

**К.В. Горохов,
О.А. Корнилова**

Периодизация формирования приверженности к лечению

Данная статья является продолжением серии статей, посвященных психологии в паллиативной медицинской помощи при ВИЧ-инфекции. В ходе исследования нами была доказана гипотеза, что формирование приверженности к лечению — это процесс, разворачивающийся во времени, в целостном цикле которого происходит особого рода деление на качественно отличающиеся этапы. В статье представлено описание каждого этапа формирования приверженности к лечению пациентов, длительно или пожизненно принимающих лекарственные препараты, и приведена их краткая интерпретация.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция; психология; периодизация; приверженность к лечению; внутренняя картина болезни.

Процесс формирования адекватного отношения пациента к болезни и приверженности к лечению — вопрос медицинский, но основная его часть относится больше к психологии, так как в него включено сочетание компонентов теории утраты и внутренней картины болезни. Реакции личности на болезнь (стигматизация диагноза, калечащая операция и т. п.) и сама внутренняя картина болезни влияют не только на поведение пациента, но и на приверженность пациента к лечению.

Существует несколько классификаций внутренней картины болезни (ВКБ). Впервые данный термин был предложен Р.А. Лурией, по сути это комплекс факторов — личностных, объективных, субъективных, информационных — всего того, что относится к самой болезни, проявлению симптоматики, прогнозу лечения [2].

В то же время, когда мы говорим о любом заболевании, в том числе социально-значимом и особенно инфекционном или передаваемом половым путем, необходимо рассматривать воздействие на ВКБ теории утраты. С точки

зрения теории утраты, при вышеописанных заболеваниях мы имеем три составляющие, детерминирующие утрату:

- 1) утрата здоровья;
- 2) утрата доверия;
- 3) самостигматизация (утрата в собственных глазах достигнутого социального статуса).

В ходе рассмотрения ВКБ немаловажным фактором является оценка реакции личности на заболевание.

Существует множество классификаций типов реакции на болезнь, предложенных отечественными и зарубежными учеными, но в отношении ВИЧ-инфекции все же необходимо придерживаться классификаций, учитывающих социальную предрасположенность и последствия заболевания.

Одной из ведущих классификаций относительно ВИЧ-инфекции является типология «психосоциальных реакций на болезнь», предложенная в 1983 году Збигневом Липовски [3]. Рассмотрим основные концепты данной классификации.

1. Значение болезни:

- *болезнь как угроза* — проявляется в виде ухода в себя, противодействия действительности, внутренней борьбы, зачастую паранойяльной;
- *болезнь как утрата* — проявляется в виде соответствующих типов реакций: депрессии, растерянности, ипохондрии с попыткой привлечь к себе внимание, неприязни к приему препаратов необходимых для лечения ВИЧ-инфекции, нарушении режима лечебного учреждения и т. п.;
- *болезнь как выигрши* — характеризуется безразличием, жизнерадостностью, достаточно высокой степенью враждебности по отношению к медицинскому сопровождению;
- *болезнь как наказание* — сопровождается возникновением соответствующих реакций: угнетенности, стыда, гнева, тревоги, фрустрации.

2. Эмоциональные реакции на болезнь, обусловленные различными видами тревоги, горя, стыда, депрессии, вины.

3. Реакции преодоления и примирения с болезнью.

В то же время источников, описывающих сочетания реакций личности, теории утраты, компонентов, включенных в термин ВКБ, и процесса формирования приверженности к лечению, найти не удалось.

В связи с этим целью нашего исследования стала проверка гипотезы о том, что приверженность к лечению — это процесс, разворачивающийся во времени, в целостном цикле которого происходит особого рода деление на качественно отличающиеся этапы.

Для достижения поставленной цели мы выделили ряд задач:

1. Исследовать исходный уровень реактивных образований ВКБ на начальном этапе до и после тестового консультирования у контрольной и экспериментальной групп.

