



УДК 159.9:616.62-003.7-085
<https://doi.org/10.26516/2304-1226.2022.42.34>

Анализ психологических факторов приверженности терапии пациентов с мочекаменной болезнью

Д. В. Зайцева*

Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург, Россия

Аннотация. Исследуется роль психологических факторов приверженности терапии пациентов клиники мочекаменной. Демонстрируются результаты исследования, согласно которым на стационарном этапе лечения пациенты имеют высокую и среднюю степени приверженности терапии. Определяются факторы, влияющие на степень приверженности: тип отношения к болезни и степень фрустрированности состоянием здоровья. Так, у пациентов с высокой приверженностью терапии отмечается преобладание адаптивных реакций на болезнь, а со средней – дезадаптивных. У высокоприверженных пациентов уровень социальной фрустрированности достоверно ниже по показателям фрустрированности состоянием собственного здоровья и социально-экономическим положением.

Ключевые слова: психологические факторы приверженности терапии, приверженность терапии, комплаенс, следование назначенной терапии, модификация образа жизни, мочекаменная болезнь.

Для цитирования: Зайцева Д. В. Анализ психологических факторов приверженности терапии пациентов с мочекаменной болезнью // Известия Иркутского государственного университета. Серия Психология. 2022. Т. 42. С. 34–47. <https://doi.org/10.26516/2304-1226.2022.42.34>

Original article

The Analysis of Psychological Factors of Compliance to Treatment of Persons with the Kidney Stone Disease

D. V. Zaitseva*

Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russian Federation

Abstract. The issue of compliance to treatment is drawn a lot of attention to nowadays due to the shift to the bio-psycho-social paradigm. Multiple studies stress the role of psychological factors of compliance; in the clinic of the kidney stone disease though these factors are understudied. The study has found that at the hospital treatment stage persons have high and medium level of compliance to treatment. The factors influencing the level of compliance are the type of attitude to the disease and the level of health frustration. Thus, the patients with a high level of compliance tend to have adaptive reactions to a disease, while those with a medium level show maladaptive reactions. The patients with a high level of compliance show social frustration, which is significantly lower according to the indices of frustration of one's own health and of socio-economic status.

Keywords: psychological factors of compliance to treatment, compliance to treatment, compliance, following the prescribed therapy, life style change, kidney stone disease.

© Зайцева Д. В., 2022

*Полные сведения об авторе см. на последней странице статьи.
For complete information about the author, see the last page of the article.

For citation: Zaitseva D.V. The Analysis of Psychological Factors of Compliance to Treatment of Persons with the Kidney Stone Disease. *The Bulletin of Irkutsk State University. Series Psychology*, 2022, vol. 42, pp. 34-47. <https://doi.org/10.26516/2304-1226.2022.42.34> (in Russian)

Введение

Проблема приверженности терапии в современной медицине является чрезвычайно актуальной, поскольку при лечении практически всех заболеваний следование пациентами назначениям врача оказывает существенное влияние на исход проводимой терапии [Adherence to long-term therapies ... , 2003]. Смене парадигм в понимании взаимоотношений врача и пациента и их влияния на эффективность лечения способствовало развитие новых концепций здоровья. Так, с развитием биопсихосоциальной модели вовлеченность пациента в процесс лечения рассматривается как важный фактор эффективности по сравнению с традиционной медицинской моделью, где врач занимал позицию «над», полностью руководя всей терапией. В настоящее время терапия рассматривается как сложный и многокомпонентный процесс, который включает не только физиологические и биологические, но и психологические и социальные аспекты [Биопсихосоциальный подход в медицине ... , 2014; Конради, 2007].

Исследования приверженности терапии, проведенные в соматической медицине, показывают, что психологические факторы, например самооценка [Psychological Factors of Long-Term ... , 2020], особенности мотивационной сферы и установки [Factors affecting therapeutic ... , 2008], навыки совладания со стрессовыми ситуациями [Gonzalez, Tanenbaum, Commissariat ... , 2016], такие черты личности, как нейротизм, [Axelsson, 2013], способны оказать существенное влияние на весь процесс терапии и в значительной мере изменить результаты лечения. Так, например, исследование, проведенное на выборке пациентов с ревматоидным артритом, демонстрирует, что наиболее высокие показатели по степени приверженности терапии отмечаются у пациентов, способных более осознанно подходить к постановке целей и соотносить их с собственными возможностями [Contribution of Personality Traits ... , 2020].

В клинике урологии на сегодняшний день проводятся многочисленные исследования, направленные на изучение качества жизни пациентов [Субъективная оценка качества ... , 2013; Arafah, Rabah, 2010; Quality of life ... , 2020], оценку тревожно-депрессивного состояния пациентов и уровня дистресса в связи с заболеванием [Psychological Distress in Patients ... , 2022]. Однако проблема влияния психологических факторов на степень приверженности терапии в урологической клинике остается не изученной.

