

Вплив на прихильність до лікування пацієнтів із артеріальною гіпертензією через врахування їхніх психологічних особливостей. Розбір клінічних випадків

Зустріч двох особистостей подібна контакту двох хімічних речовин: якщо є хоч найменша реакція, змінюються обидва елементи.

Карл Юнг (1875–1961),
швейцарський психоаналітик,
психолог, філософ культури

Мета статті — ознайомити кардіологів та лікарів сімейної медицини із сучасними лікувальними підходами, що враховують психологічні особливості пацієнтів. Професійна діяльність лікарів терапевтичного профілю значною мірою (порівняно з хірургічними та анестезіологічними спеціальностями) потребує розвитку комунікативних навиків, оскільки пацієнти відрізняються не лише за клінічними особливостями, а й за психологічними рисами, що виявляються під час діагностики та лікування. Представлено розбір чотирьох клінічних випадків із докладним описом соціально-демографічних і поведінкових особливостей хворих, які звернулися до кардіолога для корекції медикаментозного лікування. Окрім аналізу скарг, анамнезу й даних лабораторних та інструментальних обстежень, описано типові проблеми спілкування зі «складними» хворими та надано практичні рекомендації. Висвітлено чотири варіанти можливої поведінки пацієнтів, що визначаються їхніми психологічними особливостями та виявляються під час спілкування із лікарями терапевтичного профілю. Як «класичні» обрано психотипи «експресивний», «директивний», «аналітичний» і «дружній». Для двох перших характерною ознакою є наявність високого рівня владності під час спілкування із співрозмовниками, а для двох останніх — низького рівня владності. «Аналітичні» та «директивні» особистості характеризуються значно вищим ступенем самоконтролю порівняно з «експресивними» та «дружніми». Переважно медичні працівники контактують із хворими, які поєднують риси двох психотипів із домінуванням одного з них. Обізнаність лікарів терапевтичного профілю з психологічними особливостями пацієнтів дасть змогу зрозуміти їхні очікування і поліпшити прихильність до фармакотерапії.

Ключові слова:

артеріальна гіпертензія, психологічні типи, комунікація з пацієнтами.

Комунікативні проблеми в медицині

Пацієнти, які звертаються до лікарів терапевтичного профілю, відрізняються за особистісними характеристиками. Під час першого візиту і подальшого спілкування (може тривати від кількох днів до багатьох років) у більшості лікарів формується відносно об'єктивна оцінка характеру особи, яку вони консультують і надають допомогу, зокрема темпераменту, характеру, здібностей, інтелекту та прихильності до лікування. Підсвідомо лікарі часто налаштовані на образ «ідеального пацієнта», тобто лікар сімейної практики очікує на хворих, які свідомо налаштовані поліпшити



**С. Д. Бабляк¹,
Ю. С. Рудик²,
М. М. Заяць¹**

¹ Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

² ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», Харків

КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ

Бабляк Сергій Дмитрович

к. мед. н., асист. кафедри менеджменту в охороні здоров'я, фармакотерапії і клінічної фармації
E-mail: bablserg2@gmail.com

<http://orcid.org/0000-0002-6026-883X>

Отримано • Received
11/08/2023

Прийнято до друку • Accepted
05/09/2023

© 2023 Автори • Authors

Опубліковано на умовах ліцензії CC BY-ND 4.0
Published under the CC BY-ND 4.0 license

здоров'я, не сумніваються в його здібностях як спеціаліста, готові виконувати будь-які запропоновані призначення, уміють коротко і чітко описати скарги й проблеми та певною мірою знайомі з медичними термінами, пов'язаними з їхньою патологією [3]. Однак часто у реальних життєвих ситуаціях терапевти починають розуміти, що їхнє уявлення про ставлення пацієнтів до лікарів і лікувального процесу є ілюзорним. Під час спілкування вони змушені контактувати з хворими, яким властиві певні психологічні особливості, що можуть створювати бар'єр для фармакотерапії (ФТ). Урахування індивідуальних рис характеру та очікувань пацієнтів може значно спростити налагодження контакту з пацієнтом і створити передумови для поліпшення прихильності до рекомендованого лікування [4, 5, 7].

Взаємини між лікарем і пацієнтом розпочинаються ще до безпосереднього контакту. Пацієнт зазвичай знає про лікаря більше, ніж лікар про пацієнта. Окрім репутації лікаря, певне значення для хворих мають відгуки про медичну установу, куди вони звертаються. Ще на початку ХХ ст. засновник психоаналізу Зигмунд Фройд (1856–1939) влучно зауважив, що під час спілкування з лікарями більшість пацієнтів підсвідомо пригадують особистий досвід взаємодії з авторитетними для них особами в різні періоди життя, започаткувавши створення концепції «трансферу» («переносу»). Наприклад, залежно від того, які враження та відносини колись переважали при контакті пацієнта з батьком, під час спілкування з лікарем формується негативна (ворожа) або позитивна (відчуття любові та довіри) установка. Хоча сучасні психотерапевти вважають, що ця концепція не охоплює багато аспектів у системі «лікар — пацієнт», часто вона може раціонально пояснити, чому деякі елементи поведінки лікаря, його зовнішнього вигляду або репутації підсвідомо викликають у хворого спогади про приємні або сумні епізоди під час спілкування з близькими людьми в минулому. Крім батьків, особами, емоційне значення яких для пацієнта велике, можуть бути дідуся, бабуся, дядько, тітка, брати, сестри, вчителі, близькі друзі. Часто лікар, якого пацієнт бачить уперше в житті, викликає виразні почуття симпатії або антипатії, оскільки підсвідомо нагадує йому когось із важливих для нього людей з минулого [3].

