Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 2026, Т. 60, № 5, с. 47-56, http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-5-1271

V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology, 2026, Vol. 60, no 5, pp. 47-56, http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-5-1271

Клинико-психологические особенности пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями, при разном уровне приверженности лечению

Гринь-Яценко Б.А.[1], Яковлева М.В.[1], Середа О.А.[2], Джелялов Э.С.[2], Пушкарук Г.А.[3], Белоусов А.М.[2], Ефремов С.М.[1,2]

[1]Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

[2]Клиника высоких медицинских технологий имени Н.И. Пирогова Санкт-Петербургского государственного университета, Санкт-Петербург, Россия

[3]Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 109», Санкт-Петербург, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Приверженность лечению является одним из ключевых факторов, влияющих на эффективность назначенной терапии при онкологических заболеваниях. На уровень приверженности влияет широкий спектр факторов различной природы; среди них наименее изученными являются психологические особенности пациентов. Целью настоящего исследования стало сравнение психологических характеристик пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями и проходящих курс химиотерапии, с различным уровнем приверженности лечению (n = 50; средний возраст 53,98±12,99 лет; 88% женщины, 12% мужчины). В качестве методов исследования было использовано структурированное интервью для получения социо-демографических, социо-психологических и клинико-психологических данных; также пациентам было предложено пройти ряд психодиагностических методик: «Краткий опросник восприятия болезни» (КОВБ), «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS), опросник «Способы совладающего поведения» (ССП), «Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению» (КОП-25). Установлено, что пациенты выборки в целом характеризуются средним уровнем приверженности лечению. Вне зависимости от группы (высокий/средний/низкий уровни приверженности), поведенческие аспекты лечения, связанные с изменением образа жизни, воспринимаются пациентами как менее важные и трудно реализуемые; готовность к выполнению рекомендаций в целом превышает субъективную важность этих рекомендаций. Полученные результаты подтверждают значимую связь между уровнем приверженности лечению и рядом психологических характеристик пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями. Более высокая приверженность ассоциируется с меньшим эмоциональным реагированием на заболевание, менее выраженным восприятием болезни как угрозы и большим ощущением контроля с помощью лечения, менее активным применением копинг-стратегии, связанной с поиском социальной поддержки. При этом результаты требуют осторожной интерпретации в связи с возможным влиянием социальной желательности, особенностями лечебного процесса и ограниченной репрезентативностью выборки. Полученные данные подчеркивают важность комплексного учета эмоциональных, когнитивных и личностных факторов в программах повышения приверженности лечению у пациентов с онкологическими заболеваниями.

***Ключевые слова*:** приверженность лечению, онкологические заболевания, химиотерапия, тревога, депрессия, восприятие болезни, копинг.

Информация об авторах:

Гринь-Яценко Борис Александрович — boris.gi@yandex.ru; https://orcid.org/0009-0005-2869-8839

Яковлева Мария Викторовна — m.v.yakovleva@spbu.ru; https://orcid.org/0000-0001-5035-4382

Середа Ольга Андреевна — bluebell221b@mail.ru; https://orcid.org/0000-0001-7553-2026

Джелялов Эрнест Серверович — ernest.dzhelialov@gmail.com; https://orcid.org/0000-0002-2571-243X

Пушкарук Георгий Александрович — goodpush2020@gmail.com; https://orcid.org/0009-0000-8348-0633

Белоусов Александр Михайлович — info@aleksandrbelousov.ru; https://orcid.org/0000-0002-2274-8170

Ефремов Сергей Михайлович — e-mail: sergefremov@mail.ru; http://orcid.org/0000-0001-5581-9169

Как цитировать: Гринь-Яценко Б.А., Яковлева М.В., Середа О.А., Джелялов Э.С., Пушкарук Г.А., Белоусов А.М., Ефремов С.М. Клинико-психологические особенности пациентов, страдающих онколо-

Автор, ответственный за переписку: Гринь-Яценко Борис Александрович — boris.gi@yandex.ru

Corresponding author: Boris A. Grin-Yatsenko — boris.gi@yandex.ru

© Гринь-Яценко Б.А., Яковлева М.В., Середа О.А., Джелялов Э.С., Пушкарук Г.А., Белоусов А.М., Ефремов С.М.

гическими заболеваниями, при разном уровне приверженности лечению. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* 2026; 60:5:47-56. http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-5-1271.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Clinical and psychological characteristics in cancer patients with different levels of treatment adherence

Boris A. Grin-Yatsenko[1], Maria V. Iakovleva[1], Olga A. Sereda[2], Ernest S. Dzhelyalov[2], Georgy A. Pushkaruk[3], Aleksandr M. Belousov[2], Sergey M. Efremov[1,2]
[1]St. Petersburg University, Saint Petersburg, Russia
[2]Pirogov Clinic of High Medical Technologies at St. Petersburg University, Saint Petersburg, Russia
[3]Saint Petersburg State Budgetary Healthcare Institution "City Polyclinic No. 109", Saint Petersburg, Russia