2. Провести психокоррекционные мероприятия в экспериментальной группе.
3. Изучить трансформации реактивных образований ВКБ, вызывающие негативное изменение внутренней картины болезни.
4. Определить, на какой стадии психотерапевтического процесса произошли данные изменения.

Диагностический аппарат основан на эмпирических методах исследования — тестологическом исследовании и статистическом анализе полученных данных.

Использованные методики:

- клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич);
- дифференциальный опросник переживания одиночества (Е.Н. Осин, Д.А. Леонтьев);
- шкала объективизации качества жизни больных с психосоматическими заболеваниями (П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новиков);
- Я-структурный тест Аммона (URL: <http://psylab.info.html>);
- шкала стадий психотерапевтического процесса.

Работа выполнялась в медучреждениях трех регионов Южного федерального округа: Южном окружном центре по профилактике и борьбе со СПИДом Роспотребнадзора РФ (Ростовская область), Кисловодском филиале Краевого центра СПИД (Ставропольский край), — которые оказывают медицинскую помощь пациентам с ВИЧ/СПИД на высоком научно-методическом уровне; а также в Новопокровской центральной районной больнице (Краснодарский край), оказывающей медицинскую помощь в том числе людям с ВИЧ/СПИД.

В нашем исследовании принимали участие пациенты с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция. Были сформированы группы контроля и эксперимента по 58 человек в каждой. Общее количество мужчин — 76 человек (65,5 %), женщин — 40 человек (34,5 %).

Возрастные характеристики пациентов в контрольной и экспериментальной группах мало отличаются по представленным возрастам и их удельному весу. Средний возраст респондентов в группах составил 35,06 года, средний возраст женщин — 34,1 года, мужчин — 35,57 года.

Теоретическая значимость наших исследований связана с расширением теоретических представлений о процессе формирования приверженности к лечению, применении технологий суггестивного воздействия в целях коррекции внутренней картины болезни, повышения у личности способности к усилию, личной компетентности и ответственности [1].

Практическая значимость работы состоит в изучении и внедрении методов коррекции внутренней картины болезни у основной социально-адаптированной группы людей, живущих с ВИЧ/СПИД (ЛЖВС), что особенно актуально на фоне напряженной эпидемиологической обстановки по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации, «старения» эпидемии и вовлечения в нее социально-адаптированных групп населения.

Результаты исследования и их интерпретация. Приведем пример статистического анализа на основе расчета шкалы тревоги методики «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний» в экспериментальной группе на начало и конец исследования.

Данные. Приведены результаты опроса 58 человек, составляющих экспериментальную группу исследования, до и после проведения психоинтервенции.

Методы исследования:

1. Сравнение основных показателей качества жизни до и после проведения психоинтервенции для связанных (зависимых) выборок. Проверка гипотез о статистической значимости различий осуществлялась с помощью параметрического критерия *Стьюдента* и непараметрического критерия *Вилкоксона* для связанных выборок. Также был произведен расчет размера эффекта *d* (по Коэну).

2. Сравнение контрольной группы и группы после проведения психоинтервенции. Проверка гипотез о статистической значимости различий осуществлена с помощью параметрического критерия *Стьюдента* и непараметрического критерия *Вилкоксона* для независимых выборок. Произведен расчет размера эффекта *d* (по Коэну).

Изучено распределение показателей шкалы тревоги до и после проведения психоинтервенции по диаграмме плотности (рис. 1).