На жаль, кардіологів і сімейних лікарів не вчать спілкуватися з пацієнтами, хоча 80 % успіху лікаря залежить від розвитку його комунікативних навиків. У хірургії та реанімації ситуація інша — там лікар працює не з особистістю, а з тілом пацієнта. Життя лікарів терапевтичного профілю — це фактично постійне спілкування

з іншими людьми, зі світом, зрештою із собою. Якщо успіх роботи сімейних лікарів значною мірою визначається комунікативними навиками, то їх слід розвивати, адже пацієнти оцінюють не лише якість призначень, а й багато інших критеріїв. Перший досвід спілкування з хворими майбутні лікарі здобувають переважно ще під час навчання у вищих медичних навчальних закладах — студенти наслідують викладачів. На початку професійної діяльності молоді спеціалісти часто підсвідомо копіюють поведінку старших колег, а пізніше знаходять власні методи взаємодії з пацієнтами. Однак цей стихійний шлях не є найкращим, бо він ґрунтується на досвіді, що передбачає спроби і численні помилки. Україномовної літератури із цієї проблеми мало, у більшості посібників висвітлено загальні принципи деонтології, і дотримуватися їх рекомендацій складно. Основний принцип — «якщо не вдається налагодити контакт зі складним пацієнтом, то слід спробувати знайти причину проблеми і змінити стратегію, або хоча б визнати власну обмеженість і звернутися по допомогу до досвідченіших осіб». Розуміння внутрішніх мотивів, що керують пацієнтами, настає внаслідок болісного досвіду. Для лікарів дуже важливо отримувати інформацію про власні помилки. Багато медичних працівників неодноразово стикалися з іронічними, зневажливими, іноді — відверто агресивними висловлюваннями пацієнтів щодо їхніх колег (знайомих чи незнайомих, у тій самій лікувальній установі або в іншій). Хоча переважно такі оцінки лікарів різних спеціальностей несправедливі, спілкування дає змогу зрозуміти помилки, що виникають під час комунікації медичних працівників із хворими. Чесна і безжальна самооцінка змушує сприймати власну роботу з іронічного погляду та не претендувати на статус непогрішності [1, 2].

Поступово набуваючи нових знань і досвіду в професійній діяльності, лікарі стикаються із різними типами пацієнтів, а отже, із широким спектром особистісних рис і життєвих обставин. Деякі з пацієнтів ставитимуться до лікарів привітно та доброзичливо, інші можуть виглядати злими, розчарованими, надмірно тривожними або претензійними. Урахування психологічних рис та життєвих ситуацій пацієнтів сприятиме поліпшенню їхньої прихильності до лікування. Відмінності між характерами людей спостерігаються в усіх сферах життя, а не лише в медицині [5, 6, 8].

Наводимо опис 4 клінічних випадків пацієнтів, які зверталися до кардіолога з приводу ФТ артеріальної гіпертензії (АГ). Окрім скарг, клінічних симптомів та результатів інструментальних і лабораторних досліджень, проаналізовано характерні



Рис. 1. Класифікація психологічних типів

риси поведінки та очікування хворих до, під час і після консультації з лікарем та рекомендовано проведення діалогів з ними з урахуванням психологічного типу. Виділено 4 варіанти можливої поведінки пацієнтів, що визначаються особливостями їх характеру та виявляються під час спілкування із лікарями терапевтичного профілю. Як «класичні» обрано такі поширені в реальній клінічній практиці психотипи: «експресивний», «директивний», «аналітичний» та «дружній». Описано типові комунікативні проблеми, що постають перед лікарями терапевтичного профілю, і надано практичні рекомендації [4, 8].

Класифікація психологічних типів

Запропонований розподіл пацієнтів на 4 типи не є універсальною та єдиною правильною класифікацією (рис. 1). Часто трапляються хворі, які не відповідають цій схемі (наприклад, байдужий до власного здоров'я, невмотивовано агресивний, депресивний, з низькою освітою, цинічний, із виразними залежностями, трудоголік, що ігнорує основні принципи здорового способу життя, та інші складні для лікаря психологічні типи [5, 7, 8]. Однак запропонована класифікація спрощує для лікаря принципи побудови відносин із пацієнтами. Часто в одній особистості співіснують два психотипи у співвідношенні 80:20 або 70:30, але деякі з них є антиподами. Так, директивний варіант

ніколи не поєднується з дружнім, а аналітичний — з експресивним [4]. Усі інші сумісності можливі.

Щоб легко знайти спільну мову з представником певного типу, слід урахувувати, які слова є для нього максимально переконливими, це допоможе адекватно побудувати розмову. Слід пам'ятати, що одне з основних завдань лікаря під час спілкування — бути переконливим для пацієнта (рис. 2).

У житті рідко спостерігаються особистості з чіткою належністю до одного із зазначених вище характерів. У більшості пацієнтів поєднуються риси 2 психологічних типів, тобто окрім 4 «класичних» можна виділити ще принаймні 8 проміжних: 1) аналітично-директивний, 2) директивно-експресивний, 3) експресивно-приязний, 4) приязно-аналітичний, 5) директивно-аналітичний, 6) аналітично-приязний, 7) приязно-експресивний, 8) експресивно-директивний. Наприклад, ви можете зустріти привітного та усміхненого пацієнта, який одночасно консультиється в іншого лікаря тієї самої спеціальності, надмірно концентрується на уявних побічних ефектах призначених препаратів і поводить себе дещо маніпулятивно (тип 4), або пацієнтка вирізняється із загальної групи тих, хто очікує на консультацію фахівця, владністю й авторитарним типом поведінки, а під час розмови з лікарем може несподівано розплакатися, скаржачись на поведінку дорослих дітей або

