

РОЛЬ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ В ФОРМИРОВАНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА И ВИЧ

Е.В. ЛЮБАЕВА, С.Н. ЕНИКОЛОПОВ

Введение

О приверженности говорят, когда имеют в виду верность какому-то великому делу, актуальную склонность к чему-то определенному. Этот термин живет как в политике, в философии, в этике, так и в медицине. «Вера», «доверие», «приверженность»... Не случайно эти слова имеют общий корень, они взаимосвязаны. Без веры в победу невозможно вести борьбу. Доверие есть основа отношений, которые строятся между врачом и пациентом. На основе доверия возникает надежда на излечение, растет вера в лучшее будущее.

В медицинской практике приверженность характеризует отношение больного к лечению. В ситуации лечения хронических заболеваний, которые не беспокоят больного постоянно, а имеют скрытое течение или грозят приступом, или нежелательными отдаленными последствиями, бывает необходимо ежедневное лечение, которое контролирует сам пациент. Выполнение всех предписаний доктора возможно только в том случае, если у пациента формируется приверженность к лечению. Если больной доверяет врачу и верит в результат лечения, он согласен на внесение изменений в привычный образ жизни, рацион питания и готов к длительному приему препаратов. В том случае, если назначенное лечение плохо переносится пациентом, побочные явления от приема препаратов приносят страдания (тошнота, бессонница, головокружение и т.п.), вера в успех мероприятия должна быть ещё сильнее. В сознании больного происходит выбор: на одной чаше весов — поддержание здо-

ровья, полноценное функционирование, на другой — нежелательные побочные эффекты, следование диете и другие ограничения. Чтобы у пациента сформировалась высокая приверженность, баланс между выгодой от лечения и преодолением страдания должен непременно быть в пользу лечения. По имеющейся статистике, в процессе лечения хронических заболеваний половина пациентов прекращает лечение, а среди тех, кто продолжает принимать препараты, только 50-60% принимают все предписанные дозы. Нет общепризнанного определения, какая приверженность терапии является адекватной, терапевтическая эффективность зависит от конкретного препарата и заболевания [Venner et al., 2002; Haynes, 2002].

Приверженность лечению — это количественная величина. Её значение может колебаться от 0% (когда не принята ни одна доза препарата), до 100% и более (когда пациент принимает дозы большие, чем ему предписано). Отношение количества принятого препарата к количеству предписанного препарата, выраженное в %, и есть приверженность [Pullar et al., 1989, 163; Spilker, 1991, 37].

Если говорить конкретно о ВИЧ-инфекции, — о заболевании, при котором в организме заболевшего человека живет и постоянно размножается вирус иммунодефицита человека, вопрос о приверженности терапии стоит особенно остро. Нарушение режима приема препаратов может привести к возникновению лекарственной устойчивости и даже выработке резистентных штаммов возбудителей [Rudd, 1998, 57]. Например, для лечения ВИЧ-инфекции требуется обязательный прием не менее 95% дозы препарата. Поскольку ВИЧ имеет склонность к быстрым мутациям, в организме всегда сохраняется возможность для появления штаммов, нечувствительных к тому или иному препарату. В этой ситуации перерывы в лечении или прием недостаточной дозы позволяет этим мутантам заместить «дикий» штамм, что будет приводить к недостаточности терапии и возможному распространению мутантного штамма в популяции. Лечение туберкулеза также требует времени и постоянного наблюдения специалиста. Успех лечения зависит от времени обращения больного, правильного выбора препаратов и ответственного отношения к длительному лечению. В арсенале врача остается все меньше препаратов, если пациент прерывает лечение туберкулеза. Прерывание лечения ТБ грозит рецидивирующим процессом, а также появлением формы ТБ с множественной лекарственной устойчивостью.

Таким образом, дисциплина в лечении заболеваний ВИЧ и ТБ имеет большое социальное значение, а вопрос следования рекомендациям из вопроса о личном выборе пациента в области приема или неприма пре-

паратов превращается в вопрос общественного здоровья, когда действия одного пациента потенциально могут наносить ущерб другим людям.

Исследователи проанализировали основные факторы, влияющие на приверженность к антиретровирусной терапии (АРВТ). Все факторы можно разделить на пациент-независимые, к которым относятся биологические и фармакологические свойства препаратов (кратность и число единиц приема, наличие побочных эффектов) и пациент-зависимые (социально-демографические и поведенческие) [Беляева, 2009; Mills, 2006]. Факторы, являющиеся барьерами для достижения высокой приверженности, были классифицированы и разделены на четыре основные группы: 1) связанные с пациентом; 2) связанные с препаратами; 3) имеющие отношение к режиму приема; 4) отражающие меры личностного взаимоотношения [Mills, 2006].