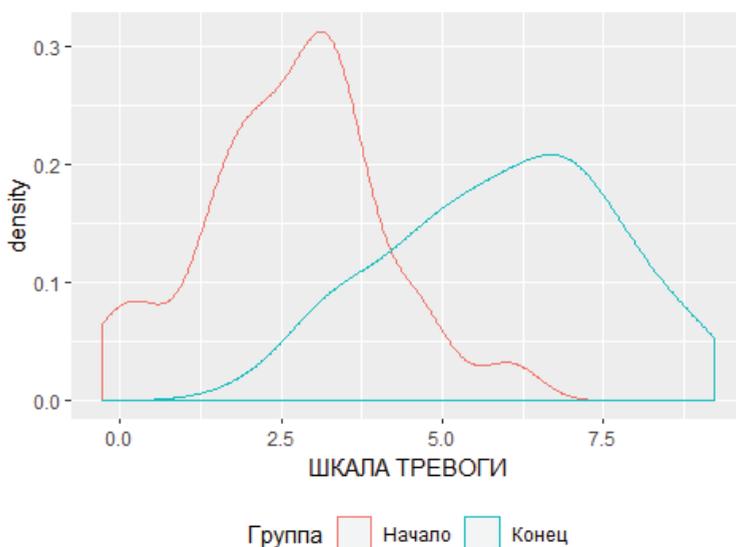


Рис. 1. Диаграмма плотности показателей шкалы тревоги до и после проведения психоинтервенции

При анализе диаграммы хорошо видно, что распределение показателей шкалы тревоги после терапии (ряд «Конец») находится правее, то есть имеет в среднем большие значения. Ниже в таблице 1 представлены средние значения двух выборок до и после психоинтервенции.

Таблица 1

Средние значения показателей шкалы тревоги до и после проведения психointервенции

Шкала тревоги	
Период	<i>M</i> — среднее значение по шкале (баллы)
Начало	2,65
Конец	5,98

Разница средних значений свидетельствует (но еще не доказывает) об эффективности лечения. Для того чтобы распространить этот вывод на генеральную совокупность, следует проверить статистическую гипотезу о равенстве распределений двух выборок в генеральных дисперсиях.

Проверку гипотезы о нормальности сделаем с помощью критерия Шапиро – Уилка. В таблице 2 приведены *p*-значения. Если *p*-значение больше 0,05, то гипотеза о нормальности не отклоняется.

Таблица 2

***P*-значения для критерия Шапиро – Уилка показателей шкалы тревоги до и после проведения психointервенции**

Шкала тревоги	
Период	<i>p</i> -значение (квантиль) для критерия Шапиро – Уилка
Начало	0,42
Конец	0,51

Данные, представленные в таблице 2, показывают, что в обеих выборках гипотеза о нормальности не отклоняется, так как *p*-значения больше 0,05. Строго говоря, мы не можем таким образом доказать нормальность, но можем сделать вывод, что данные не очень сильно отличаются от нормального распределения.

Проверим гипотезу о равенстве генеральных средних показателей шкалы тревоги до и после терапии. Для этого используем критерий Стьюдента для зависимых выборок с учетом разных дисперсий.

В таблице 3 представлены результаты статистического теста Стьюдента.

Таблица 3

Результаты парного теста Стьюдента

Показатель	Значение
<i>t</i> — критерий Стьюдента	-11,807
<i>df</i> — количество степеней свободы	57
<i>p</i> -значение (<i>p</i> — уровень значимости)	2,2e – 16
Интервал верхней и нижней границы разности средних значений при 95 % доверительной вероятности	-3,89 (-2,76)
<i>M</i> — разница между средними значениями в двух выборках	-3,32

Согласно представленной таблице, в верхней и нижней границах разности с вероятностью 95 % можно утверждать, что разница между средними составляет

от $-3,89$ до $-2,76$ (округленно). Если p -значение больше $0,05$, то гипотезу не отклоняют. В нашем случае оно равно $2,2e - 16$, то есть почти 0 . Значит, нулевая гипотеза отклонена. Следовательно, различие в средних значениях является статистически значимым.

Факт статистической значимости ничего не говорит о практической значимости отличий, то есть о размере эффекта.

Размер эффекта — это разница между средними значениями в двух выборках, которая в нашем случае составила $24,07$, что, судя по масштабу значений шкалы тревоги, является довольно большим эффектом. Тем не менее шкала тревоги не имеет ясной интерпретации. В таком случае можно рассчитать стандартизованный показатель размера эффекта d (по Коэну).