Аналітик	Директив	Експресив	Дружній
Аналіз	Аргумент	Відчутно	Акуратність
Графіки	Логічно	Вільно	Бажано
Дані	Негайно	Вражаюче	Безпека
Дослідження	Перемога	Задоволення	Відомо
Звіт	Професійність	Зручно	Відчутно
Підтвердження	Рішучість	Неймовірно	Гідно
Публікації	Сила	Обережно	Загальноновизнано
Результат	Система	Оригінально	Спокій
Стабільний	Стратегія	Перспектива	Терплячість
Теорія	Структура	Прекрасно	Турбота
Факт	Успіх	Прозоро	Уважно
Числа	Цілеспрямованість	Цікаво	Чутливо

Рис. 2. Перелік слів, що допомагають налагодити комунікацію з пацієнтами різних психотипів

труднощі, пов'язані зі складним захворюванням матері (тип 2). Розуміння цих аспектів пояснює, чому спілкування з пацієнтами є одночасно таким цікавим і складним. Було б нудно, якби ми були однакові [4].

Клінічний випадок 1

До кардіолога звернулася жінка віком 58 років зі скаргами на погане самопочуття, яке вона пов'язує із незадовільним контролем артеріального тиску (АТ). Відзначала часті головні болі, задишку при помірному фізичному навантаженні та загальну слабкість. З інших неприємних симптомів турбували порушення сну (пізні засипання, поверховий сон, часті пробудження, ранкове відчуття «розбитості») та тривожні думки через занепокоєння станом власного здоров'я. Хворіє на АГ понад 8 років.

На момент огляду: АТ — 160/95 мм рт.ст., частота серцевих скорочень (ЧСС) — 54 за 1 хв. Постійно відзначає високі показники АТ (150–160/90–105 мм рт.ст.), 1–2 рази на місяць спостерігається підйом АТ до 170–190/110–115 мм рт.ст. Отримувала медикаментозне кардіологічне лікування, призначене дільничним кардіологом (лізиноприл, бісопролол, ацетилсаліцилова кислота, симвастатин). Високі показники «робочого» АТ переносить відносно задовільно, при підйомах > 160/100 мм рт.ст. додатково приймає ізосорбід динітрат у дозі 10 мг, іноді — ніфедипін у крапельному розчині.

Два останні лікарські засоби (ЛЗ) не були рекомендовані лікарями або провізорами, пацієнтка застосовувала їх після поради сусідки (без медичної освіти). Після одночасного прийому цих ЛЗ майже завжди відзначає швидке зниження АТ до 120–130/65–70 мм рт.ст., що супроводжується головним болем, відчуттям загальної слабкості та сонливості.

Оскільки при первинному огляді пацієнтку турбували відчуття дискомфорту за грудниною, у кардіохірургічному відділенні проведено коронарентрикулографію. Значущих уражень коронарних артерій не виявлено (вікові зміни), фракція викиду (ФВ) лівого шлуночка (ЛШ) збережена (60%). Результати лабораторних аналізів підтвердили значне підвищення рівня загального холестерину (ЗХС) — 7,1 ммоль/л, інші біохімічні показники — у межах норми.

Пацієнтка схильна до повноти, індекс маси тіла (ІМТ) — 27,8 кг/м², не палить та не вживає алкоголю. Наявний обтяжений сімейний анамнез за АГ (у матері та старшої сестри). За професією — художниця. Сімейний статус: вдова, має двох дорослих дітей і трьох неповнолітніх онуків, проживає разом із молодшою дочкою, її чоловіком

та донькою. Риси характеру чітко вказують на «експресивний» тип поведінки. Пацієнтка прагне бути в центрі уваги та викликати позитивні емоції в оточуючих. Коли вона погано себе почуває, життя зупиняється, а рідні та колеги по роботі відчують певний дискомфорт. Погіршення стану часто виражає досить театральнo, розповідь про хворобу та переживання може тривати годинами, а під час діалогу з лікарем потребує підтвердження, що її стан потребує невідкладної медичної допомоги. Часто задає запитання не по темі. Навіть незначні скарги особистості «експресивного» типу можуть яскраво передати в розмові, часто реагують залежно від настрою або під впливом певної ситуації. Зі слів хворої зрозуміло, що найкращий лікар для неї — той, хто найбільш уважний, терплячий і співчуває її стражданням. У черзі до кардіолога влаштувала дрібний скандал з іншим пацієнтом з приводу того, що вона потребує термінової консультації.

Згідно з результатами ехокардіографічного обстеження (ЕхоКГ) виявлено помірну концентричну гіпертрофію ЛШ (ГЛШ) — 12–13 мм, І тип діастолічної дисфункції без порушень сегментарної скоротливості. Після консультації кардіохірурга про недоцільність проведення інвазивного втручання пацієнтка повторно консультирована кардіологом, який повністю змінив схему ФТ: 1) лізиноприл замінено на фіксовану комбінацію (ФК) валсартану з амлодипіном увечері, 2) аторвастатин призначено замість симвастатину з огляду на незадовільний контроль гіперхолестеринемії, 3) відмінено бісопролол через наявну брадикардію, а також ацетилсаліцилову кислоту та нітросорбід у зв'язку з відсутністю серйозних уражень коронарних артерій, 4) у разі підйому АТ > 150/90 мм рт.ст. рекомендовано прийом індапаміду.

Під час повторного планового візиту (через 2 міс) АТ становив 130/80 мм рт.ст., ЧСС — 64 за 1 хв. Підйом тиску спостерігається вкрай рідко, за останні 2 міс індапамід приймала лише двічі. Відзначено позитивну динаміку рівня ЗХС, який знизився до 4,2 ммоль/л.