1) Барьеры, связанные с самим пациентом, перечислены в порядке убывания частоты встречаемости, от наиболее значимых к наименее значимым:

- желание скрыть наличие заболевания, страх стигматизации;
- чувство безнадежности, обреченности;
- наркомания, алкоголизм;
- забывчивость;
- недоверие к системе здравоохранения;
- нежелание принимать препараты и наличие интереса к альтернативной медицине;

• ощущение того, что лечение — напоминание о болезни;

- желание самому контролировать свою жизнь;
- непонимание принципа действия препаратов;
- неприятие факта инфицирования;
- низкая самооценка;
- финансовые и социальные проблемы.

2) Барьеры, связанные с препаратами (в порядке убывания значимости):

- побочные эффекты (реальные или предполагаемые);
- сложные схемы приема препаратов;
- вкус, размер, частота приема и количество таблеток;
- улучшение самочувствия;
- сомнения в эффективности;
- снижение качества жизни;
- отсутствие веры в долгосрочный эффект от приема препаратов;
- нежелательные изменения во внешности.

3) Барьеры, связанные с частотой приема препаратов:

• несоответствие между стилем жизни пациента и режимом приема препаратов, необходимость изменения ритма жизни;

- наличие жестких диетических требований;
- сложности с приемом препарата в определенный час (раннее пробуждение, занятость на работе, забывчивость);
- необходимость получения препаратов в аптеке, либо отсутствие такой возможности.

4) Барьеры, связанные с личностными особенностями пациента:

- отсутствие доверия либо негативное отношение к врачам или иным сотрудникам системы здравоохранения;
- отрицательная информация о терапии, полученная из СМИ или от других пациентов;
- социальная изоляция, отсутствия поддержки близкого окружения [Haynes, 2002; Mills, 2006].

В ряде исследований описаны также факторы, играющие положительную роль в формировании приверженности. Среди них названы: высокая самооценка, отмеченные положительные результаты после приема АРВТ. Следует отметить, что принятие пациентом факта своей инфицированности является залогом более ответственного следования рекомендациям врача и более высокой приверженности терапии. Социальное окружение пациента играет ключевую роль в преодолении барьеров, связанных с режимом приема препаратов. Положительные межличностные отношения являются крайне важными для формирования приверженности. Наличие доверия по отношению к врачу отмечено как мотивирующий фактор во многих исследованиях приверженности терапии. Врач или иной консультант может построить мотивацию на лечение и стимулировать приверженность пациента путем обсуждения смысла жизни, повышения его самооценки, самоуважения и путем формирования новых жизненных ценностей.

Среди факторов, мотивирующих пациента на лечение и стимулирующих приверженность, исследователи отмечают наличие детей или других значимых людей, ради которых «нужно жить»; осведомленность друзей и семьи больного о ВИЧ-инфекции, поддержка с их стороны. Из психологических методов эффективным является мотивационное интервью, разъяснительные беседы. Индивидуальный подход к подбору схемы терапии может максимально оптимизировать процесс лечения к образу жизни больного. Экономические стимулы, как положительные, так и отрицательные, достаточно эффективны в борьбе за повышение приверженности, особенно у наркозависимых пациентов. Самым простым и действенным способом стимулирования приверженности остается регулярное напоминание о приеме препаратов со стороны близкого окружения или медицинского персонала [Haynes, 2002].

Наряду с приверженностью используют другую психологическую характеристику состояния больного — качество жизни (КЖ). В отличие от приверженности, эта характеристика является субъективной. Это субъективная оценка степени удовлетворенности жизнью, самооценка, самоотчет, которые дает человек, страдающий тем или иным заболеванием. Качество жизни человека изменяется с течением времени под влиянием совокупности экзогенных и эндогенных факторов.

При некоторых хронических заболеваниях, склонных к прогрессированию и протекающих с обострениями, значительно ограничивается нормальное существование человека, и эти ограничения могут стать важнее для больного, чем сама болезнь. Хроническая болезнь накладывает на психику больного сильный отпечаток, обостряя невротические черты. КЖ в этом случае отражает способность больного адаптироваться к проявлениям своей болезни. Физическая слабость, как клиническое проявление синдрома интоксикации при туберкулезе, является основным фактором снижения КЖ.