Размер эффекта d показывает различие средних в выборке относительно общего стандартного отклонения в двух выборках (табл. 4). Размер эффекта d — это стандартизованная величина, которая не зависит от единиц измерения и имеет общепринятые правила интерпретации (при отсутствии прямого объяснения, связанного с областью исследования).

Таблица 4

Размер эффекта d (по Коэну) вместе с 95 %-ными доверительными границами

Показатель	Нижняя граница эффекта	Размер эффекта	Верхняя граница эффекта
Шкала тревоги	1,59	2,12	2,65

Величина $2,12$ свидетельствует об огромном эффекте. Нижняя и верхняя границы позволяют сделать вывод о генеральной совокупности. Другими словами, изменения показателей шкалы тревоги методики «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний» до и после терапии является статистически и практически значимым.

Применение параметрических методов допустимо только тогда, когда исходные выборки имеют нормальное или близкое к нормальному распределение. Так бывает не всегда. Кроме того, доказать нормальность при 58 наблюдениях невозможно.

В таких случаях используют непараметрические методы проверки гипотез, которые не зависят от исходного распределения данных, так как используют для анализа не сами значения, а их ранги. К таким методам статистики относится парный критерий Вилкоксона (критерий знаковых рангов).

Таблица 5

Результат расчета парного критерия Вилкоксона (критерия знаковых рангов)

Значение	Шкала тревоги
p -значение	$2,283e - 10$
v -значение	36

Как видно из таблицы 5, p -значение очень близко к нулю — $2,283e - 10$.

Исходя из анализа приведенных данных, можно сделать вывод: представленные выборки имеют статистически значимые отличия, что подтверждается изменениями показателей шкалы тревоги методики «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний» до и после психоинтервенции и является статистически и практически значимым.

Подобным образом проведем статистический анализ всех шкал представленных методик до и после психоинтервенции, статистический анализ контрольной и экспериментальной групп и корреляционный анализ.

Полное описание статистической обработки результатов исследования мы дадим в диссертационном исследовании.

На рисунке 2 представлена схема взаимодействия факторов, составленная нами на основе корреляционного анализа. Полученная схема представляет, на наш взгляд, процесс формирования приверженности к лечению. Рассмотрим основные этапы этого процесса.

1. *Этап постановки диагноза* — этап дотестового консультирования. Данный этап во временном промежутке может составлять от 5 до 20 календарных дней и более, это время необходимо медицинским работникам для проведения различных лабораторных исследований и диагностических мероприятий. Человек на данном этапе начинает подозревать пусть не о точном диагнозе, но об отношении своего заболевания к какой-либо группе (например, ищут опухоль — наверное, рак; направили в центр СПИД или тубдиспансер — может быть туберкулез). На этапе постановки диагноза возникает рост показателей тревоги и вегетативных нарушений (коэффициент Пирсона, $p = 0,41$).

2. *Этап послетестового консультирования и его первая позиция — этап страха и принятия нерациональных решений* после постановки диагноза на основании подтвержденных лабораторных и диагностических данных.

На этом этапе в структуре шкалы тревоги основное место занимает деструктивная тревога или страх, буквально парализующий человека ($p = 0,30$), с продолжающимся ростом вегетативных нарушений. На данном этапе развитие событий может происходить по трем векторам.

Вектор № 1 — *получение выгоды от болезни* — характеризуется резким увеличением взаимосвязи деструктивной тревоги с позитивным одиночеством ($p = 0,22$) и уменьшением индекса психологического и общего качества жизни (КЖ) на фоне обратной корреляции ($p = -0,16$) и прямой взаимосвязи индекса психологического КЖ и общего индекса КЖ ($p = 0,58$). Данный тип реагирования на информацию о наличии ВИЧ-инфекции характерен для людей с наркозависимостью и маргинальных элементов, большую часть жизни проведших в местах заключения. Большинство наркозависимых пациентов не имеют работы и живут на иждивении близких родственников, получая различным способом, в том числе и криминальным, средства на наркотики. Наличие заболеваний, вызванных данным образом жизни (гепатит С, туберкулез), при утяжелении диагнозов ВИЧ-инфекцией позволяет им претендовать



Рис. 2. Схема периодизации формирования приверженности к лечению

на получение группы инвалидности и соответствующего пенсионного обеспечения, при этом приверженность к лечению данных заболеваний либо низкая, либо отсутствует вообще.