Мочекаменная болезнь, или уролитиаз, оценивается как самое распространенное заболевание среди других урологических патологий и имеет высокую частоту рецидивирования. Согласно проведенным исследованиям, около 50 % пациентов имели хотя бы один случай рецидива, а у 10 % пациентов отмечается многократное рецидивирование [Guidelines on Urolithiasis, 2015]. На повторное образование камней влияют такие факторы, как химический состав камня, тяжесть заболевания, следование послеоперационным

рекомендациям врача. При этом показано, что следование самым простым предписаниям врача способно значительно снизить риск рецидива; так, потребление жидкости для достижения суточного объема мочи не менее 2,5 литра снижает частоту рецидива мочекаменной болезни с 27 до 12,1 % [Оценка качества жизни ... , 2010], но, по имеющимся данным, этой рекомендации следует менее 50 % пациентов [Factors Associated with Compliance ... , 2017]. Однако практика показывает, что пациенты, несмотря на получение от врачей информации о необходимой диете и соблюдении несложных правил, не следуют этим рекомендациям в послеоперационном периоде и повторно нуждаются в оперативном лечении. В связи с этим исследование психологических факторов формирования приверженности терапии у урологических пациентов приобретает особое значение в связи с профилактикой повторного камнеобразования, что представляется важным направлением восстановительного лечения.

Проведенное нами ранее исследование на выборке пациентов с мочекаменной болезнью показало достаточно высокую информированность пациентов о собственном заболевании, вместе с тем выявлено, что степень сформированности установок на следование терапии выше у пациентов с высокой степенью приверженности терапии, чем в группе пациентов со средней приверженностью [Зайцева, Исурина, 2022]. Это означает, что наличие четких установок на следование терапии определяет и соответствующее поведение. С другой стороны, информированности о заболевании и методах терапии недостаточно для формирования установок и поведенческих паттернов для модификации образа жизни и формирования высокой приверженности. Основываясь на полученных результатах, можно предположить, что психологические особенности пациентов могут оказывать значительное влияние на формирование установок и паттернов поведения, направленных на следование терапии и, как следствие, формирование степени приверженности терапии, таких работ в отечественной клинической психологии на настоящий момент практически нет. В связи с этим целесообразным представляется рассмотрение внутренней картины болезни, а также особенностей социальных взаимоотношений пациента, которые рядом авторов включаются как один из компонентов внутренней картины болезни.

Анализ теоретических представлений демонстрирует, что наряду с физиологическими компонентами переживания болезни (наличие болевых ощущений, степень их выраженности и т. д.) важную роль играют и субъективное восприятие человеком собственного заболевания, а также информированность о заболевании, степень сформированности установок на модификацию образа жизни и выполнение медицинских процедур. Таким образом, внутренняя картина болезни представлена как целостный и многокомпонентный психологический феномен, отражающий как индивидуальные особенности переживаний пациента, связанных с его заболеванием (эмоциональный компонент), так и представления пациента о заболевании и терапии (когнитивный компонент). Помимо указанных выше факторов, можно выделить и наличие социальных факторов, таких как изменение взаимоотноше-

ний пациента с друзьями и родственниками, изменение профессиональных отношений и пр., что также оказывает влияние на восприятие пациентом собственного заболевания и поведения, направленного на борьбу с болезнью [Малкина-Пых, 2005].

В связи с этим актуальным является изучение психологических факторов, влияющих на приверженность лечению у пациентов с мочекаменной болезнью, в частности внутренней картины болезни и степени социальной фрустрированности.

Целью данного исследования ставилось изучение психологических факторов, воздействующих на формирование степени приверженности терапии у пациентов с мочекаменной болезнью. В качестве гипотез исследования были выдвинуты предположения о том, что тип отношения к болезни и уровень социальной фрустрированности влияют на формирование степени приверженности терапии у пациентов с мочекаменной болезнью.

Организация и методы исследования

Характеристика выборки. В исследовании приняли участие 72 пациента (29 мужчин и 43 женщины) в возрасте от 40 до 78 лет (средний возраст – $50 \pm 7,2$), находившихся на стационарном лечении в клинике урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И. П. Павлова. Критерии включения в исследование были следующие: локализация конкремента в почке (N20.0 по МКБ-10), возраст от 40 лет, наличие повторных госпитализаций. Соответственно, критерии исключения из исследования следующие: расположение камня в мочеточнике, мочевом пузыре и уретре (N20.1, N21.0, N21.1 по МКБ-10), возраст до 40 лет, отсутствие повторных госпитализаций.

Исключение пациентов с расположением конкремента вне почки связано с особенностями течения заболевания, в частности, пациенты с камнем в мочеточнике испытывают выраженный болевой синдром, что повышает степень приверженности терапии, однако в краткосрочной перспективе. Аналогичным образом были исключены из выборки пациенты в возрасте младше 40 лет, так как камнеобразование в более молодом возрасте связано с нарушением обменных процессов организма и, как следствие, имеет иной тип течения заболевания.