Снижение качества жизни больных может быть обусловлено субъективными переживаниями, связанными с социальными последствиями заболевания. Больные туберкулезом и ВИЧ-инфекцией понимают, что ситуация лечения накладывает определенные ограничения на их жизнь, прежде всего — нетрудоспособность, снижение повседневной активности. Тяжелее всего больные переживают разлуку с семьей, тоску, страх перед будущим и боль [Любаева, Ениколопов, 2008, с. 38]. Отношение к этим больным со стороны общества чрезвычайно значимо для качества их жизни. Явление стигматизации, дословно — «наличия пятна», проявляется в общественном сознании в отношении людей, страдающих этими заболеваниями. Изначально это явление было связано с недостаточной информированностью населения о заболеваниях ВИЧ-инфекцией, представлением о том, что СПИД является закономерным результатом аморального и асоциального поведения. Вследствие «социальной запятанности» больные подвергались дискриминации на рабочем месте, в социальной и общественной жизни [Приводится по: ВИЧ-инфекция, 2000, 496 с.].

Знание психологических проблем пациентов, страдающих ВИЧ и ТБ, поможет врачам строить отношения доверия с больными и создавать атмосферу сотрудничества в процессе лечения. Это в свою очередь приведет к преодолению внутреннего сопротивления диагностике и лечению, а также к повышению обращаемости пациентов в специализированные учреждения [Любаева, Ениколопов, 2008, с. 38].

В исследовании был использован 5-факторный опросник для выявления базовых личностных особенностей. Каждый фактор включает в

себя множество более конкретных черт. «Большая пятерка» спроектирована так, чтобы охватить те личностные черты, которые люди считают наиболее важными для взаимодействия друг с другом, несут информацию об индивидуальных различиях, необходимых для благополучия как конкретного индивида, так и группы. Они помогают прогнозировать поведение окружающих в широком спектре значимых ситуаций [Сурегман, 2009, 667—84]. Каждая из пяти черт 5-факторной модели выполняет определенную функцию в плане адаптации индивида к социальной среде. В частности, экстраверсия отвечает за приближение положительных событий, нейротизм — за избегание негативных событий, добросовестность — за эффективное управление реакциями приближения и избегания, открытость опыту — интерес к наградам и поощрениям, а согласие — к формированию социальных альянсов и связей [Egeren, 2009, 92—108].

Цель исследования

Поиск базовых индивидуальных психологических характеристик пациентов, от которых зависит их отношение к ситуации лечения и приверженность терапии ВИЧ и ТБ.

Материалы и методы

Пациенты туберкулезной больницы № 7 г. Москвы (116 чел.), 86 мужчин и 30 женщин, средний возраст 31 год, стадия ВИЧ-инфекции IVБ, IVВ (по российской классификации), с различными формами туберкулеза — находились под наблюдением психолога. С больными проводили психодиагностическую беседу, в ходе которой выясняли жизненную ситуацию пациента, его знания и мысли о заболевании и предстоящем лечении, отношении к пребыванию в стационаре, к врачам. Беседа давала больному возможность свободно выразить свои чувства, высказать соматические жалобы и психологические проблемы. Таким образом, психодиагностическая беседа позволяла установить контакт с пациентом, провести коррекцию неверных представлений больного о заболевании (в случае необходимости), а также построить мотивацию на лечение. В процессе беседы пациенту предъявляли опросник для определения уровня качества жизни (КЖ) — автоматизированный компьютерный тест «Quality of Life» (автор В.П. Зайцев). Для диагностики базовых черт личности был использован 5-факторный личностный опросник, (авторы Р. Мак-Крей и П. Коста, 1987). Психодиагностические методики предъявлялись больному постепенно, с учетом тяжести состояния и утомляемости. Обычно для беседы со сбором анам-

неза и предъявлением методик требовалось 4—5 встреч с пациентом. Предложенные в ходе беседы методики имели не только диагностическое, но и психотерапевтическое значение.

Степень приверженности лечению оценивали субъективно, в психодиагностической беседе, по произвольной шкале 1—3, где значению 1 соответствует низкая приверженность, 2 — средняя, 3 — высокая. Поиск корреляций между значением факторов и уровнем приверженности проводился в статистической программе SPSS.

Обсуждение результатов

Уровни 5 базовых факторов, которые остаются стабильными в течение всей жизни взрослого человека, были измерены в группе больных ВИЧ/ТБ.

Таблица 1

Распределение уровней факторов в группе больных ВИЧ/ТБ, %

Факторы	Очень низкий 1	Низкий 2	Средний 3	Высокий 4	Очень высокий 5
N нейротизм	0	0	7	32	61
E экстраверсия	32	18	24	14	11
O открытость опыту	18	7	32	25	18
A согласие	32	39	18	11	0
C добросовестность	31	29	25	11	4

Очень высокий уровень выраженности нейротизма (N = 5 баллов) обнаружен у 61% больных в этой группе и свидетельствует о явном беспокойстве, нервозности, неадекватности реакций, неуверенности в себе, легкости возникновения отрицательных эмоций, склонности к негативным переживаниям, тревожности. Высокий уровень выраженности (N = 4 балла) выявлен у 32% больных и характеризует их достаточной реактивностью в сложных ситуациях, неуверенностью в своих силах, подверженностью отрицательным эмоциям. Только 7% больных в этой группе со средним уровнем выраженности (N = 3 балла); т.е. эмоциональной устойчивостью и реактивностью в равной степени. Таким образом, высокий и очень высокий уровень выраженности фактора нейротизма выявлен у подавляющего большинства пациентов, страдающих ВИЧ-инфекцией и ТБ (93%), в то время как в здоровой популяции превалирует средний уровень нейротизма (N = 3 балла) (рис. 1).