Лица с криминальным «прошлым и будущим» после постановки на диспансерное наблюдение редко имеют высокую приверженность к лечению, но всегда при угрозе попадания в места заключения обращаются в центры борьбы со СПИДом за соответствующими документами, которые в ряде случаев им помогают либо снижать сроки заключения, либо претендовать на особые условия содержания под стражей.

Вектор № 2 — *поиск помощи* — характерен для социально-адаптированных пациентов. В динамике разворачивающихся событий мы можем наблюдать присоединение обсессивно-фобической симптоматики ($p = 0,21$) или присоединение деструктивной агрессии (детерминируемой стигматизацией), при этом обсессивно-фобические нарушения имеют обратную или отрицательную связь с деструктивной агрессией ($p = -0,31$). На этом этапе у вектора имеется тупиковое ответвление со снижением уровня изоляции и отчуждения (или психологических защит), что характерно для формирования диссидентства по отношению к заболеванию ($p = -0,31$ и $p = -0,22$).

Вектор № 3 является переходом на следующий этап периодизации.

3. *Этап торга с самим собой* — к тревоге и вегетативным нарушениям присоединяется истерический тип реагирования ($p = 0,31$), происходит увеличение обсессивно-фобической симптоматики ($p = 0,20$), детерминируемой процессами стигматизации и самостигматизации. Переход на следующий этап.

4. *Этап депрессии, или бунта на коленях* ($p = 0,30$), — сопровождается сильной астенизацией организма ($p = 0,20$), детерминируемой факторами этапа № 3. Общее бессилие, депрессия, снижение обсессивно-фобической симптоматики, самообвинения в виде дефицитарной тревоги ($p = -0,13$).

5. *Этап рационального принятия решения*. Пациент начинает выстраивать рациональную модель поведения в новых социальных условиях, происходит уменьшение показателей в шкале отчуждения и проблемного одиночества ($p = -0,15$ и $p = -0,20$ соответственно) по отношению к шкале конструктивной тревоги.

6. *Этап психологической защиты: мой дом — моя крепость*. Рост изоляции, что в соответствии с теорией о психологической защите означает запуск первичных и вторичных механизмов защиты в виде перехода от конструктивной тревоги к изоляции ($p = 0,57$). Отмечается снижение напряжения в шкалах дефицитарной агрессии, проблемного одиночества, купирование обсессивно-фобической симптоматики, депрессии, истерического типа реагирования.

7. *Этап улучшения качества жизни* — примирение с самим собой и действительностью, рост индекса психологического и общего качества жизни ($p = 0,57$). Формирование установления контактов, активность относительно самого себя, окружающих, объектов и духовных аспектов. Способность сохранять отношения

и решать задачи, формировать свою точку зрения. Активное построение собственной жизни. Формирование приверженности к лечению.

На этапе сформированной приверженности может произойти отброс пациента на второй этап по независящим от него причинам: неэффективности терапии, разглашения диагноза и многих других жизненных обстоятельств.

Немаловажным фактором является и неполная, недостоверно преподнесенная информация о заболевании, в большом количестве содержащаяся в Интернете, с предоставлением телефонов и адресов «чудо-лекарей», «экстрасенсов», а также объявления об «исцеляющих диетах, препаратах», «исцеляющих массажах, магнитах» и прочее, излечивающих все, начиная от ВИЧ-инфекции и заканчивая онкологией. С учетом вышеперечисленного нами рекомендовано пожизненное психосоциальное сопровождение пациента с хроническими и неизлечимыми заболеваниями.