Research article

Summary. Treatment adherence is one of the key factors influencing the effectiveness of prescribed therapy in oncological diseases. Although adherence is influenced by a broad spectrum of factors, patients' psychological characteristics remain the least studied. The aim of the current study was to compare the psychological characteristics in cancer patients undergoing chemotherapy who demonstrate different levels of treatment adherence (n = 50; mean age 53.98 ± 12.99 years; 88% women, 12% men). Data collection involved a structured interview to obtain socio-demographic, socio-psychological, and clinical-psychological information, supplemented by a battery of psychometric instruments: the Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Ways of Coping Questionnaire (WCQ) and the Russian Questionnaire of the Quantitative Assessment of the Adherence to Treatment (QAA-25). It was found that the mean adherence score in the sample corresponded to an overall moderate level of adherence. Regardless of the group (high/middle/low adherence), behavioral aspects of treatment related to lifestyle changes were perceived as less important and more difficult to implement, overall readiness to follow medical recommendations exceeded their subjective importance. The findings confirm a significant association between treatment adherence and several psychological characteristics in cancer patients. Higher adherence level is associated with lower emotional reactivity to illness, reduced perception of illness concern, a greater sense of treatment-related control, less active use of coping strategies associated with seeking social support. Our findings, however, require a cautious interpretation due to potential effects of social desirability, contextual features of the treatment process and limited representativeness of the sample. Overall, the study underscores the importance of considering emotional, cognitive, and personality-related factors in the complex in the development of targeted interventions aimed at improving treatment adherence among patients with oncological diseases.

***Keywords*:** treatment adherence, cancer, chemotherapy, anxiety, depression, illness perception, coping.

Information about the authors:
Boris A. Grin-Yatsenko — boris.gi@yandex.ru; https://orcid.org/0009-0005-2869-8839
Maria V. Iakovleva — m.v.yakovleva@spbu.ru; https://orcid.org/0000-0001-5035-4382
Olga A. Sereda — bluebell221b@mail.ru; https://orcid.org/0000-0001-7553-2026
Ernest S. Dzhelyalov — ernest.dzhelialov@gmail.com; https://orcid.org/0000-0002-2571-243X
Georgy A. Pushkaruk — goodpush2020@gmail.com; https://orcid.org/0009-0000-8348-063
Aleksandr M. Belousov — info@aleksandrbelousov.ru; https://orcid.org/0000-0002-2274-8170
Sergey M. Efremov — e-mail: sergefremov@mail.ru; http://orcid.org/0000-0001-5581-9169

To cite this article: Grin-Yatsenko BA, Iakovleva MV, Sereda OA, Dzhelyalov ES, Pushkaruk GA, Belousov AM, Efremov SM. Clinical and psychological characteristics in cancer patients with varying levels of treatment adherence. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology.* 2026; 60:5:47-56. http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-5-1271. (In Russ.)

Conflict of interest: The authors declare no conflicts of interest.

Согласно последним опубликованным данным, в 2023 году в России выявлено 674 587 случаев злокачественных новообразований, что на 8% больше, чем в 2022 году [3]. Несмотря на успехи в раннем выявлении, лечении и расширении доступности терапии, онкологические заболевания продолжают оставаться одной из ведущих причин смертности в стране. При этом все больше внимания уделяется немедицинским факторам, способным повлиять на эффективность лечения — в первую очередь, психологическим особенностям пациентов, определяющим

уровень их вовлеченности в лечебный процесс и приверженности ему.

Своевременное прохождение курсов терапии, соблюдение врачебных рекомендаций и готовность активно взаимодействовать с медицинской системой во многом зависят не только от клинической картины заболевания, но и от субъективного восприятия болезни, эмоционального состояния и когнитивных установок пациента. Поэтому изучение психологических факторов приверженности лечению имеет особое значение для повышения выживаемости и улучшения качества жизни больных. Онкологические заболевания практически всегда сопровождаются повышенным уровнем стресса, а также проявлениями тревоги и депрессии [5, 10, 17]. Исследования показывают, что эти факторы, наряду с пессимистичным восприятием болезни и лечения, в свою очередь негативно влияют на соблюдение терапевтических предписаний [11, 12]. Напротив, высокий уровень самоэффективности и копинги, ориентированные на решение проблем, способствуют большей приверженности и вовлеченности в лечение [14].

Тот факт, что описываемые психологические аспекты имеют значительное влияние на уровень приверженности лечению, не вызывает сомнений, однако данные об их роли варьируют в зависимости от исследуемой нозологии, типа проводимого лечения и пр. Цель настоящего исследования — выяснить, какие именно клинико-психологические особенности пациентов, имеющих онкологические заболевания и проходящие курсы химиотерапии, различаются в зависимости от уровня их приверженности лечению.

Материал и методы исследования. Исследование проведено в Клинике высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова Санкт-Петербургского государственного университета после одобрения проекта Комитетом по биомедицинской этике Клиники (протокол № 12/23 от 11.12.2023). У всех пациентов было получено информированное согласие на участие в исследовании.

Методы исследования. Для решения поставленных задач использовался психодиагностический комплекс, включавший *клинико-психологические и психометрические методы*. Клинико-психологический метод был реализован с помощью структурированного интервью, содержащего ряд вопросов о социально-демографических, социально-психологических и клинико-психологических характеристиках пациентов. Психометрический метод был представлен 4-мя стандартизованными опросниками:

- «Краткий опросник восприятия болезни» (КОВБ, B-IPQ), позволяющий оценить структуру представлений пациентов о болезни и уровень переживаемой ими угрозы в связи с болезнью [6]
- «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) для оценки эмоционального состояния пациентов (показатели тревоги и депрессии) [1]
- Опросник «Способы совладающего поведения» (ССП, WCQ) для оценки особенностей копинг-поведения пациентов [2]
- «Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению» (КОП-25), позволяющий оценить осознаваемую пациентом важность, готовность следовать рекомендациям в отношении различных аспектов лечения и общую приверженность лечению [4]

Исследование проводилось клиническим психологом при согласовании с врачом одномоментно во время пребывания пациента на онкологическом отделении, в комфортной обстановке и после установления доверительного контакта; общая продолжительность психодиагностического обследования составляла в среднем 50–70 минут, при этом не должно было занимать более 90 минут для исключения утомления пациентов.

Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью программ SPSS v. 25.0 и Excel XP. С помощью однофакторного дисперсионного анализа были проведены сравнения между тремя группами пациентов с различным уровнем приверженности лечению по параметрическим переменным, с помощью χ^2 Пирсона — по непараметрическим переменным; апостериорные сравнения проведены по методу Шеффе. Двусторонний уровень значимости был установлен на уровне 0,05.

Характеристика выборки. Исследовано 50 пациентов, согласно критериям включения: 1) наличие онкологического заболевания в анамнезе; 2) назначенное лечение в виде химиотерапии; 3) прохождение пациентом как минимум 2-х полных циклов химиотерапии к моменту исследования; 4) возраст пациентов более 25 лет. Критериями невключения в исследование были: 1) наличие психических расстройств, влияющих на адаптацию пациента к основному заболеванию и требующих медицинского вмешательства; 2) выраженные когнитивные нарушения, препятствующие корректному заполнению психодиагностических методик; 3) сопутствующая соматическая патология в стадии декомпенсации. В качестве критерия исключения выступал отказ пациента от дальнейшего участия в исследовании на любом его этапе.

На данном этапе исследования формировалась сплошная выборка без ограничений по диагнозу (локализация опухолевого процесса, его стадия и др.). Средний возраст пациентов составил 53,98±12,99 лет (возрастной диапазон — от 32 до 79 лет); 54,0% (27 чел.) — лица 50 лет и старше; 88,0% (44 чел.) — женщины. Среди исследуемых преобладают лица с высшим и неоконченным высшим образованием (54,0%). На момент сбора данных 54,0% пациентов имеют постоянную занятость, 16,0% не работают по причине заболевания. Большинство больных состоят в браке, имеют детей и не испытывают финансовых трудностей. 70,0% не имеют инвалидности, I группу инвалидности в связи с заболеванием получило 6,0% пациентов, II группу — 18,0%, III группу — 6,0%.

Основные клинические характеристики. Наиболее часто встречающимся видом злокачественных опухолей в исследованной группе пациентов является рак молочной железы (62,0%), далее — колоректальный рак (16,0%), рак желудка (8,0%), рак щитовидной железы (4,0%), рак яичника (4,0%), рак легкого (2,0%), рак матки (2,0%), рак поджелудочной железы (2,0%). У 32,0% пациентов 1-я стадия заболевания, у 26,0% — 2-я, у 30,0% — 3-я, у 12,0% — 4-я. 88,0% пациентов получают только курсы химиотерапии, 12,0% ранее получали таргетную терапию, иммунотерапию или эндокринотерапию. Среднее количество пройденных циклов химиотерапии среди исследуемых составило 6,62±4,43. Хирургическое лечение онкологического заболевания было проведено у 54,0% пациентов.

Результаты исследования

Клинико- и социально-психологические характеристики. По результатам проведенного клинико-психологического интервью была получена информация о стрессогенных факторах в жизни пациентов, об их отношениях внутри семьи и уровне эмоциональной поддержки, наличии медицинского образования, осведомленности о болезни и получаемой терапии, субъективно воспринимаемой тяжести болезни и лечения, а также об отношении к лечащим врачам. Более половины пациентов (54%) оценили свой уровень стресса в повседневной жизни как низкий, 16% — как средний, 30% сообщили о высоком уровне стресса. Большинство пациентов имеют высокий уровень осведомленности о заболевании и получаемом лечении (62%). В ходе клинической беседы также было выяснено, что 44% пациентов субъективно очень тяжело переносят болезнь, 32% оценивают свое состояние как средней тяжести, 24% легко переносят болезнь.

Субъективная оценка тяжести проводимого лечения в настоящей выборке распределилась следующим образом: 32% пациентов очень тяжело переносят лечение, 38% сообщают о среднем уровне тяжести, 30% легко переносят лечение. 100% больных охарактеризовали отношения в своей семье как теплые, хорошие и сообщили, что близкие их поддерживают в болезни; 86% также заявили о наличии эмоциональной поддержки вне семьи, среди друзей. Важно отметить, что 96% пациентов описывают свои отношения с лечащим врачом как доверительные и считают, что врач им очень помогает; остальные 4% оценивают отношения как нейтральные.

Исследование приверженности лечению. Средний показатель общей приверженности по методике КОП-25 в обследованной выборке составил 68,06±15,66 баллов, что, согласно авторам методики, соответствует среднему уровню приверженности. На основе полученных результатов пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от общего уровня их приверженности лечению: 1) первая группа — высокий уровень приверженности (76% и более по итоговой шкале опросника; n = 16), что, согласно авторам, свидетельствует о высокой вероятности соблюдения пациентами медицинских рекомендаций и следования соответствующим лечебным назначениям; 2) вторая группа — средний уровень приверженности (51–75%; n = 25), при котором выполнение назначений и рекомендаций, как правило, ожидается, но может быть неполным; 3) третья группа — низкий уровень приверженности (50% и менее; n = 9); у таких пациентов предполагается низкая вероятность соблюдения врачебных предписаний и следования лечебным стратегиям.