Таким чином, ФК валсартану та амлодипіну забезпечила надійний і безпечний контроль АТ.

Спілкування із пацієнтами, що належать до «експресивного» типу, потребує особливого терпіння. Психологічною помилкою з боку лікаря була б спроба «заспокоїти» пацієнтку, запевнивши, що нічого серйозного з нею не відбувається. Після такого висновку кардіолог в її очах автоматично став би «поганим» спеціалістом, а його діагноз — «помилковим». Не рекомендується повністю відкидати ідеї «експресивних» пацієнтів, навіть якщо вони очевидно безглузді. Такі особистості високо цінують оригінальність

і творчий підхід до лікування, компліменти та визнання їхніх заслуг, потребують підбадьорювання і запевнень, що підкреслюють особливість їхньої ситуації. Якщо ви розповідаєте про переваги того чи іншого ЛЗ, то насичуйте розмову емоційним забарвленням та яскравими прикладами. Для таких хворих ставлення з розумінням лікаря є дуже серйозним стимулом для досягнення хорошої прихильності до лікування.

Клінічний випадок 2

Чоловік віком 63 роки під час першої консультації з кардіологом кардіохірургічного відділення відзначив постійно підвищений рівень АТ (130–160/80–100 мм рт.ст.), особливо вранці, іноді — вночі. З інших скарг найбільше турбували прискорене серцебиття при незначних фізичних навантаженнях і задишка. Лікувався в стаціонарі з приводу вірусної пневмонії (COVID-19) 2,5 роки тому. Хоча АГ турбує понад 10 років, значне погіршення клінічного стану відзначив після перенесеної в січні 2021 р. вірусної інфекції. Гіпертензивних кризів (ГК) з підйомом АТ > 180/110 мм рт.ст. не було. Попередня схема ФТ, призначена лікарем сімейної практики: ФК еналаприлу з гідрохлортіазидом і ацетилсаліцилова кислота. Без рекомендації лікаря приймав ω3-поліненасичені жирні кислоти (ПНЖК). Чіткого клінічного ефекту від лікування не відчував.

На момент огляду АТ — 150/95 мм рт.ст., ЧСС — 88 за 1 хв. В Європейських рекомендаціях з лікування АГ за 2018 р. до чинників, що значно підвищують серцево-судинний ризик, крім традиційних чинників ризику (чоловіча стать, похилий вік, порушення ліпідного обміну, паління, наявність цукрового діабету, ожиріння, обтяжений сімейний анамнез за АГ або ішемічною хворобою серця) виділено нові: 1) високий рівень сечової кислоти, 2) ранній початок менопаузи, 3) малорухливий спосіб життя, 4) психосоціальні та соціально-економічні стресові чинники; 5) ЧСС у стані спокою 80 за 1 хв. Кардіолог одразу звернув увагу на помітно підвищену ЧСС у стані спокою (88 за 1 хв) і синусову тахікардію на електрокардіограмі (ЕКГ), як на серйозний додатковий чинник ризику, що обтяжує перебіг АГ і потребує призначення селективного β-адреноблокатора.

Результати інших інструментальних обстежень: 1) ЕхоКГ — ознак ГЛШ не виявлено, І тип діастолічної дисфункції, немає порушень сегментарної скоротливості ЛШ, дегенеративні зміни стулок аортального і мітрального клапанів, 2) ультразвукове дослідження (УЗД) судин ший виявило лівобічну девіацію сонної артерії з потовщенням комплексу інтима — медіа (КІМ) до 1,1–1,2 мм.

При підвищеному АТ самопочуття пацієнта погіршувалося, його дратувало те, що за допомогою різних препаратів не вдалося стабілізувати тиск. Під час ГК він додатково приймав ФК каптоприлу з гідрохлортіазидом або клонідину гідрохлорид. Зі слів пацієнта, останній краще знижував тиск. Раніше приймав комбіновані антигіпертензивні засоби (АГЗ), переважно інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ) у поєднанні з тіазидним діуретиком, періодично спостерігався в сімейного лікаря. Додаткові призначення отримував від пульмонолога стаціонару (де перебував із приводу COVID-19). Схеми ФТ часто змінювалися, оскільки він звертався за консультацією до багатьох спеціалістів з різних лікувальних закладів. Препарати з приводу АГ приймав несистематично, при задовільному самопочутті й АТ 130–140/80–90 мм рт.ст. — пропускував їх прийом, але ацетилсаліцилову кислоту та ω3-ПНЖК приймав щодня.

Результати лабораторних аналізів: ЗХС — 6,4 ммоль/л, глюкоза — 6,2 ммоль/л, глікований гемоглобін — 5,97 %, інші біохімічні показники — в межах норми. Пацієнт виглядав худорлявим, навіть дещо виснаженим, ІМТ — 20,7 кг/м², курець (10–15 сигарок упродовж дня), алкоголь вживав 1–2 рази на тиждень (зі слів пацієнта, у помірних дозах). Сімейний анамнез — не обтяжений (в роду були довгожителі). Пенсіонер (колишній військовий), але до COVID-19 працював охоронцем (після хвороби відзначав, що добові чергування переносять важко). Одружений, двоє дорослих дітей (мешкають окремо), троє онуків.