Методы психологической диагностики. В исследовании применялись клиничко-психологический и психодиагностический методы. Клиничко-психологический метод (беседа) был направлен на выявление и уточнение социально-демографических характеристик пациентов и их актуального клинического состояния. Психодиагностический метод применялся с целью изучения индивидуально-психологических характеристик и осуществлялся с помощью следующих методик:

1) опросника «Уровень комплаенса», разработанного коллективом авторов (Р. В. Кадыровым, О. Б. Асриян, С. А. Ковальчуком) в Тихоокеанском государственном медицинском университете и направленного на выявление общего уровня комплаентности и ее отдельных компонентов – социального

(стремление следовать и соответствовать данным врачом предписаниям с ориентацией на социальное поощрение), эмоционального (следование назначениям врача в силу повышенной впечатлительности и чувствительности пациента) и поведенческого (соблюдение предписаний врача как следствие стремления преодолеть заболевание, которое воспринимается как препятствие) [Кадыров, Асриян, Ковальчук, 2014];

2) методики диагностики типов отношения к болезни, разработанной в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева. Методика позволяет диагностировать 12 типов отношения к болезни: гармоничный, эргопатический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический, которые образуют три блока по критериям адаптивности/дезадаптивности и интрапсихической/интерпсихической направленности. Последние два выделяются в случае дезадаптивного характера отношения к болезни [Вассерман, Щелкова, 2014];

3) методики «Уровень социальной фрустрированности» Л. И. Вассермана в модификации В. В. Бойко, разработанной для оценки социального благополучия [Вассерман, Иовлев, Беребин, 2004]. Тест оценивает уровень удовлетворенности/неудовлетворенности в 20 сферах отношений личности, из которых в дальнейшем выделяется 5 блоков: удовлетворенность взаимоотношениями с близкими, удовлетворенность ближайшим социальным окружением, удовлетворенность социальным статусом, удовлетворенность социально-экономическим положением, удовлетворенность собственным здоровьем и работоспособностью.

Процедура. Обследование пациентов включало клиническую беседу и собственно психодиагностическое исследование.

Статистические критерии. Для анализа показателей степени приверженности терапии, а также типов отношения к болезни использовались методы описательной статистики. Сравнительный анализ уровня социальной фрустрированности в двух группах проводился с использованием статистического критерия U Манна – Уитни. Проверка основной гипотезы проверялась путем использования линейного регрессионного анализа. Для расчетов применялся пакет программного обеспечения SPSS 19.0. Статистическая достоверность – при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

На основании результатов исследования приверженности терапии (методика «Уровень комплаенса») пациенты были разделены на две группы: пациенты с высокой степенью приверженности терапии ($n = 41$, средний балл $90,29 \pm 8,2$) и пациенты со средней степенью приверженности терапии ($n = 31$, средний балл $70,77 \pm 7,8$). Пациентов с низкой степенью приверженности терапии при проведении данного исследования выявлено не было.

Результаты исследования типов отношения к болезни у пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии. Результаты исследова-

дования типов отношения к болезни (методика ТОБОЛ) были подвергнуты частотному анализу; для этого данные были сгруппированы в три блока: первый блок – адаптивные реакции, второй и третий блоки отражают наличие психической дезадаптации в зависимости от направленности реагирования на болезнь (интерпсихический и интрапсихический), данные представлены в табл. 1.

Таблица 1

Представленность блоков типов отношения к болезни в группах пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии ($n = 72$)

Блоки типов отношения к болезни	Высокая приверженность ($n = 41$)	%	Средняя приверженность ($n = 31$)	%
Адаптивный	30	73	10	32
Интерпсихический	2	5	8	26
Интрапсихический	9	22	13	42

Распределение демонстрирует, что в группе пациентов с высокой степенью приверженности адаптивные реакции на болезнь отчетливо преобладают над дезадаптивными. В группе со средней степенью приверженности терапии отмечается обратная тенденция – реакции из дезадаптивных блоков (интрапсихический и интерпсихический) преобладают над адаптивными.

Также данные были проанализированы, исходя из ведущей реакции на заболевание, результаты показаны в табл. 2.

Таблица 2

Представленность типов реагирования на заболевание в группах пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии ($n = 72$)

Тип реагирования на болезнь	Высокая приверженность ($n = 41$)	%	Средняя приверженность ($n = 31$)	%
Гармоничный	10	24	1	3
Эргопатический	11	27	5	16
Анозогностический	9	22	4	13
Тревожный	4	10	3	3
Ипохондрический	3	7	4	13
Неврастенический	1	2	5	16
Апатический	0	0	1	3
Сенситивный	1	2	4	13
Эгоцентрический	0	0	1	3
Дисфорический	1	2	3	3
Паранойальный	1	2	0	0

Результаты свидетельствуют, что в группе пациентов с высокой степенью приверженности терапии отмечается преобладание адаптивных типов реагирования на болезнь: гармоничный, эргопатический, анозогностический. В группе со средней приверженностью терапии отмечается преобладание реакций на болезнь из дезадаптивных блоков: неврастенический, ипохондрический и сенситивный. Следует отметить, что неадаптивные реакции, преобладающие в группе пациентов со средней степенью приверженности терапии, практически не встречаются в группе пациентов с высокой степенью приверженности. Таким образом, в группе пациентов с высокой степе-

нюю приверженности терапии отмечается преобладание реакций на заболевание, относящихся к адаптивному блоку. В группе со средней приверженностью преобладают реакции дезадаптивного блока.