Таким образом, в исследовании были представлены пациенты со всеми градациями уровня приверженности. Показатели выборки в целом и пациентов трех групп по шкалам КОП-25 приведены в Табл.1.

Следует отметить, что наибольший разрыв между группами наблюдается именно в отношении «приверженности к лекарственной терапии», что может указывать на то, что именно медикаментозное лечение наиболее четко разграничивает пациентов с разным уровнем приверженности, хотя в абсолютных значениях при низкой приверженности сильнее страдают аспекты, связанные с медицинским сопровождением и изменением образа жизни. Интересно, что во всех трех группах уровень «приверженности к изменению образа жизни» является наименьшим среди значений всех подшкал.

Даже среди пациентов с высокой приверженностью этот показатель уступает «приверженности к медикаментозному лечению» и «медицинскому сопровождению». Это может свидетельствовать о том, что поведенческие изменения (например, отказ от вредных привычек или корректировка питания) воспринимаются пациентами как более труднодостижимые по сравнению с соблюдением режима приема медикаментов. Показатели шкал важности различных аспектов лечения также представляют интерес для анализа. Наиболее низкой оказывается субъективная «важность модификации образа жизни» во всех группах. Даже среди пациентов с высокой приверженностью она является минимальной по сравнению с другими компонентами, что указывает на то, что модификация образа жизни рассматривается как наименее приоритетный аспект лечения.

Примечательно, во всех группах показатели готовности стабильно превышают показатели важности. Эта закономерность может указывать на то, что пациенты в целом готовы следовать рекомендациям (возможно, под влиянием внешнего контроля или авторитета медицинского работника), даже если не придают им высокой субъективной значимости. Особенно выражено это расхождение в группе с низкой приверженностью, где «готовность к модификации образа жизни» существенно выше, чем субъективная важность этой модификации.

Результаты сравнительного исследования. Для анализа различий между тремя группами пациентов, различающихся по уровню привер-

Таблица 1. Показатели приверженности лечению обследованных пациентов
Table 1. Patients' scores of adherence to treatment

Шкалы опросника КОП-25	Группа 1 M (σ)	Группа 2 M (σ)	Группа 3 M (σ)	Всего M (σ)
Шкалы важности				
Важность лекарственной терапии	27,88±2,156	24,08±2,798	18,22±4,684	24,24±4,452
Важность медицинского сопровождения	26,81±1,974	22,96±3,385	21,33±3,428	23,90±3,627
Важность модификации образа жизни	24,13±2,446	18,92±3,451	16,00±3,571	20,06±4,340
Шкалы готовности				
Готовность к лекарственной терапии	29,25±1,065	26,76±2,385	22,22±4,116	26,74±3,421
Готовность к медицинскому сопровождению	29,38±0,957	26,72±2,092	22,44±4,157	26,80±3,301
Готовность к модификации образа жизни	28,94±1,526	26,40±2,466	22,67±5,874	26,54±3,737
Шкалы приверженности				
Приверженность к лекарственной терапии	90,50±7,711	71,60±10,008	43,56±6,483	72,60±18,281
Приверженность к медицинскому сопровождению	87,50±6,861	68,24±11,970	53,67±13,973	71,78±16,242
Приверженность к изменению образа жизни	77,56±9,832	55,32±10,808	40,22±13,132	59,72±17,280
Общая приверженность к лечению	85,56±6,218	65,48±5,846	44,11±6,882	68,06±15,655

Примечание. Максимальное значение по шкалам приверженности составляет 100 баллов, по шкалам важности и готовности — 30 баллов.

Note. The maximum score is 100 points on the adherence scales and 30 points on the importance and readiness scales.

женности лечению (высокая, средняя, низкая), по их индивидуально-психологическим характеристикам был использован однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA). Проверка значимости различий проводилась с использованием F-критерия Фишера.

Исследование особенностей отношения к болезни, выявленных с помощью краткого опросника восприятия болезни (КОВБ), продемонстрировало ряд различий между группами пациентов, различающихся по уровню приверженности лечению (Табл.2). Установлены статистически значимые различия по шкалам: «Контроль лечения» ($p < 0,01$), «Эмоциональное реагирование на болезнь» ($p < 0,05$), по интегральному показателю «Общая угроза» ($p < 0,05$).

Исследование эмоционального состояния, оцененного с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), не продемонстрировало статистически значимых различий между группами пациентов, различающихся по уровню приверженности лечению (Табл.3).Исследование особенностей копинг-стратегий, оцененных с помощью опросника «Способы совладающего поведения» (ССП), продемонстрировало ряд различий между группами пациентов, различающихся по уровню приверженности лечению (Табл.4).

Статистически значимые различия выявлены по шкале «Поиск социальной поддержки» ($p < 0,05$), более высокие значения по которой неожиданно были показаны пациентами с низкой приверженностью лечению. По остальным шкалам статистически значимых различий между группами не зафиксировано.Проверка полученных различий по всем психометрическим показателям с помощью апостериорных тестов (множественные сравнения, метод Шеффе) позволила уточнить их значимость. Пациенты с высокими (A), средними (B) и низкими (C) показателями приверженности значимо различаются по следующим переменным: «поиск социальной поддержки» (ССП) (A*C; $p < 0,05$), «контроль лечения» (КОВБ) (A*C; $p < 0,01$), «эмоциональное реагирование на болезнь» (КОВБ) (A*B; $p < 0,05$).