За психологічними рисами цього пацієнта можна віднести до «директивного» психологічного типу. Спілкування із такими особистостями часто спричиняє у лікарів роздратування. Вони впевнені в собі, швидко приймають рішення і не зважають на чужу думку. Найчастіше у них власне бачення подій та чітко визначено цілі, яких вони прагнуть досягти. Зазвичай «директивні» пацієнти поводять себе наполегливо, переконливо, іноді — з викликом. Не терплять непередбачуваних змін. Таких особистостей легко виокремити із загального натовпу. Вони намагаються поводити себе як беззаперечні лідери, а чужу думку вислуховують без особливого задоволення і лише для того, щоб зробити власні висновки. Однак у гострий період захворювання «директиви» часто пригнічені та збиті з пантелику, можуть певний час ігнорувати скарги та протягом тривалого часу терпіти біль і дискомфорт.

Колишній військовий звернувся до кардіолога лише тоді, коли погіршення стану почало заважати йому виконувати професійні обов'язки (працював охоронцем). Під час першого візиту

виглядав самовпевненим, впертим, уживав фрази на кшталт «якщо стільки таблеток пити, то можна печінку посадити». Його було важко переконати в необхідності модифікувати спосіб життя (кинути палити). На підсвідомому рівні прагнув визнання власних заслуг, перед проведенням ЕхоКГ дослідження мав конфлікт із лікарем-функціоналістом, наголошуючи на необхідності термінового проведення обстеження, не беручи до уваги стан інших пацієнтів, які спокійно чекали своєї черги.

Кардіолог рекомендував таку схему: 1) небіволол уранці, 2) ФК валсартану із амлодипіном увечері, 3) ацетилсаліцилова кислота вранці, 4) аторвастатин увечері замість ω 3-ПНЖК з огляду на незадовільний контроль гіперхолестеринемії.

Через 1 міс під час повторного огляду АТ — 125—135/75—80 мм рт. ст., ЧСС — 64—70 за 1 хв. Показники ліпідограми поліпшилися, самопочуття задовільне. Пацієнт повторно влаштувався на попередню роботу в охороні, зменшив добову кількість сигарет. Таким чином, ФК валсартану й амлодипіну в поєднанні з небівололом забезпечили надійний контроль АТ і ЧСС.

При зверненні до лікаря «директив» хоче бачити впевненого в собі та досвідченого спеціаліста. Такого пацієнта іноді варто скерувати на консультацію до професора. Погано ставиться до зміни лікуючого лікаря, відносини з яким уже налагодилися. Під час спілкування з такою особистістю слід бути максимально конструктивним, переваги лікування слід чітко описати. У розмові слід уникати тривалих пауз. Краще використовувати запитання закритого типу, що передбачають однозначну відповідь. Виключаються елементи нав'язування, усі пропозиції мають принаймні виглядати альтернативними. «Директивні» особистості цінують власний час, тому для них особливо важливе швидке обстеження та встановлення правильного діагнозу. Вони іноді некритично (занадто оптимістично, без урахування власної підготовки та можливих ускладнень) сприймають новаторські та екстремальні методи оздоровлення (водні процедури незалежно від погоди — купання взимку, радикальні дієти, тривалі фізичні навантаження (біг або велосипедна їзда тривалістю понад 90—120 хв), голкотерапія, дихальна гімнастика тощо) замість перевірених роками і відносно дешевих ЛЗ. Віддають перевагу сильнодіючим препаратам та очікують негайного ефекту від будь-якого ЛЗ. «Директиву» слід запропонувати сучасний засіб в яскравій упаковці, що діє швидко й ефективно. Ціна для хворих із такими психологічними особливостями не має особливого значення.

Наступна зустріч з пацієнтом відбулася через 4 міс. На тлі стабілізації АТ і ЧСС відзначав поліпшення толерантності до фізичних

навантажень. Пацієнт робить легку зарядку (в дні, коли не працює), більше ходить пішки, палить не більше 3—4 сигарет протягом дня. Набагато легше переносить професійні навантаження (після добових чергувань не відчуває надмірного виснаження). Дуже важливим є факт, що кардіологу вдалося переконати хворого в необхідності тривалого прийому статину.

Клінічний випадок 3

Пацієнт віком 71 рік, який звернувся до кардіолога кардіохірургічного відділення, повідомив, що страждає на АГ понад 15 років. Два роки тому переніс транзиторну ішемічну атаку (ТІА), лікувався стаціонарно в неврологічному відділенні, залишковий неврологічний дефіцит — мінімальний. Протягом останнього місяця відзначає посилення задишки при щоденних навантаженнях, ранковий головний біль, набряклість ніг (яка зникає після прийому фуросеміду). Останній раз спостерігався в кардіолога 2 міс тому. Із неврологічних скарг — погіршення пам'яті, забудькуватість і пов'язана з цим дратівливість. Періодично консультується в невропатолога. На момент огляду: АТ — 160/90 мм рт. ст., ЧСС — 62 за 1 хв. Пацієнт має ожиріння І ступеня (ІМТ — 31,2 кг/м², важить 88 кг при зрості 168 см). Удівець, 5 років тому дружина померла від злоякісного онкологічного захворювання. Пенсіонер, до 65 років працював викладачем в університеті. Мешкає з донькою та двома онуками. Фінансово забезпечений. Із супутньої патології — ерозивний гастродуоденіт у стадії ремісії.

Схема попередньої ФТ: ранковий прийом бісопрололу, ФК лізіноприлу з гідротіазидом після обіду та вечірній прийом ацетилсаліцилової кислоти. Ці ЛЗ пацієнт приймав щодня, додатково через набряклість ніг двічі на тиждень без призначення лікаря приймав фуросемід уранці натще, для запобігання гіпокаліємії — калію та магнію аспарагінат уранці та ввечері. Статини приймав перші 4 міс після ТІА, після отримання задовільних показників ліпідограми припинив їх прийом. Попри інтенсивну ФТ, «робочий» АТ пацієнта часто перевищував 150/90 мм рт. ст. і рідко був в оптимальному діапазоні (125—135/80—85 мм рт. ст.). Тричі впродовж двох останніх місяців у щоденнику зафіксовано АТ > 180/105 мм рт. ст. Найнебезпечнішою порою доби пацієнт справедливо вважав ранкові години: перша ТІА, яку він переніс 2,5 року тому, сталася між 7-ю і 8-ю годинами ранку.