Результаты исследования уровня социальной фрустрированности у пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии. Для сравнения уровня социальной фрустрированности (методика «Уровень социальной фрустрированности») у пациентов с разной степенью приверженности терапии использовался *U*-критерий Манна – Уитни, результаты обработки представлены в табл. 3.

Таблица 3

Средние значения показателей разных уровней социальной фрустрированности в группах пациентов с высокой и средней степенью приверженности терапии ($n = 72$)

Шкала	Средние значения		Уровень статистической значимости по <i>U</i> -критерию Манна – Уитни (<i>p</i>)
	Высокая приверженность	Средняя приверженность	
Общая социальная фрустрированность	30,12±1,6	44,94±3,53	0,003
Фрустрированность социально-экономическим положением	30,83±2,18	44,00±3,21	0,008
Фрустрированность состоянием здоровья	30,51±2,3	44,42±3,41	0,005

Данные демонстрируют достоверные различия между группами по следующим показателям: «общая социальная фрустрированность», «фрустрированность социально-экономическим положением» и «фрустрированность состоянием здоровья». В группе со средней степенью приверженности терапии выявляется большая социальная фрустрированность по всем перечисленным выше показателям по сравнению с группой с высокой степенью приверженности терапии. В группе пациентов с высокой степенью приверженности терапии показатели фрустрированности по описанным шкалам достоверно ниже.

Результаты исследования психологических факторов формирования приверженности терапии. Для выявления психологических факторов формирования приверженности терапии был проведен регрессионный анализ. В качестве зависимой переменной был выбран показатель уровня приверженности терапии, а в качестве независимых переменных – степень социальной фрустрированности и тип отношения к болезни. Было построено несколько моделей взаимосвязи психологических характеристик с уровнем приверженности терапии, результаты даны на табл. 4.

Представленные данные показывают достоверность регрессионной модели. В качестве наиболее информативных моделей были выбраны две независимые переменные, которые более всего влияют на зависимую переменную ($R^2 = 0,219$): тип реакции на заболевание (адаптивный и неадаптивный) и удовлетворенность социально-экономическим положением. Таким образом, около 20 % дисперсии зависимой переменной определяется исходными параметрами. Линейная модель достоверна на уровне $p = 0,005$.

Таблица 4

Достоверность регрессионной модели зависимости приверженности терапии от типа отношения к болезни и уровня социальной фрустрированности

	Модель	Сумма квадратов	Ст. св.	Средний квадрат	F	Значимость
1	Регрессия	1466,1	1	1466,1	11,7	0,001
	Остаток	8754,9	70	125,0	–	
	Всего	10221,1	71	–	–	
2	Регрессия	2236,8	2	1118,4	9,6	0,000
	Остаток	7984,2	69	115,7		
	Всего	10221,1	71	–		

В табл. 5 представлен анализ данных, демонстрирующих зависимость параметра «приверженность терапии» от типа отношения к болезни и степени социальной фрустрированности.

Таблица 5

Модель регрессионной зависимости приверженности терапии от параметров «тип отношения к болезни» и «удовлетворенность социально-экономическим положением»

Модель		Коэффициенты			t	Значимость
		Нестандартизованные		Стандартизованный		
		B	Стат. ошибка			
1	Приверженность	85,92	1,76	–	48,59	0,000
	Тип отношения к болезни	–9,08	2,65	–0,37	–3,42	0,001
2	Приверженность	90,71	2,51	–	36,02	0,000
	Тип отношения к болезни	–8,90	2,55	–0,37	–3,48	0,001
	Удовлетворенность социально-экономическим положением	–3,83	1,48	–0,27	–2,58	0,012

Результаты показывают, что параметр «удовлетворенность социально-экономическим положением» имеет отрицательную связь со степенью приверженности терапии (Бета = $-0,27$), таким образом, при повышении уровня социальной фрустрированности наблюдается снижение степени приверженности терапии. Аналогичным образом отмечается влияние типа отношения к болезни на степень приверженности терапии (Бета = $-0,37$): при увеличении количества дезадаптивных реакций отмечается снижение степени приверженности терапии.

Исходя из представленного анализа, можно заключить, что факторами, оказывающими позитивное влияние на степень приверженности терапии, выступают адаптивная реакция на заболевание и низкая степень фрустрированности пациента собственным социально-экономическим положением. Повышение уровня социальной фрустрированности ведет к снижению степени приверженности терапии, аналогичным образом – повышение количества неадаптивных реакций снижает степень приверженности терапии.