Обнаружена корреляция между значением фактора нейротизма у пациентов и уровнем КЖ (табл. 2).

Рис. 1 Значение уровней фактора N (нейротизма) в группе пациентов, страдающих ВИЧ и ТБ

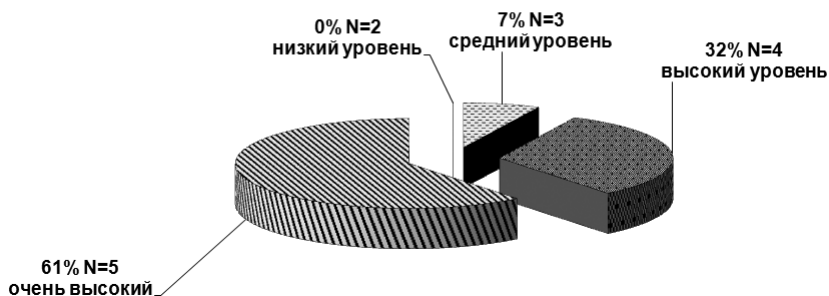


Таблица 2

Соотношение между значением фактора нейротизма и уровнем КЖ

Фактор нейротизма, N	Число больных в группе, %	Среднее значение уровня качества жизни в группе пациентов
Очень высокий (N = 5 баллов)	61	- 10,2
Высокий (N = 4 балла)	32	- 6,1
Средний (N = 3 балла)	7	- 4,2

Индивидуальные психологические особенности человека влияют на его отношение к заболеванию, на качество его жизни, на поведение пациента в ситуации лечения. Нейрофизиологическая интерпретация фактора нейротизма — уровень активации лимбической системы организма. Повышенный нейротизм связан с более высокой реактивностью на события во внутренней среде организма, эмоциональная устойчивость, наоборот, результат более низкой реактивности [Блейхер, 1996, с. 712; Первин, 2000, с. 607]. Таким образом, чем выше значение фактора нейротизма, тем значительнее снижение уровня КЖ (рис. 2).

Средний уровень «Экстраверсии» (E) в группе больных ВИЧ и ТБ снижен (рис. 3). Так, низкий и очень низкий уровень фактора E выявлен у 50% больных этой группы. Очень низкий уровень выраженности (1 балл) встречается в 32% случаев.

Отличительными чертами таких людей являются стремление к абсолютной независимости, самостоятельности, индивидуализм. Такой человек избегает широкого круга общения.

Рис.2 Зависимость качества жизни от фактора нейротизма (N)

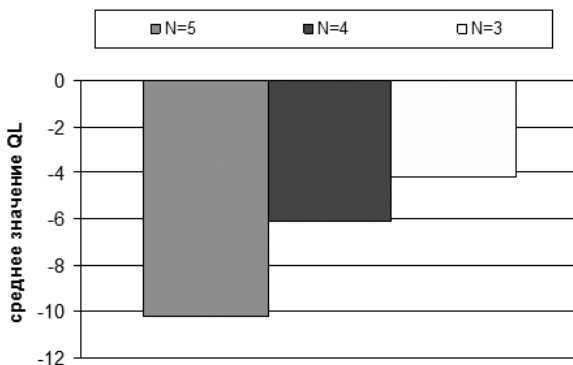
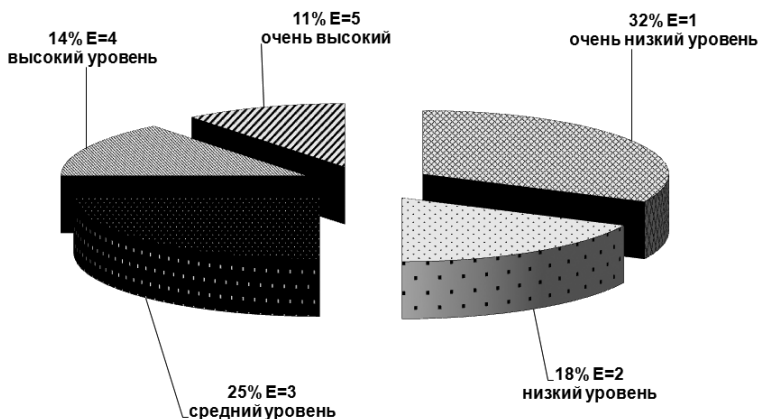


Рис.3 Значение уровней фактора Е (экстраверсии) в группе пациентов, страдающих ВИЧ и ТБ



Низкий уровень выраженности (2 балла) — 18% случаев, характеризуется стремлением к независимости, самостоятельности. Такого человека отличает сдержанность в общении с людьми, он не нуждается в обширных контактах; в больших компаниях предпочитает оставаться в тени.