Дополнительно следует отметить, что анализ исследуемых подгрупп по демографическим и клиническим характеристикам не выявил значимых связей между показателями приверженности и другими показателями и/или различий между подгруппами по возрасту ($F=0,284$; $p > 0,1$), полу ($\chi^2=1,392$; $p > 0,1$), основному диагнозу ($\chi^2=12,182$; $p > 0,1$), стадии заболевания ($\chi^2=3,267$; $p > 0,1$), наличию осложнений ($\chi^2=7,329$; $p > 0,1$), наличию коморбидного онкологического заболевания ($\chi^2=0,175$; $p > 0,1$), удовлетворенности лечением ($F=1,969$; $p > 0,1$), отношениям с лечащим врачом ($\chi^2=1,852$; $p > 0,1$), с медицинским персоналом в целом ($\chi^2=1,020$; $p > 0,1$) и др.

Обсуждение результатов. Анализ социо-демографических характеристик пациентов, включенных в исследование, показал, что выборка представлена в основном взрослыми и пожи-

Таблица 2. Показатели восприятия болезни пациентов с различным уровнем приверженности лечению
Table 2. Illness perception scores in patients with different levels of treatment adherence

Шкалы КОВБ	Группа 1 M±σ	Группа 2 M±σ	Группа 3 M±σ	*F-критерий*	*p-значимость*
Последствия болезни	5,81±3,410	7,56±2,200	7,78±2,333	2,515	0,092
Течение болезни	5,06±3,276	6,00±3,122	5,67±2,693	0,445	0,643
Личный контроль	8,25±2,324	6,76±3,153	5,67±3,391	2,419	0,100
Контроль лечения	9,5±0,816	8,68±1,069	7,89±1,537	6,538	0,003
Идентификация болезни	6,19±3,250	5,56±3,343	4,33±3,000	0,934	0,400
Обеспокоенность болезнью	5,88±3,222	7,48±2,859	8,22±1,716	2,438	0,098
Понятность болезни	9,00±1,211	8,68±1,520	7,44±2,404	2,785	0,072
Эмоциональное реагирование на болезнь	4,25±3,256	6,88±2,963	7,11±2,892	4,261	0,020
Общая угроза	30,44±13,281	39,36±12,543	42,11±7,753	3,620	0,034

Таблица 3. Показатели симптомов тревоги и депрессии пациентов с различным уровнем приверженности лечению
Table 3. Anxiety and depression symptom scores in patients with different levels of treatment adherence

Шкалы HADS	Группа 1 M±σ	Группа 2 M±σ	Группа 3 M±σ	*F-критерий*	*p-значимость*
Тревога	4,94±2,863	6,36±2,871	7,89±3,371	2,957	0,062
Депрессия	4,25±3,276	6,16±3,350	6,00±2,291	1,896	0,161

Таблица 4. Показатели способов совладающего поведения пациентов с различным уровнем приверженности лечению
Table 4. Coping behaviour scores in patients with different levels of treatment adherence

Шкалы ССП	Группа 1 M±σ	Группа 2 M±σ	Группа 3 M±σ	*F-критерий*	*p-значимость*
Конфронтация	44,13±11,077	51,36±7,556	47,67±11,358	2,562	0,089
Дистанцирование	48,73±10,299	51,64±9,266	48,00±7,297	0,689	0,508
Самоконтроль	48,13±12,839	51,50±6,308	51,33±5,315	0,711	0,497
Поиск соц. поддержки	47,47±9,478	52,73±8,881	58,33±6,633	4,479	**0,017**
Принятие ответственности	45,93±10,060	48,14±8,736	45,67±6,021	0,398	0,674
Бегство-избегание	46,80±10,923	52,55±10,927	51,00±10,320	1,277	0,289
Планирование решения	47,20±13,665	51,05±9,266	50,56±10,477	0,569	0,570
Положительная переоценка	53,47±10,769	47,41±6,200	48,67±8,746	2,386	0,104

лыми городскими жителями, преимущественно женщинами, с высшим или неполным высшим образованием, значительная часть которых сохранила трудовой статус к моменту обследования. Большинство пациентов имеет собственную семью и детей, проживает совместно с близкими. Анализ клинических характеристик выявил разнообразие онкологических диагнозов, при этом наиболее часто встречался рак молочной железы. Основная часть пациентов в настоящее время получает только курсы химиотерапии; более чем у половины пациентов в анамнезе хирургическое вмешательство с связи с основным заболеванием.

Таким образом, выборка отличается гетерогенностью по социально-демографическим и клиническим характеристикам, что следует учитывать при интерпретации результатов исследования. При дифференцированной оценке приверженности пациентов лечению были выявлены две ключевые закономерности: вне зависимости от груп-

пы, поведенческие аспекты лечения (изменение образа жизни) воспринимаются как менее важные и трудно реализуемые; готовность к выполнению рекомендаций в целом превышает субъективную важность этих рекомендаций, что может быть отражением внешней мотивации или недостаточной осознанности.

Результаты, полученные с использованием опросника КОВБ, демонстрируют, что между группами с разным уровнем приверженности лечению имеются различия в содержании представлений о болезни. Наиболее выраженные различия наблюдались по шкале контроля лечения: пациенты с высокой приверженностью лечению оценивали свое ощущение контроля болезни с помощью терапии и изменения поведения выше, чем пациенты со средней и особенно с низкой приверженностью. Это может указывать на бóльшую уверенность таких пациентов в эффективности назначенного лечения, а также на активное включение в терапевтический процесс и осознание своей роли в управлении заболеванием. По шкале эмоционального реагирования на болезнь также зафиксированы значимые различия: пациенты с высоким уровнем приверженности демонстрировали менее выраженные эмоциональные реакции на болезнь, связанные с негативными переживаниями (тревога, страх, печаль), что может свидетельствовать о более устойчивом эмоциональном фоне и лучшей психологической адаптации.