Исследование типов отношения к болезни показало, что в группе высокоприверженных пациентов преобладают реакции, относящиеся к блоку адаптивных реакций, такие как гармоничный, эргопатический и анозогнози-

ческий типы. Гармоничный и эргопатический типы реагирования на заболевание относятся к первому блоку, для которого не характерно значительное нарушение ни психической, ни социальной адаптации. Пациентам с данными типами отношения к болезни свойственно активное включение в процесс лечения, соблюдение предписаний, но одновременно с этим может отмечаться неприятие роли больного. Эргопатическому типу свойственны нарушения критики в отношении собственного состояния, стремление сохранить свой профессиональный статус, несмотря на возможную тяжесть заболевания. Анозогностический тип характеризуется тем, что пациент стремится отбросить мысли о болезни, о возможных последствиях, а симптомы заболевания толкуются им как «несущественные» колебания самочувствия. Пациент в первую очередь стремится жить прежней жизнью, сохранять прежние увлечения и темп жизни, не принимая в расчет заболевание. Тем не менее ни в одном из данных вариантов не наступает выраженной дезадаптации. Пациенты с данными типами отношения к болезни могут быть более привержены терапии в силу страха потери работы или страха неспособности выполнять свою работу на том же уровне, на котором она выполнялась до начала заболевания. Поддержание собственного статуса в среде рабочего коллектива может стать для данной категории пациентов значимым стимулом к соблюдению предписаний врача. У пациентов с анозогностическим типом отношения к болезни может наблюдаться сходная картина – стремление сохранить свои увлечения, знакомых, активность и т. д., которые были до заболевания. Это будет стимулировать пациентов с данным типом отношения к болезни следовать назначениям врача, но, вероятнее всего, при таком типе отношения к болезни приверженность терапии не будет иметь постоянного характера и будут наблюдаться пропуски визитов к врачу либо частичное выполнение назначений, так как для пациента это будет слишком серьезным подходом, который, с его точки зрения, преувеличен врачами.

В группе пациентов со средней степенью приверженности терапии преобладают такие типы отношения к болезни, как эргопатический, неврастенический, сенситивный, анозогностический и ипохондрический, менее выражены тревожный и дисфорический. Данные типы отношения к болезни, за исключением эргопатического и анозогностического, относятся к блокам реакций, вызывающих психическую дезадаптацию.

Ипохондрическая и неврастеническая реакции на болезнь относятся ко второму блоку, при котором характерна интрапсихическая направленность. Дезадаптация, характерная для данного блока реакций, затрагивает преимущественно аффективную сферу, отмечаются реакции чрезмерной раздражительности, подавленности, реакции «капитуляции» перед заболеванием и т. д. Поведение пациентов с такими типами реагирования на болезнь отличается их чрезмерной сосредоточенностью на заболевании, они подробно рассказывают о симптомах и течении заболевания не только врачам, но и близким, друзьям. При наличии болезненных ощущений пациенты часто становятся раздражительными, нетерпеливыми в лечении и обследованиях.

Несмотря на то что пациенты с данными типами отношения к болезни способны следовать назначениям врача, одновременно с этим у них нет уверенности в том, что терапия или методы профилактики действительно способны побороть болезнь, также им может быть сложно последовательно и терпеливо выполнять врачебные назначения. Из-за сомнений в правильности выставленного диагноза или назначенной терапии пациенты склонны посещать разные клиники, менять методы терапии, не доводя до конца ни один. Невозможность добиться положительных результатов терапии в короткий срок может усиливать вспышки раздражительности, что в свою очередь негативно влияет на социальные взаимоотношения, вызывает утрату доверия и ощущения поддержки.

Таким образом, пациенты с интрапсихической реакцией на болезнь, несмотря на озабоченность заболеванием, зачастую могут не следовать назначениям врача, так как убеждены, что назначенная терапия не способна облегчить тяжесть заболевания или что те методы профилактики, которые были назначены, недостаточно эффективны, что ведет к снижению уровня приверженности терапии.

Третий блок реакций на заболевание характеризуется интерпсихической направленностью. Типы, относящиеся к данному блоку: сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный. Для сенситивного типа реагирования на болезнь характерны чрезмерная ранимость пациента, уязвимость, опасения, что окружающие изменят свое отношение к нему как к «больному человеку», страх стать обузой для своих родственников из-за болезни. При паранойяльном типе пациент склонен обвинять окружающих в собственном заболевании, неудачи терапии приписывать некомпетентности врачей или их «злему умыслу». Поведение пациента становится неадаптивным в силу частых вспышек гнева, раздражительности, чрезмерной требовательности не только к своим родным и близким, но также и к медицинскому персоналу, что в большинстве случаев негативно сказывается на построении доверительных отношений врача и пациента. После выписки такие пациенты часто пренебрегают мерами профилактики, что может провоцировать очередной рецидив заболевания. При дисфорическом типе реагирования на болезнь отмечается преобладание гневливо-мрачного аффекта, озлобленности, зависти к людям, не имеющим заболевания, даже если речь идет о людях из ближайшего окружения. Поведение таких пациентов может быть охарактеризовано как чрезмерно агрессивное по отношению к родственникам и медицинскому персоналу, заболевание выступает предметом манипулирования, основанием для исполнения малейших прихотей.

Таким образом, поведение пациентов с интерпсихическими реакциями на болезнь характеризуется наличием гневливого аффекта, подозрительностью и чрезмерной требовательностью к окружающим, что зачастую приводит к тому, что уже на этапе стационарного лечения таким пациентам сложно выстроить доверительные отношения с врачом, а частые конфликты с родственниками лишают пациентов поддержки.