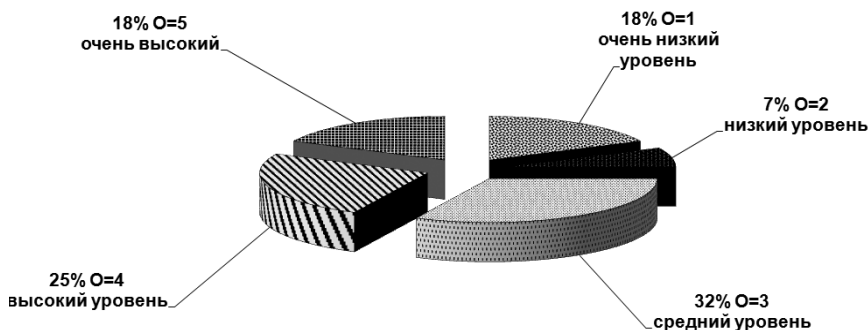
Средний уровень выраженности (3 балла) встречается у 25% больных ВИЧ и ТБ и говорит об амбивертности: такие люди способны как к жизни в состоянии изоляции, так и к активной деятельности в социуме.

У 14% пациентов группы — высокий уровень выраженности фактора Е (4 балла). Их отличительными чертами являются общительность, активность, некоторая импульсивность, в большинстве случаев оптимистичность, достаточная физическая и вербальная активность.

Очень высокий уровень выраженности фактора Е (5 баллов) встречается у больших изучаемой группы довольно редко (11%); отличительными чертами этих людей являются общительность, активность, импульсивность, поиск новой мощной внешней стимуляции, ориентированность на людей, ласковость, разговорчивость, оптимистичность.

Фактор «Открытость опыту» (О) измеряет активный поиск нового опыта и признание его самостоятельной ценности; терпимость к чужому, непривычному и исследовательский интерес к нему. В исследуемой группе пациентов одинаковое число (18%) имеет как очень высокий уровень фактора О (5 баллов), так и очень низкий уровень фактора О (1 балл). В общей массе в группе преобладает высокая (4 балла) — 25% и средняя (3 балла) — 32% выраженность фактора О (рис. 4).

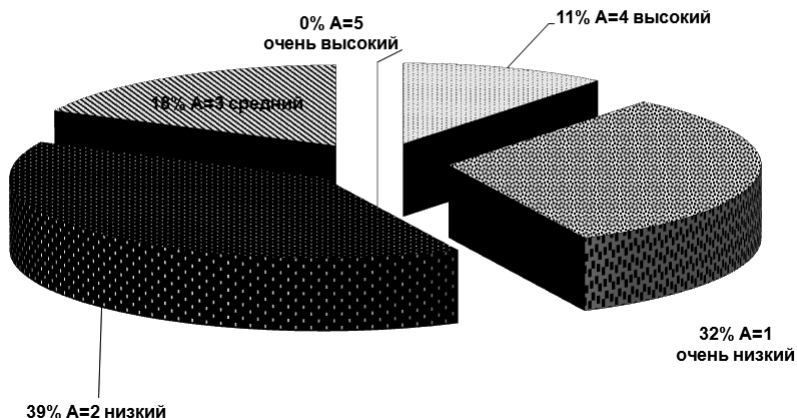
Рис. 4 Значение уровней О (открытость опыту) в группе пациентов, страдающих ВИЧ и ТБ.



Уровень значений фактора «Согласие» (А) в группе больных ВИЧ и ТБ преимущественно низкий (2 балла) — 39% и очень низкий (1 балл) — 32%, что может указывать на эгоцентризм, озабоченность только своими потребностями, проявление небрежности, беспечности, безразличия в отношениях с людьми. Противопоставление себя обществу приводит таких людей даже к проявлению агрессивности, враждебности, мстительности по отношению к другим. 18% пациентов исследуемой группы имеют сред-

ний уровень фактора А (3 балла) и при достаточной жесткости могут учитывать интересы группы, для 11% характерны высокий уровень социализации, доверие к людям, прямота и доброжелательность (4 балла). Очень высокий уровень фактора А не выявлен в этой группе (рис. 5).