Значимым оказалось и различие по шкале общей воспринимаемой угрозы, что указывает на то, что пациенты с высокой приверженностью лечению воспринимают болезнь как менее угрожающее и дестабилизирующее состояние, по сравнению с пациентами других групп. На уровне статистической тенденции выявлены различия по нескольким шкалам. Пациенты с высоким уровнем приверженности лечению реже воспринимали болезнь как имеющую тяжелые последствия, проявляли меньшую обеспокоенность ее наличием и заботами, связанными с ней, а также отмечали более высокий уровень понятности заболевания, что может говорить о том, что пациенты с высокой приверженностью воспринимают болезнь как менее дестабилизирующую, лучше ориентируются в ее сути, что может способствовать более эффективному включению в лечебный процесс. Полученные данные согласуются с результатами, представленными в литературе. Исследования указывают на то, что пациенты с низким уровнем приверженности демонстрируют более высокие значения по шкалам эмоционального реагирования, обеспокоенности, последствий и идентификации болезни, а также более низкие значения по шкалам контроля лечения, личного контроля, понятности болезни и временной перспективы [9].

Также было показано, что субшкалы идентификации болезни, последствий болезни, течения болезни и эмоционального реагирования значимо коррелируют с уровнем приверженности лечению [7]. Подчеркивается, что восприятие болезни как хронической и потенциально тяжелой может способствовать формированию устойчивых копинг-стратегий и активному вовлечению в лечение. Эти выводы во многом совпадают с результатами, представленными в настоящем исследовании, однако можно наблюдать некоторое расхождение: пациенты с высоким уровнем приверженности реже воспринимают болезнь как источник серьезной угрозы. Снижение этого ощущения у пациентов с высокой приверженностью в сочетании с бóльшим контролем над болезнью с помощью лечения, возможно, связано с большей включенностью в лечебный процесс, доверием к медицинскому персоналу и уверенностью в эффективности проводимой терапии, однако данная гипотеза требует дальнейшей проверки в том числе с помощью качественных методов исследования.

Результаты анализа данных шкалы HADS показали наличие тенденции к различиям в уровне тревоги: пациенты с низкой приверженностью лечению демонстрируют более высокий уровень тревоги, что может рассматриваться как один из факторов, влияющий на снижение вовлеченности в терапевтический процесс. Данная закономерность подтверждается на выборке пациентов с раком легких: наличие тревожной симптоматики достоверно ассоциировалось с повышенной частотой преждевременного прекращения терапии первой линии по сравнению с группой без симптомов тревоги [13].

Также существуют исследования, где данной закономерности выявлено не было: низкая приверженность лечению наблюдалась у 42% пациентов с симптомами тревоги и у 58% пациентов без таковых [8]. Впрочем, взаимосвязь между повышенной тревогой и приверженностью лечению не так однозначна: некоторые исследователи указывают на то, что тревога и тревожность могут быть связаны с высокой приверженностью, поскольку тревожные люди проявляют большую бдительность и в большей степени склонны обращаться за медицинской помощью [18].

Уровень депрессии не продемонстрировал значимых различий между группами пациентов с различным уровнем приверженности лечению, однако отмеченные средние значения в сравниваемых группах указывают на потенциальную необходимость включения специализированных опросников на выявление депрессии в батарею методик, направленных на скрининг эмоционального состояния пациентов, поскольку множество исследований указывают на негативную связь между приверженностью лечением и выраженностью депрессии [15]. Отсутствие значимых различий по шкале депрессии и наличие лишь тенденции к различиям по шкале тревоги можно объяснить спецификой проведения химиотерапии.

Во множестве исследований, касающихся оценки приверженности химиотерапии, речь идет о таблетированных формах терапии, в то время как в Клинике высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова пациентам проводилось внутривенное, капельное введение лекарственного средства, что, возможно, оценивается пациен-

тами как более простая для выполнения форма лечения ввиду более четкой структуры: циклы запланированы заранее, между ними врачи отдают пациентам списки необходимых анализов для подготовки. Пропуск такого рода процедуры в медицинском учреждении также может оцениваться пациентами как более серьезное нарушение медицинских рекомендаций, чем пропуск приема химиотерапии в таблетировании форме. Разумеется, подобные предположения можно отнести и к другим проведенным методикам, и данная гипотеза требует отдельного исследования для ее подтверждения. Таким образом, несмотря на частичные расхождения, данные исследований подтверждают ключевую роль когнитивных и эмоциональных представлений о болезни в формировании приверженности, подчеркивая необходимость раннего выявления и поддержки пациентов с негативными установками и переживаниями, связанными с заболеванием.

Актуальные исследования подчеркивают, что выбор копинг-стратегий оказывает существенное влияние на адаптацию пациентов к заболеванию, их эмоциональное состояние и вовлеченность в лечение: использование стратегии социальной поддержки и других адаптивных стратегий (принятие, позитивная переоценка) связано со снижением симптомов тревоги, депрессии и эмоционального дистресса, в то время как избегание и пассивное принятие, наоборот, усиливают их. Адаптивные копинги также усиливают положительное влияние социальной поддержки на психологическую устойчивость и приверженностью лечению [16, 19, 20].