Результаты исследования социальной фрустрированности показали, что для пациентов в группе со средней степенью приверженности терапии характерна большая неудовлетворенность состоянием здоровья и собственным социально-экономическим положением: материальным положением, жилищно-бытовыми условиями, проведением досуга и отдыха, положением в обществе. Опираясь на данные, полученные по методике для исследования типов отношения к болезни, можно предположить, что дезадаптивные реакции на заболевание способны негативно влиять на различные аспекты жизни пациента, например снижать его продуктивность в профессиональной сфере, усиливать концентрацию на заболевании (в частности, при ипохондрическом типе реагирования на болезнь). Болезнь становится ключевым событием в жизни личности, что в дальнейшем может привести к нарушению системы отношений и других сфер жизни пациента.

Анализ факторов, влияющих на уровень приверженности терапии, показал достоверную связь с типом отношения к болезни и уровнем социальной фрустрированности по критерию «социально-экономическое положение» ($p = 0,05$). Полученные данные позволяют предположить, что при формировании уровня приверженности терапии степень удовлетворенности пациентом собственным материальным положением, жилищно-бытовыми условиями и положением в обществе могут оказывать значительное влияние на приверженность терапии. Данная взаимосвязь представляется логичной в силу наличия большого количества публикаций, указывающих на важность экономического компонента. Многие медицинские процедуры и лекарственные препараты для ряда пациентов могут оказаться чрезмерно дорогостоящими: например, в группе пациентов со средней степенью приверженности 16 % указали на невозможность выполнения химического анализа камня из-за высокой стоимости данной процедуры (в то время как в группе пациентов с высокой приверженностью таких пациентов не оказалось), даже несмотря на то, что результаты химического анализа камня являются ключевым аспектом при построении дальнейшего плана терапии. Аналогичная тенденция наблюдается и в вопросах, связанных с диетой для пациентов с мочекаменной болезнью: 26 % пациентов в группе со средней степенью приверженности терапии отметили, что подобное питание является для них слишком дорогостоящим, а в группе пациентов с высокой приверженностью лишь 5 %.

Выводы

Подводя итог, можно заключить, что для пациентов с высоким уровнем приверженности терапии характерны меньшая степень социальной фрустрированности и преобладание адаптивных реакций на болезнь. В группе пациентов со средней степенью приверженности отмечается преобладание дезадаптивных реакций на заболевание, которые проявляются в виде лабильности аффекта, раздражительности, гневливости, недоверчивости. Подобные реакции отрицательно влияют на установление доверительных взаимоотношений с медицинским персоналом, а также способны лишить пациента поддержки со стороны ближайшего окружения.

Результаты исследования показывают, что тип реагирования на болезнь, степень социальной фрустрированности могут выступать в качестве опорных точек для работы с пациентами. Важность социального окружения пациента отмечается многими исследователями в терапии различных заболеваний, так как именно семья, друзья и ближайшее окружение выступают основным источником ресурса для пациента не только в период терапии, но и во время реабилитационного процесса. Значимым является и то, как сам пациент воспринимает свое заболевание, когда речь идет об отрицании болезни либо, наоборот, о преувеличении ее значимости в случае ипохондрической фиксации, возможно нарушение различных процессов в жизни пациента (семейные, рабочие, дружеские и т. д.), которые в дальнейшем, безусловно, отразятся на степени приверженности терапии и ее успешности [Социально-демографические факторы ... , 2019, с. 81; Fritsche, Dötzer, 2012, с. 345; Supporting Adherence to Medicines ... , 2019].

Полученные в результате исследования данные могут быть использованы при разработке основных направлений и конкретных методов клинико-психологических вмешательств, направленных на повышение степени приверженности терапии.

Список литературы

- Биопсихосоциальный подход в медицине: теория и практика реализации / Г. В. Кондратьев [и др.] // Успехи современного естествознания. 2014. Т. 9, № 1. С. 14–16.
- Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Березин М. А.* Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности и ее практическое применение : метод. рекомендации. СПб. : НИПНИ им. Бехтерева, 2004. 28 с.
- Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю.* Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности. СПб. : Скифия-принт, 2014. 408 с.
- Зайцева Д. В., Исурин Г. Л.* Анализ степени приверженности терапии пациентов с мочекаменной болезнью на этапе стационарного лечения // Вестник психотерапии. 2022. № 83. С. 40–48
- Кадыров Р. В., Асриян О. Б., Ковальчук С. А.* Опросник «Уровень комплаентности». Владивосток : Мор. гос. ун-т, 2014. 74 с.
- Конради А. О.* Значение приверженности к терапии в лечении кардиологических заболеваний // Справочник поликлинического врача. 2007. Т. 4, № 6. С. 8–12
- Малкина-Пых И. Г.* Психосоматика : справ. практ. психолога. М. : Эксмо, 2005. 992 с.
- Оценка качества жизни пациентов, страдающих хронической идиопатической крапивницей / В. И. Петров [и др.] // Вестник ВолГМУ. 2010. Т. 4, № 36. С. 38–41
- Социально-демографические факторы приверженности к лечению при фибрилляции предсердий: взгляд психолога / Е. А. Шепелева [и др.] // Современная зарубежная психология. 2019. Т. 8, № 3. С. 78–87. <https://doi.org/10.17759/jmfp.2019080309>
- Субъективная оценка качества жизни пациентов, страдающих уролитиазом / Е. В. Рязанцев [и др.] // Вестник Мордовского университета. 2013. Т. 1, № 2. С. 123–125.
- Adherence to long-term therapies: evidence for action / World Health Organization, 2003. 111 p. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682> (date of access: 22.10.22)
- Arafa M., Rabah D.* Study of quality of life and its determinants in patients after urinary stone fragmentation // Health Qual Life Outcomes. 2010. Vol. 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-119>
- Axelsson M.* Report on personality and adherence to antibiotic therapy: a population-based study // BMC Psychology. 2013. Vol. 1. <https://doi.org/10.1186/2050-7283-1-24>
- Contribution of Personality Traits, Psychological Factors, and Health-Related Quality of Life to Medication Adherence in Patients with Rheumatoid Arthritis / K. Ko [et al.] // Yonsei Medical Journal. 2020. Vol. 61, N 5. P. 406–415. <https://doi.org/10.3349/ymj.2020.61.5.406>

Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective / J. Jin [et al.] // *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 2008. Vol. 4, Is. 1. P. 269–286. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S1458>

Factors Associated with Compliance to Increased Fluid Intake and Urine Volume Following Dietary Counseling in First-Time Kidney Stone Patients / A. Khambati [et al.] // *Journal of Endourology*. 2017. Vol. 31, N 6. P. 605–610

Fritsche H. M., Dötzer K. Improving the Compliance of the Recurrent Stone-former // *Arab Journal of Urology*. 2012. Vol. 10. Is. 3. P. 342–346. <https://doi.org/10.1016/j.aju.2012.07.003>

Gonzalez J., Tanenbaum M., Commissariat P. Psychosocial factors in medication adherence and diabetes self-management: Implications for research and practice // *American Psychologist Journal*. 2016. Vol. 71, N 7. P. 539–551. <https://doi.org/10.1037/a0040388>

Guidelines on Urolithiasis / C. Türk (Chair) [et. al.]. European Association of Urology, 2015. 82 p. Available at: <https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/EAU-Guidelines-Urolithiasis-2015.pdf> (date of access: 22.10.22)

Psychological Distress in Patients with Urolithiasis: A Systematic Review and Meta-Analysis / E. N. Neil [et al.] // *The Journal of Urology*. 2022. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000003032>

Psychological Factors of Long-Term Dietary and Physical Activity Adherence among Chinese Adults with Overweight and Obesity in a Community-Based Lifestyle Modification Program: A Mixed-Method Study / A. W. Y. Leung [et al.] // *Nutrients*. 2020. Vol. 12, N 5. <https://doi.org/10.3390/nu12051379>

Quality of life in patients with kidney stones: translation and validation of the Spanish Wisconsin Stone Quality of Life Questionnaire / M. Basulto-Martínez [et al.] // *Urolithiasis*. 2020. Vol. 48, N 5. P. 419–424

Supporting Adherence to Medicines for Long-Term Conditions / R. Horne [et al.] // *European Psychologist*. 2019. Vol. 24, Is. 1. P. 82–96. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000353>

References

Kondrat'ev G.V. et. al. Biopsihosocial'nyj podhod v medicine: teorija i praktika realizacii [Biopsychosocial approach in medicine: theory and practice of implementation]. *Uspehi sovremennogo estestvoznaniya* [Successes of Modern Natural Science], 2014, vol. 9, no 1, pp. 14–16. (in Russian)

Vasserman L.I., Iovlev B.V., Berebin M.A. *Metodika dlja psihologicheskoj diagnostiki urovnja social'noj frustirovannosti i ejo praktičeskoe primenenie. Metodicheskie rekomendacii* [Methods for psychological diagnosis of the level of social frustration and its practical application. Guidelines]. Saint Petersburg, NIPNI im. Behterev Publ., 2004, 28 p. (in Russian)

Vasserman L.I., Shhelkova O.Ju. *Psihologičeskaja diagnostika rasstrojstv jemocional'noj sfery i ličnosti* [Psychological diagnosis of disorders of the emotional sphere and personality]. Saint Petersburg, Skifija-print Publ., 2014, 408 p. (in Russian)

Zajceva D. V., Isurina G.L. Analiz stepeni priverzhennosti terapii pacientov s močekamennoj bolezn'ju na jetape stacionarnogo lečeniya [Analysis of the degree of adherence to therapy in patients with urolithiasis at the stage of in-hospital treatment]. *Vestnik psihoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy], 2022, no. 83, pp. 40–48 (in Russian)

Kadyrov R.V., Asrijan O.B., Koval'čuk S.A. Oprosnik “Uroven komplaentnosti” [Compliance Questionnaire]. Vladivostok, Morskoj Gosudarstvennyj universitet Publ., 2014, 74 p. (in Russian)