Рис.5 Значение уровней фактора А (Согласие) в группе пациентов, страдающих ВИЧ и ТБ

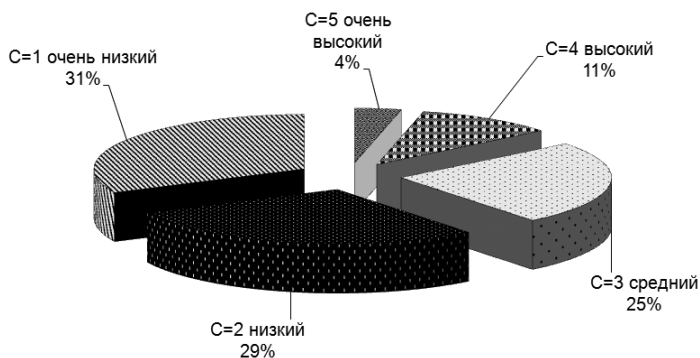


Фактор «Добросовестность» (С) имеет очень низкий уровень выраженности (1 балл) у 31% больных исследуемой группы, низкий уровень (2 балла) у 29% больных. Таким образом, 60% пациентов этой группы отличаются спонтанностью, слабоволием, ленью, неорганизованностью, гедонистической направленностью. Такие люди легко бросают начатое дело, слабо контролируют собственные импульсы. Однако, в группе больных ВИЧ и ТБ 25% больных имеют средний уровень выраженности фактора С (3 балла) и способны к целенаправленной деятельности. 11% имеют высокий (4 балла), а 4% — очень высокий (5 баллов) уровень выраженности фактора С (рис. 6). Им свойственны высокое самообладание, организованность, ответственность, надежность и тщательность.

Таким образом, в результате проведения исследования индивидуальных личностных качеств в группе больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ, выявлены общие тенденции:

- 1) высокий и очень высокий уровень нейротизма (93%);
- 2) уровень экстраверсии в группе ниже среднего;
- 3) низкий и очень низкий уровень согласия (71%);
- 4) уровень добросовестности — низкий и очень низкий (60%).

рис.6 Значения уровней фактора С (добросовестность) в группе пациентов, страдающих ВИЧ и ТБ



В данном исследовании обнаружена связь между некоторыми базовыми личностными качествами человека и его приверженностью терапии заболеваний ВИЧ и ТБ. Больные ВИЧ и ТБ были произвольно распределены по шкале приверженности на 3 группы: 1 — низкая приверженность, 2 — средняя, 3 — высокая. При распределении учитывалось отношение к лечению, ответственность, аккуратность пациентов в приеме препаратов и соблюдении рекомендаций врача.

Таблица 3

Среднее значение уровня факторов у пациентов с различным уровнем приверженности

Приверженность Факторы \	Уровень приверженности 1	Уровень приверженности 2	Уровень приверженности 3
N	36	30	34,5
E	34,5	43	45,9
O	33,8	40,5	43,5
A	40	40	42,7
C	34,4	47	52

Степень приверженности терапии ВИЧ и ТБ у больных — в прямой зависимости от уровня факторов E (экстраверсия), O (открытость опыту), C (добросовестность). Графики (рис. 7, 8) иллюстрируют прямую пропорциональную зависимость степени приверженности лечению от этих факторов. Поскольку индивидуальные психологические компоненты первичны по отношению к формированию приверженности, они могут служить предикторами дальнейшего отношения пациента к процессу

лечения. Учитывая значения уровней этих факторов, можно прогнозировать приверженность пациентов терапии. В случае вероятности формирования низкой приверженности необходимы дополнительные мероприятия в процессе психологического сопровождения пациента.

Рис.7 Связь между значениями личностных факторов **Согласия(А)** и **Добросовестности(С)** и приверженностью лечению в группе больных ВИЧ и ТБ