Результаты, полученные в настоящем исследовании с использованием опросника ССП, позволяют несколько глубже понять поведенческие и психологические механизмы, лежащие в основе различий в приверженности лечению среди онкологических пациентов, но предписывают осторожность в интерпретации. Было установлено, что пациенты с низким уровнем приверженности лечению достоверно чаще прибегают к стратегии поиска социальной поддержки, что требует дальнейшей проверки на расширенной выборке. Также по шкале «Конфронтация» зафиксирована тенденция к различиям: пациенты, демонстрирующие менее импульсивное и враждебное поведение, склонны быть более вовлеченными в терапевтический процесс. Выявленные различия в частоте использования отдельных копинг-стратегий позволяют предположить, что способы совладания могут быть значимыми психологическими факторами, связанными с уровнем приверженности лечению.

Ограничения исследования. В исследовании есть ряд существенных ограничений, затрудняющих интерпретацию полученных данных и их экстраполяцию на расширенную когорту пациентов с онкологическими заболеваниями. Необходимо отметить гетерогенность исследованной выборки: в нее вошли в основном женщины, пациенты с разными диагнозами (с преобладанием диагноза рак молочной железы), разными терапевтическими режимами, разными стадиями заболевания, разным статусом по инвалидности, т. е. с разными степенями тяжести (объективной и субъективной) и разными прогнозами; также в выборке отмечается большой разброс по возрасту.

Выборка характеризуется небольшим объемом в целом и малым числом пациентов, составивших подгруппы, что значимо затрудняет их сравнение и указывает на предварительный характер выводов. Ограничением является и кросс-секционный дизайн, не позволяющий делать выводы о причинно-следственных связях между изученными переменными.

Перспективами дальнейших исследований представляются более детальное изучение клинических характеристик пациентов и их связи с приверженностью на расширенной выборке и качественный анализ данных, полученных в ходе клинико-психологического интервью, а также сопоставление данных об уровне приверженности лечению, полученных с помощью различных диагностических инструментов.

Заключение. Результаты настоящего исследования выявили ряд факторов, связанных с приверженностью лечению у пациентов, имеющих онкологические заболевания. Полученные предварительные данные демонстрируют, что особенности эмоционального состояния, восприятие болезни, копинг-стратегии пациентов могут различаться в группах с различным уровнем приверженности лечению.

Таким образо, подтверждается значимость комплексной оценки психологического состояния пациентов в контексте прохождения лечения онкологических заболеваний, в первую очередь при проведении химиотерапии. Включение психологических интервенций в терапевтические программы может способствовать повышению вовлеченности пациентов в процесс лечения, их адаптации к заболеванию и терапевтическому процессу и, как следствие, улучшению прогноза.

Литература / References

1. *Андрющенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2003;103(5):11–18.*

Andryushenko AV, Drobizhev MYu, Dobrovol'skii AV. Comparative assessment of the CES-D, BDI and HADS scales in the diagnosis of depression in general medical practice. Zhurnal Nevrologii I Psikhiatrii imeni S.S. Korsakova. 2003;103(5):11–18. (In Russ.).