Konradi A.O. Znamenie priverzhennosti k terapii v lečenii kardiologičeskikh zabolevanij [The importance of adherence to therapy in the treatment of cardiac diseases]. *Spravočnik polikliničeskogo vracha* [Clinician's handbook], 2007, vol. 4, no. 6, pp. 8–12 (in Russian)

Malkina-Pyh I.G. *Psihosomatika: spravočnik praktičeskogo psihologa* [Psychosomatics: a reference book of a practical psychologist]. Moscow, Jeksmo Publ., 2005, 992 p. (in Russian)

Petrov V.I. et. al. Ocenka kachestva žizni pacientov, stradajušhiih hroničeskoi idiopatičeskoi krapivnicej [Assessment of the quality of life of patients suffering from chronic idiopathic urticaria]. *Vestnik VolGMU* [Bulletin of VolGMU], 2010, vol. 4, no. 36, pp. 38–41 (in Russian)

Shepeleva E.A. et. al. Socialno-demografičeskie faktory priverzhennosti k lečeniju pri fibrillacii predserdij: vzgljad psihologa [Socio-demographic factors of adherence to treatment in atrial fibrillation: a psychologist's view]. *Sovremennaja zarubežhnaja psihologija* [Modern Foreign Psychology], 2019, vol. 8, no. 3, pp. 78–87. <https://doi.org/10.17759/jmfp.2019080309> (in Russian)

Rjazancev E.V. et al. Sub'ektivnaja ocenka kachestva zhizni pacientov, stradajushhih urolitiazom [Subjective assessment of the quality of life of patients with urolithiasis]. *Vestnik Mordovskogo universiteta* [Bulletin of the Mordovian University], 2013, vol. 1. no. 2, pp. 123-125. (in Russian)

Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization, 2003, 111 p. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682> (date of access: 22.10.22)

Arafa M., Rabah D. Study of quality of life and its determinants in patients after urinary stone fragmentation. *Health Qual Life Outcomes*, 2010, vol. 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-119>

Axelsson M. Report on personality and adherence to antibiotic therapy: a population-based study. *BMC Psychology*, 2013, vol. 1. <https://doi.org/10.1186/2050-7283-1-24>

Ko K. et al. Contribution of Personality Traits, Psychological Factors, and Health-Related Quality of Life to Medication Adherence in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Yonsei Medical Journal*, 2020, vol. 61(5), pp. 406-415. <https://doi.org/10.3349/ymj.2020.61.5.406>

Jin J. et al. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 2008, vol. 4, is. 1, pp. 269-286. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S1458>

Khambati A. et al. Factors Associated with Compliance to Increased Fluid Intake and Urine Volume Following Dietary Counseling in First-Time Kidney Stone Patients. *Journal of Endourology*, 2017, vol. 31, no. 6, pp. 605-610

Fritsche H.M., Dötzer K. Improving the Compliance of the Recurrent Stone-former. *Arab Journal of Urology*, 2012, vol. 10, is. 3, pp. 342-346. <https://doi.org/10.1016/j.aju.2012.07.003>

Gonzalez J., Tanenbaum M., Commissariat P. Psychosocial factors in medication adherence and diabetes self-management: Implications for research and practice. *American Psychologist Journal*, 2016, vol. 71(7), pp. 539-551. <https://doi.org/10.1037/a0040388>

Türk (Chair) C. et al. *Guidelines on Urolithiasis*. European Association of Urology, 2015, 82 p. Available at: <https://d56bochlqxqz.cloudfront.net/documents/EAU-Guidelines-Urolithiasis-2015.pdf> (date of access: 22.10.22)

Neil E.N. et al. Psychological Distress in Patients with Urolithiasis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Urology*, 2022. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000003032>

Leung A.W.Y. et al. Psychological Factors of Long-Term Dietary and Physical Activity Adherence among Chinese Adults with Overweight and Obesity in a Community-Based Lifestyle Modification Program: A Mixed-Method Study. *Nutrients*, 2020, vol. 12(5). <https://doi.org/10.3390/nu12051379>

Basulto-Martínez M. et al. Quality of life in patients with kidney stones: translation and validation of the Spanish Wisconsin Stone Quality of Life Questionnaire. *Urolithiasis*, 2020, vol. 48, no 5, pp. 419-424

Supporting Adherence to Medicines for Long-Term Conditions / R. Horne [et al.]. *European Psychologist*, 2019. Vol. 24, no. 1, pp. 82-96 <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000353>

Сведения об авторе

Зайцева Дарья Викторовна
клинический психолог, аспирант, кафедра
медицинской психологии и психофизиологии
Санкт-Петербургский
государственный университет
Россия, 199034, г. Санкт-Петербург,
набережная Макарова, 6
e-mail: dashazaitseva.psy@gmail.com

Information about the author

Zaitseva Daria Victorovna
Clinical Psychologist, Postgraduate,
Department of Clinical Psychology
and Psychophysiology
Saint Petersburg State University
6, emb. Makarov, Saint Petersburg,
199034, Russian Federation
e-mail: dashazaitseva.psy@gmail.com