Для рассмотрения вопроса о стадиях психотерапии и временном промежутке нами был выбран опросник «Шкала стадий психотерапевтического процесса». Во временном промежутке наше исследование заняло 60 дней. Первые 10 дней были отведены этапу постановки диагноза в целях — подтверждения лабораторными методами ВИЧ-позитива.

Нами было определено, что начальная приверженность к лечению сформировалась в течение последующих 50 дней. Именно в это время (в течение первого месяца антиретровирусной терапии) пациенты чувствовали дискомфорт из-за изменения привычного образа жизни и некоторые побочные эффекты, не требующие коррекции схемы лечения и оказания какой-либо медицинской помощи.

Изменения происходили при увеличении показателей в шкалах «Размышление», «Действие», «Сохранение». Они представлены в таблице 6.

Таблица 6

Результат расчета исследования методикой «Шкала стадий психотерапевтического процесса», при $N = 58$

Показатели	Этап сравнения экспериментальной группы на момент начала и окончания исследования		
	Средний ранг, начало	Средний ранг, окончание	Размер эффекта d
Шкала «Размышление»	0,57	54,62	8,78 ¹
Шкала «Действие»	21,25	47,24	4,28 ¹
Шкала «Сохранение»	26,52	36,86	2,92 ¹

Примечание. ¹ — размер эффекта огромный.

Полученные результаты можно интерпретировать следующим образом: пациенты начинают признавать наличие проблемы, взвешивать все за и против, помимо намерения разрешить имеющиеся у них проблемы; у респондентов появляется желание действовать, изменяя свое поведение. На стадии

«Сохранение» идет целенаправленное предупреждение возвращения проблемы и закрепление результатов, полученных в ходе лечения.

Полученные нами результаты анализа статистической обработки данных исследования позволили сделать следующий вывод: подтверждена гипотеза о том, что приверженность к лечению — это процесс, разворачивающийся во времени, в целостном цикле которого происходит особого рода деление на 7 последовательных, качественно отличающихся этапов.

Литература

1. Зеленкова Л.А., Горохов К.В. Оценка и влияние невротических состояний и их детерминант на качество жизни пациента // Паллиативная медицина и реабилитация. 2016. № 4. С. 35–40.
2. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. 4-е изд. М.: Медицина. 1977. С. 37–52.
3. Zbigniew J. Lipowski. The Conflict of Buridan's Ass or Some Dilemmas of Affluence: The Theory of Attractive Stimulus Overload // American Journal of Psychiatry Volume 127, Issue 301. Sep 1970 / URL: <https://ajp.psychiatryonline.org> (дата обращения: 02.12.2018).

Literatura

1. Zelenkova L.A., Gorokhov K.V. Ocenka i vliyanie nevroticheskix sostoyanij i ix determinant na kachestvo zhizni pacienta // Palliativnaya medicina i rehabilitaciya. 2016. № 4. S. 35–40.
2. Luriya R.A. Vnutrennyaya kartina boleznej i yatrogenny'e zabolevaniya. 4-e izd. M.: Medicina. 1977. S. 37–52.
3. Zbigniew J. Lipowski. The Conflict of Buridan's Ass or Some Dilemmas of Affluence: The Theory of Attractive Stimulus Overload // American Journal of Psychiatry Volume 127, Issue 301. Sep 1970 / URL: <https://ajp.psychiatryonline.org> (data obrashheniya: 02.12.2018).

***K.V. Gorokhov,
O.A. Kornilova***

The Periodization of Formation of Adherence to Treatment

This article is a continuation of a series of articles on psychology in palliative care for HIV infection. In the course of the study, we have proved the hypothesis that the formation of adherence to treatment is a process that unfolds in time, in an integral cycle of which there is a special kind of division into qualitatively different stages. The article presents a description of each stage of the formation of adherence to the treatment of patients with long-term or life-time taking drugs and provides a brief interpretation of them.

Keywords: HIV infection; psychology; periodization; adherence to treatment; internal picture of the disease.