3. С. 118—123.
3. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМІЛ. СПб.: 2001. 217 с.

Поступила в редакцию 02.03.2012 г.

Утверждена к печати 05.03.2012 г.

#### Сведения об авторах

*Т.В. Пьянзова* — канд. мед. наук, ассистент кафедры фтизиатрии КГМА (г. Кемерово).

Для корреспонденции

*Пьянова Т.В. Психологические предикторы низкой комплаентности больных впервые выявленным туберкулезом легких*

*Пьянова Татьяна Владимировна*, тел.: 8-903-941-46-34; 8 (384-2) 54-56-51; e-mail: tatyana\_vezhnina@mail.ru