2. *Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю., Новожилова М.Ю. с соавт. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева; 2009.*
Vasserman L.I., Iovlev B.V., Isaeva E.R., Trifonova E.A., Shchelkova O.Yu., Novozhilova M.Yu. s soavt. Metodika dlya psihologicheskoj diagnostiki sposobov sovladaniya so stressovymi i problemnymi dlya lichnosti situaciyami: posobie dlya vrachej i medicinskih psihologov. SPb.: NIPNI im. V.M. Bekhtereva; 2009. (In Russ.).
3. *Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О. (ред.). Состояние онкологической помощи населению России в 2023 году. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2024.*
Kaprin A.D., Starinskij V.V., Shahzadova A.O. (red.). Sostoyanie onkologicheskoj pomoshchi naseleniyu Rossii v 2023 godu. M.: MNIOI im. P.A. Gercena — filial FGBU «NMIC radiologii» Minzdrava Rossii; 2024. (In Russ.).
4. *Николаев Н.А., Скирденко Ю.П., Жеребилов В.В. Количественная оценка приверженности к лечению в клинической медицине: протокол, процедура, интерпретация. Качественная клиническая практика. 2016;1:50–59.*
Nikolayev NA, Skirdenko UP, Zherebilov VV. Quantitative assessment of adherence to treatment in clinical medicine: protocol, procedure, interpretation. Kachestvennaya klinicheskaya praktika. 2016;1:50–59. (In Russ.).
5. *Семенова Н.В., Ляшковская С.В., Лысенко И.С., Чернов П.Д. Клинико-психологические особенности пациентов с онкологическими заболеваниями в период активного специализированного лечения в связи с задачами оказания психотерапевтической помощи. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2018;(1):33-41.*
Semenova NV, Lyashkovskaya SV, Lysenko IS, Chernov PD. Clinical and psychological characteristics of patients with oncological diseases during the period of active specialized treatment in connection with the problems of psychotherapy. Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva. 2018;(1):33-41. (In Russ.).
6. *Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни. Психологические исследования. 2017;10(51):1–14.*
Yaltonsky VM, Yaltonskaya AV, Sirota NA, Moskovchenko DV. Psychometric properties of the Russian version of Brief illness Perception Questionnaire. Psikhologicheskie issledovaniia. 2017;10(51):1–14. (In Russ.). https://doi.org/10.54359/ps.v10i51.407
7. *Alhofaian A, Alaamri MM, Abdalmajeed MA, Wadaah LS, Aljuhani LA, Amin MA et al. The Role of Illness Perception and Self-Efficacy in Determining Quality of Life among Cancer Patients. Clin Pract. 2024;14(2):498–507. https://doi.org/10.3390/clinpract14020038*
8. *Arrieta Ó, Angulo LP, Núñez-Valencia C, Dorantes-Gallareta Y, Macedo EO, Martínez-López D et al. Association of Depression and Anxiety on Quality of Life, Treatment Adherence, and Prognosis in Patients with Advanced Non-small Cell Lung Cancer. Ann Surg Oncol. 2013;20:1941–1948. https://doi.org/10.1245/s10434-012-2793-5*
9. *Basım P, Argun D, Özdenkaya Y. Self-reported medication adherence in differentiated thyroid cancer survivors: Role of illness perception and medication beliefs. Head & Neck. 2020:1–10. https://doi.org/10.1002/hed.26488*
10. *Brant JM, Beck S, Dudley WN, Cobb P, Pepper G, Miaskowski C. Symptom trajectories in posttreatment cancer survivors. Cancer Nursing. 2011;34:67–77. https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181f04ae9*
11. *Chen Y, Nam Ng MS, Wei X, Zhang L, Choi KC, Ma Y et al. Medication perceptions mediate the association between illness perceptions and adherence to oral anticancer agents among patients with gastrointestinal tract cancer: A cross-sectional study. Eur J Oncol Nurs. 2025;76:102720.*
12. *https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102720*
13. *DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. Arch Intern Med. 2000;160(14):2101–2107. https://doi.org/10.1001/archinte.160.14.2101*
14. *Hansen JM, Kjaer TK, Mellemgård A, Oksen MS, Andersen I, Dalton SO. Association between anxiety and depression symptoms and completion of first-line treatment in newly diagnosed lung cancer patients. Acta Oncologica. 2023;62(7):820–824. https://doi.org/10.1080/0284186X.2023.2207745*
15. *Jones TL, Edbrooke L, Rawstorn JC, Hayes SC, Maddison R, Denehy L, Short CE. Self-efficacy, motivation, and habits: psychological correlates of exercise among women with breast cancer. Support Care Cancer. 2023;31(10):584. https://doi.org/10.1007/s00520-023-08040-7*
16. *Kaptein AA, Schoones JW, van der Meer PB, Matsuda A, Murray M, Heimans L et al. Psychosocial determinants of adherence with oral anticancer treatment: 'we don't need no education'. Acta Oncologica. 2021;60(1):87–95. https://doi.org/10.1080/0284186X.2020.1843190*
17. *Liang T, Mao L, Du X, Chen F. Hematological cancer patients' social support, coping strategies, anxiety, depression and posttraumatic growth: a structural equation model. Front Oncol. 2025;15:1540973. https://doi.org/10.3389/fonc.2025.1540973*
18. *Lima T, Torres A, Carvalho P, Teixeira RJ. Defining and Assessing Distress in Oncology Patients: A Systematic Review of the Literature. Healthcare (Basel). 2025;13(16):1976.*

https://doi.org/10.3390/healthcare13161976

19. *Miller SM. Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. J Pers Soc Psychol. 1987;52:345–353. https://doi.org/10.1037//0022-3514.52.2.345*
20. *Yin Y, Lyu M, Chen Y, Zhang J, Li H, Li H et al. Self-efficacy and positive coping mediate the relationship between social support and resilience in patients undergoing lung cancer treatment: A cross-sectional study. Front. Psychol. 2022;13:953491. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.953491*
21. *Zamanian H, Amini-Tehrani M, Jalali Z, Daryaafzoon M, Ala S, Tabrizian S et al. Perceived social support, coping strategies, anxiety and depression among women with breast cancer: Evaluation of a mediation model. European Journal of Oncology Nursing. 2021;50:101892. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101892*

Сведения об авторах

Гринь-Яценко Борис Александрович — студент Санкт-Петербургского государственного университета, Санкт-Петербург, 199034, Университетская наб. 7–9. E-mail: boris.gi@yandex.ru

Яковлева Мария Викторовна — кандидат психологических наук, доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета. E-mail: m.v.yakovleva@spbu.ru

Середа Ольга Андреевна — врач-онколог Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова Санкт-Петербургского государственного университета, Санкт-Петербург. E-mail: bluebell221b@mail.ru

Джелялов Эрнест Серверович — врач-онколог Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова Санкт-Петербургского государственного университета, 190121, наб. реки Фонтанки 154. E-mail: ernest.dzhelialov@gmail.com

Пушкарук Георгий Александрович — врач-онколог ЦАОП СПБ ГБУЗ ГП 109, Санкт-Петербург, 192283, ул. Олеко Дундича 8/2. E-mail: goodpush2020@gmail.com

Белоусов Александр Михайлович — доктор медицинских наук, заместитель главного врача по медицинской части (хирургия и онкология), врач-хирург, онколог Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова Санкт-Петербургского государственного университета. E-mail: info@aleksandrbelousov.ru

Ефремов Сергей Михайлович — доктор медицинских наук, заместитель начальника управления научных исследований по Клинике высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова Санкт-Петербургского государственного университета, врач анестезиолог-реаниматолог, профессор кафедры сердечно-сосудистой хирургии Санкт-Петербургского государственного университета. E-mail: sergefremov@mail.ru

Поступила 11.12.2025
Received 11.12.2025
Принята в печать 09.07.2026
Accepted 09.07.2026
Дата публикации 30.10.2026
Date of publication 30.10.2026