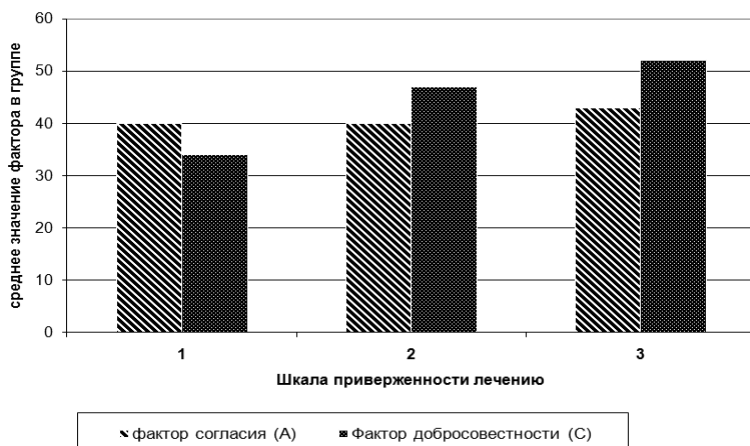
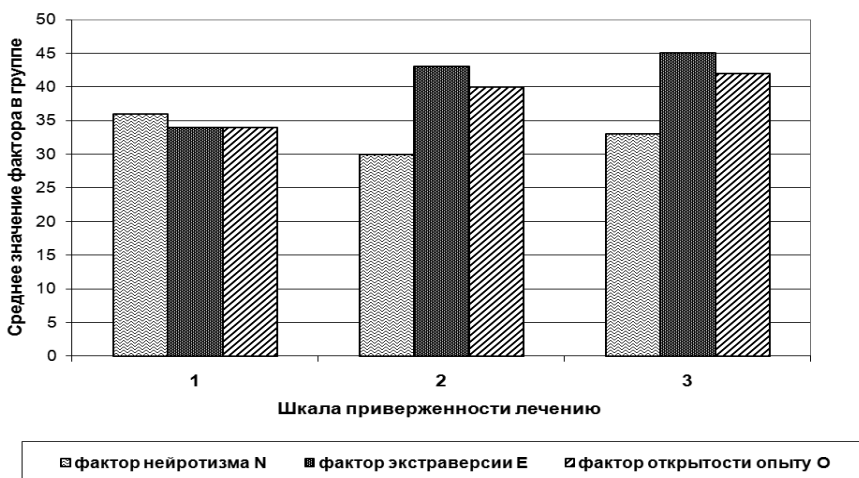


Рис.8 Связь между значениями личностных факторов **N (нейротизма)**, **экстраверсии (Е)**, **открытости опыту (О)** и приверженностью лечению в группе больных ВИЧ и ТБ



Наиболее доступной формой психологической помощи является индивидуальная беседа, направленная на преодоление тревоги, снятие напряжения. Прежде всего, необходимо определить факторы, являющиеся барьерами для достижения высокого уровня приверженности лечению данного конкретного пациента. В процессе беседы целесообразно использовать элементы разъяснительной и рациональной психотерапии. Разъяснительная психотерапия эффективна в тех случаях, когда больной охотно воспринимает объяснения врача, направленные на коррекцию неправильных суждений пациента, его оценки своего болезненного состояния. В случаях, когда больной не соглашается с врачом в этих вопросах, применяется рациональная психотерапия. Существенной чертой этого метода является воздействие логическим убеждением. Целесообразно такое психотерапевтическое воздействие, которое могло бы оказать активирующее влияние на пациента, дать стимул к деятельности, направленной на поиски наилучшего выхода из психотравмирующей ситуации, подготовку его к неизбежной перестройке жизненного стереотипа, адаптацию к изменению жизненных перспектив.

Больные ВИЧ-инфекцией и ТБ в большинстве своём отличаются низкой самооценкой, неуверенностью в себе, внешней локализацией контроля. Низкая самооценка снижает уровень качества жизни. Повышая самооценку пациента, консультант повышает ответственность пациента за лечение, формирует благоприятную почву для сотрудничества с врачом, для повышения приверженности терапии ВИЧ и ТБ [Любаева, Ениколопов, 2008, с. 38] .

Индивидуальный подход к каждому пациенту обеспечивается за счет возможности учитывать его базовые психологические характеристики, особенности социального статуса. Индивидуальными являются и проявления нежелательных побочных явлений в процессе приема препаратов, с которыми каждый больной вынужден справляться по-своему. Необходимо использовать возможность нивелирования отдельных отрицательных факторов, воздействующих на процесс лечения, на отношение больного к ситуации пребывания в стационаре.

Заключение

Знание индивидуальных психологических характеристик пациентов можно использовать для прогноза уровня приверженности лечению ВИЧ/ТБ. Низкие значения факторов экстраверсии, открытости опыту и добросовестности говорят о целесообразности

психологического сопровождения для таких пациентов. Больные с высоким уровнем нейротизма нуждаются в психотерапевтической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