Результати інструментальних обстежень: 1) ЕКГ — синусовий ритм, вікова норма, 2) ЕхоКГ — ФВ ЛШ збережена (60 %), порушення сегментарної скоротливості ЛШ не виявлено,

ексцентрична ГЛШ, 3) УЗД обстеження судин ший — потовщення КІМ до 1,2–1,4 мм, поодинокі тверді бляшки в обох сонних артеріях (без порушення магістрального кровотоку).

Лабораторні показники: креатинін — 112 мкмоль/л, швидкість клубочкової фільтрації, розрахована за формулою СКД-ЕРІ, — 57 мл/(хв · 1,73 м²) (помітно знижена), сечова кислота, глюкоза та калій — у межах норми. Варті уваги погані показники ліпідограми: ЗХС — 7,3 ммоль/л, холестерин ліпопротеїнів низької густини (ХС ЛПНГ) — 5,1 ммоль/л, тригліцериди (ТГ) — 1,8 ммоль/л при задовільному холестерині ліпопротеїнів високої густини (ХС ЛПВГ) — 1,4 ммоль/л.

Пацієнта відповідно до його психологічних рис та особливостей взаємодії з оточуючими у повсякденному житті можна віднести до «аналітичного» типу. Уже на першому візиті до лікаря звертає увагу акуратність і педантизм. Під час роботи в університеті вважався хорошим спеціалістом у своїй галузі, колишні колеги та підлеглі досі сприймають його як авторитет, час від часу цікавляться його думкою (це було зрозуміло під час телефонних дзвінків, які він не ігнорував, а надавав короткі, але вичерпні консультації по мобільному зв'язку). Під час розмови з лікарем «аналітик» намагався отримати максимум необхідної інформації з конкретними фактами і доказами, а також поділитися власним розумінням лікування АГ. Довго розпитував кардіолога щодо особливостей ФТ, доки не отримав вичерпної інформації. Думки формулював чітко, рішення приймав раціонально.

Консультація тривала набагато довше, ніж установлений час, оскільки «аналітик» ретельно розглядав усі «за» і «проти», намагався вносити свої пропозиції в схему ФТ. Схильний до педантизму, усе робив зважено і дуже ґрунтовно. Коли кардіолог поцікавився контролем АТ, пацієнт показав щоденник із чітким зазначенням дат і годин вимірювання. Медичні записи та висновки фахівців зберігав дуже ретельно, був уважливим до надмірності та очікував такого самого ставлення до власної персони. Дуже вимогливий до себе та лікаря, рідко хвалив кого-небудь, але високо цінував професійні якості. По питаннях, що його цікавили, потребував нової та достовірної інформації, тому іноді консультивався з різними лікарями, прискіпливо вивчав інструкції, часто шукав інформацію в інтернеті, прагнучи зрозуміти суть захворювання.

Схема ФТ після першої консультації кардіолога кардіохірургічного відділення містила 5 ЛЗ: 1) раміприл двічі на добу, 2) індапамід уранці, 3) лерканідипін перед вечерею, 4) аторвастатин

після вечері, 5) клопідогрель після сніданку. Таким чином, замість лізіноприлу призначено раміприл, відмінено бісопролол, фуросемід та калію-магнію аспарагінат, замінено гідрохлортиазид на індапамід, додано лерканідипін і аторвастатин, а замість ацетилсаліцилової кислоти рекомендовано клопідогрель.

Контроль стану через 2 міс виявив таке: АТ при вимірюванні на початку візиту становив 145/85 мм рт.ст., ЧСС — 68 за 1 хв. Підйомів тиску не відзначав, потреби в призначенні додаткових АГЗ не було. Рівень ЗХС знизився до 4,8 ммоль/л, ХС ЛПВГ — до 1,3 ммоль/л, ТГ — до 1,6 ммоль/л, ХС ЛПНГ — до 2,8 ммоль/л. Відкориговано дози препаратів.

Через 5 міс після первинної консультації схема призначень була такою: 1) раміприл двічі на добу, 2) індапамід уранці, 3) збільшено вечірні дози лерканідипіну і аторвастатину, 4) клопідогрель після сніданку.

Зрозумівши очікування «аналітичного» пацієнта від консультації та риси характеру, кардіолог записував назви препаратів та дози на папері у вигляді зрозумілої схеми. Переваги нової концепції ФТ були чітко роз'яснені із посиланням на міжнародні рекомендації. Лікарю навіть прийшлося використовувати для підтвердження своєї думки наукові статті провідних київських науковців, зрештою сам пацієнт потребував певного часу для осмислення отриманої інформації. Однак кардіолог не квапив його з прийняттям рішення, і намагався обґрунтувати призначення кожного ЛЗ. Після корекції ФТ АТ був у межах 120–130/75–80 мм рт.ст., ЧСС — 60–68 за 1 хв. Через 5 міс ХС ЛПНГ становив 2,0 ммоль/л. Таким чином, пацієнт «аналітик» потребував найінтенсивнішої ФТ з усіх описаних. Комбінація з інгібітора АПФ, тіазидоподібного діуретика та блокатора кальцієвих каналів після титрування доз дала змогу досягти цільових рівнів АТ, що супроводжувалося поліпшенням самопочуття. Ацетилсаліцилову кислоту замінили на клопідогрель через загострення хронічного гастродуоденіту, а призначення і титрування доз аторвастатину були потрібні для зниження ризику повторних судинно-мозкових ускладнень і поліпшення віддаленого прогнозу.

Клінічний випадок 4

Жінка віком 71 рік звернулася до кардіолога зі скаргами на часті високі показники АТ (160–180/80–90 мм рт.ст.), що супроводжувалися головним болем, а також на задишку при помірних фізичних навантаженнях, легку набряклість гомілок і стоп увечері. «Робочий» АТ пацієнтки становив 150–160/70–80 мм рт.ст., пацієнтка суб'єктивно почувала себе більш-менш

задовільно. При зростанні АТ > 180/90 мм рт.ст. самопочуття значно погіршувалося. Вона приймала ФК каптоприлу з гідрохлортиазидом, іноді додатково — моксонідин, після чого АТ знижувався до 120–130/60–70 мм рт.ст. Хоча при зниженні тиску пацієнтка відчувала виразну загальну слабкість, розбитість та сонливість, упродовж наступних 2–3 днів різких погіршень самопочуття вона не фіксувала. Такі ГК спостерігалися, зі слів пацієнтки, 2–3 рази на місяць. Щодня планово приймала еналаприл у дозі 10 мг двічі на добу. Оскільки вона побоювалася, щоб не трапився гострий інфаркт міокарда, при підйомах АТ завжди приймала 2 таблетки ацетилсаліцилової кислоти по 75 мг, у періоди між кризами використовувала його зрідка.

На момент огляду: АТ — 160/80 мм рт.ст., ЧСС — 58 за 1 хв. Результати лабораторних аналізів (ЗХС, креатинін, глюкоза та калій) — у межах норми. На ЕКГ спостерігали синусовий ритм зі схильністю до брадикардії, ЕхоКГ — помірна ексцентрична ГЛШ, ФВ ЛШ була задовільною, УЗД судин шії та ніг — виражене потовщення КІМ обох внутрішніх сонних артерій до 1,3–1,4 мм (без гемодинамічно значущих стенозів).

Поведінкові особливості пацієнтки дають підставу класифікувати її характер як «дружній». Раніше вона працювала у страховій компанії. Можливо, наклався неусвідомлений вплив професійної діяльності, але вже на першому візиті кардіолог відчув її гіпертрофоване прагнення до безпеки. Вона намагалася зменшити ризики навіть у повсякденних життєвих ситуаціях, уникати відповідальності, водночас легко піддавалася впливу суспільної думки. Хворі з такими особливостями характеру ніколи не скандалять, не тиснуть і не скаржаться на лікарів, навпаки — ставляться до них з особливою повагою як до безумовних авторитетів. Вона досить довго і спокійно описувала лікарю свої симптоми, але її скарги не відрізнялися чіткістю та містили мало інформації про саму хворобу. Часом «дружня» особистість починала розповідати про членів своєї родини або відволікалася на симптоми, що не мали відношення до основного захворювання. Зовні вона виглядала м'якою, терплючою, з усім погоджувалася, однак приховувала власні почуття, щоб нікого не образити. Спеціаліст помітив, що це створювало певні труднощі з вибором правильної схеми ФТ. При призначенні будь-якого варіанта лікування такі хворі будуть неухильно його дотримуватися, навіть якщо підібрана схема є неефективною або фінансово обтяжливою. Часом «дружні» пацієнти соромляться повідомити про несприятливі побічні ефекти ЛЗ, які приймають. Досить часто після консультацій

фахівців такі хворі з ентузіазмом починають використовувати дорогі ЛЗ, а пізніше самостійно припиняють прийом (з огляду на фінансові труднощі), не наважуючись дізнатися в лікарів про доступність дешевших препаратів.

Кардіолог відмінив еналаприл з огляду на його неефективність і ацетилсаліцилову кислоту через недоцільність. Схема ФТ містила лише 2 АГЗ: індапамід вранці та лерканідипін увечері, а також статин у низькій дозі ввечері. Лікар порадив пацієнтці розширити руховий режим (щоденні прогулянки, праця на садовій ділянці) та дієту з обмеженням тваринних жирів і солоної їжі.

При взаємодії з «дружнім» пацієнтом головне завдання лікаря полягає в створенні атмосфери безпеки і невимушеного товариського спілкування. Говорити слід спокійно, «дружній» тип особливо цінує увагу, сервіс і спільне прийняття рішень. Фармакотерапія має передбачати прийняття лікарем певних зобов'язань, наприклад, щодо постійного контролю стану здоров'я пацієнта. Такі особистості намагаються адаптуватися до оточення, для них важливою є думка друзів, родичів і сусідів. Часто звертаються за порадами до авторитетних осіб. При виборі ЛЗ слід віддавати перевагу недорогому і добре знайомому не лише лікарям, а й більшості пацієнтів. Таких хворих добре переконують висловлювання на кшталт «От, місяць тому зверталася старша пані з високим тиском, я їй призначив схожу схему препаратів, і ГК у неї вже не повторювалися».

Через 20 днів пацієнтка прийшла повторно, виглядала задоволеною, скарг не пред'являла, АТ — 130/75 мм рт.ст., ЧСС — 62 за 1 хв. Самопочуття поліпшилося, задишка зменшилася. За результатами самостійного вимірювання, АТ був у межах 130–140/70–75 мм рт.ст. Аналізи — у нормі, на ЕКГ зафіксовано синусовий ритм з нормальною ЧСС (58–60 уд/хв). Схему лікування не змінено.