- Беляева В.В. Повышение приверженности к антиретровирусной терапии и предупреждение лекарственной устойчивости / Беляева В.В. М., 2009. 52 с.
- Блейхер В. Практическая патопсихология: Руководство для врачей и мед. психологов / Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Ростов н /Д., 1996. 712 с.
- Любаева Е.В. Качество жизни и индивидуальные психологические особенности личности пациентов с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом / Любаева Е.В., Ениколопов С.Н., Кравченко А.В. // Журн. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2008. № 3. с. 38—42.
- Первин Л. Психология личности: Теория и исследования / Первин Л., Джон О. М.: Аспект Пресс, 2000. 607 с.
- ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. / под ред. В.В. Покровского. М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. 496 с.
- Benner J., Glynn R., Neumann P., Weinstein M. 2002. Longterm persistence in use of. *Journal of the American Medical Association*, 288: p. 455—461.
- Superman R., & Ickes W. 2009. Big Five predictors of behavior and perceptions in initial dyadic interactions: Personality similarity helps extraverts and introverts, but hurts «disagreeables». *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, p. 667—684.
- Egeren L.F. 2009. A cybernetic model of global personality traits. *Personality and Social Psychology Review*, 13, p. 92—108.
- Haynes R., McDonald H., and Garg A. 2002. *Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. JAMA*, 288: 2880—3.
- Mills E., Nachega J., Bangsberg D., Singh S., Rachlis B., P. Wu P., Wilson K., Buchan I., Gill C., and Cooper C. 2006. *Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators. PLoS Med*, 3(11): 438.
- Pullar T., Kumar S., Tindall H., and Feely M. 1989. Time to stop counting the tablets? *Clin. Pharmacol. Ther.*, 46: p.163—168.
- Rudd P. 1998. Compliance with antihypertensive therapy: raising the bar of expectations. *Am. J. Manag. Care*, 49; p. 57—66.
- Spilker B. 1991. *Patient Compliance in Medical Practice and Clinical Trials, chapter Methods of assessing and improving compliance in clinical trials*. Raven, New York, p. 37—56.

THE ROLE OF INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS IN DEVELOPING OF ADHERENCE TO TUBERCULOSIS AND HIV THERAPY

E.V. LUBAEVA, S.N. ENIKOLOPOV

The article is devoted to developing better psychological care to patients suffering from HIV and tuberculosis which are medically severe and socially difficult diseases. The success of their treatment depends a lot on patient's adherence to therapy. The actual questions of developing the adherence to therapy of these diseases are examined in the article.

Keywords: HIV infection, adherence to therapy, personality, psychological factors, therapy

- Beljaeva V.V. Povyshenie priverzhennosti k antiretrovirusnoj terapii i preduprezhdenie lekarstvennoj ustojchivosti / Beljaeva V.V. M., 2009. 52 s.
- Blejher V. Prakticheskaja patopsihologija: Rukovodstvo dlja vrachej i med. psihologov / Blejher V.M., Kruk I.V., Bokov S.N. Rostov n /D., 1996. 712 s.
- Ljubaeva E.V. Kachestvo zhizni i individual'nye psihologicheskie osobennosti lichnosti pacientov s VICH-infekciej i tuberkulezom / Ljubaeva E.V., Enikolopov S.N., Kravchenko A.V. // Zhurn. Jepidemiologija i infekcionnye bolezni. 2008. № 3. s. 38—42.
- Pervin L. Psihologija lichnosti: Teorija i issledovanija / Pervin L., Dzhon O. M.: Aspekt Press, 2000. 607 s.
- VICH-infekcija: klinika, diagnostika i lechenie / Pokrovskij V.V., Ermak T.N., Beljaeva V.V., Jurin O.G. / pod red. V.V. Pokrovskogo. M.: GJeOTAR Medicina, 2000. 496 s.
- Benner J., Glynn R., Neumann P., Weinstein M. 2002. Longterm persistence in use of. *Journal of the American Medical Association*, 288: p. 455—461.
- Cuperman R., & Ickes W. 2009. Big Five predictors of behavior and perceptions in initial dyadic interactions: Personality similarity helps extraverts and introverts, but hurts «disagreeables». *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, p. 667—684.
- Egeren L.F. 2009. A cybernetic model of global personality traits. *Personality and Social Psychology Review*, 13, p. 92—108.
- Haynes R., McDonald H., and Garg A. 2002. *Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. JAMA*, 288: 2880—3.
- Mills E., Nachega J., Bangsberg D., Singh S., Rachlis B., P. Wu P., Wilson K., Buchan I., Gill C., and Cooper C. 2006. *Adherence to HAART: a systematic review of devel-*

- oped and developing nation patient-reported barriers and facilitators. *PLoS Med*, 3(11): 438.
- Pullar T., Kumar S., Tindall H., and Feely M. 1989. Time to stop counting the tablets? *Clin. Pharmacol. Ther.*, 46: p.163—168.
- Rudd P. 1998. Compliance with antihypertensive therapy: raising the bar of expectations. *Am. J. Manag. Care*, 49; p. 57—66.
- Spilker B. 1991. *Patient Compliance in Medical Practice and Clinical Trials, chapter Methods of assessing and improving compliance in clinical trials*. Raven, New York, p. 37—56.