Загальні принципи правильної побудови діалогів із пацієнтами

Слід пам'ятати, що ніхто не є абсолютно досконалим, немає як бездоганних лікарів, так і ідеальних пацієнтів. Проте в літературних джерелах є деякі вказівки, які можна вважати корисними у більшості ситуацій [2, 3, 5, 7].

1. Поставте свого пацієнта на перше місце — не себе, не колег-лікарів, не медичних сестер, не адміністративних працівників лікарні, не страхову компанію. Будьте захисником інтересів пацієнта.

2. Будьте співчутливими та чуйними за можливості.

3. Ніколи не відповідайте гнівом на гнів (або іншу неприємну ситуацію).

4. Спробуйте зрозуміти, чому пацієнт діє або реагує саме таким чином. Можливо, це тимчасова втрата контролю або прихований підсвідомий страх.

5. Не засуджуйте. Можливо, ви поводити б себе так само в подібній ситуації?

6. Пам'ятайте про головну лікарську місію — надавати найкращу медичну допомогу всім

пацієнтам, незалежно від того, які в них характеристики та риси особистості.

7. Навіть поверхове розуміння лікарями особливостей психологічної поведінки пацієнтів під час консультацій дає змогу зрозуміти їхні очікування від фармакотерапії, поліпшити комунікативну взаємодію та прихильність до запропонованого лікування.

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція і дизайн дослідження, написання тексту — С.Д.Б., Ю.С.Р.;

збір та опрацювання матеріалу, редактування — С.Д.Б., Ю.С.Р., М.М.З.

Список літератури

1. Абдюрахімова Ц, Мухаровська І, Клебан К, Сапон Д, Калачов О. Особливості комунікації у медичному середовищі (методичні рекомендації). Психосоматична медицина та загальна практика. 2020;5(1):e04501212. <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v5i1.212>.
2. Лукашевич Н.П. Теория и практика самоменеджмента. Киев: МАУП; 2002.360 с.
3. Філоненко ММ. Психологія спілкування. Київ: Центр учбової літератури; 2008. https://lkkp.at.ua/_id/0/24_-_.pdf.
4. Чертков ЮІ, Загорий ГВ. Чему не научат в медицинском вузе. Тренинг для врачей. Часть I. Киев; 2009.
5. Hendriks J, Smets EM, Vrieling MR, et al. Is personality a determinant of patient satisfaction with hospital care? Int J Qual Health Care. 2006;18(2):152-8. doi: 10.1093/intqhc/mzi102.
6. Kretchy IA, Acheampong F, Laryea J, Osafo J, Asampong E, Dickson E. Personality Traits, Clinical Characteristics, and Health-Related Quality of Life of Patients with Hypertension in a Primary Hospital in Ghana. Int J Hypertens. 2019 Jan 2;2019:7489875. doi: 10.1155/2019/7489875. PMID: 30719339; PMCID: PMC6334340.
7. Larsen LT, Cecchini M. Connective and tactfully tactical: connective tactics and professional. Authority in doctor-patient relationships. Journal Social Science and Medicine. 22 April 2023. doi: 10.1016/j.socscimed.2023.115924.
8. Redelmeier DA, Najeeb U, Etchells EE. Understanding patient personality in medical care: five-factor model. Journal Gen Intern Med. 2021 Jul;36(7):2111-14. doi: 10.1007/s11606-021-06598-8.

S. D. Bablyak¹, Y. S. Rudyk², M. M. Zayats¹

¹ Danylo Halytsky Lviv National Medical University

² GI «L.T. Mala National Therapy Institute of NAMS of Ukraine», Kharkiv

Effects of psychological characteristics of patients with hypertension on their adherence to treatment. Analysis of clinical cases

Objective — to acquaint cardiologists and family medicine doctors with modern treatment approaches that take into account the psychological characteristics of patients. The professional activity of therapeutic doctors is to a large extent (especially in comparison with surgical and anesthesiology specialties) related to the need to develop communication skills, since patients differ not only in clinical features, but also in psychological traits that are revealed in the process of diagnosis and treatment. The authors performed the analysis of four clinical cases with a detailed description of socio-demographic and behavioral characteristics of patients who ask for a cardiologist's consultation for the purpose of correcting drug treatment. In addition to the analysis of complaints, anamnesis and data from laboratory and instrumental examinations, typical problems of communication with «difficult» patients have been described and practical recommendations were provided. Four variants of the possible behavior of patients are presented, determined by their psychological characteristics and manifested during communication with doctors of a therapeutic profile. The following psychotypes were chosen as «classical»: «expressive», «directive», «analytical» and «friendly». For the first two, a characteristic feature is the presence of a high level of authority in the process of communicating with interlocutors, and for the last two — a low level. Also, «analytical» and «directive» personalities are marked by a significantly higher degree of self-control compared to «expressive» and «friendly». Doctors mostly come into contact with patients who combine the features of two psychotypes with the dominance of one of them. Physicians' understanding of the therapeutic profile of patients' psychological characteristics will allow understanding their expectations and improving adherence to pharmacotherapy.

Keywords: arterial hypertension, psychological types, communication with patients, adherence to treatment.

ДЛЯ ЦИТУВАННЯ

Бабляк СД, Рудик ЮС, Заяць ММ. Вплив на прихильність до лікування пацієнтів із артеріальною гіпертензією через врахування їхніх психологічних особливостей. Розбір клінічних випадків. Український терапевтичний журнал. 2023;3:53-61. <http://doi.org/10.30978/UTJ2023-3-53>.

Bablyak SD, Rudyk YS, Zayats MM. Effects of psychological characteristics of patients with hypertension on their adherence to treatment. Analysis of clinical cases. Ukrainian Therapeutic Journal. 2023;3:53-61. <http://doi.org/10.30978/UTJ2023-3-53>. Ukrainian.