

Психологические факторы отказа от лечения





Введение

Сердечно-сосудистые заболевания и метаболические нарушения неизменно остаются одними из главных причин смертности и инвалидизации во всём мире. Несмотря на большой прогресс современной медицины, внедрение эффективных схем терапии и широкое распространение клинических рекомендаций, проблема низкой приверженности пациентов лечению остаётся крайне актуальной. Существенная часть пациентов отказывается от регулярного и адекватного приёма препаратов, не соблюдает рекомендации по улучшению образа жизни и демонстрирует выраженное недоверие к современным методам лечения.

В последние годы всё большее внимание уделяется психологическим аспектам поведения пациентов. Исследования показывают, что отказ от лечения часто связан не только с социально-экономическими факторами, но и с особенностями восприятия заболевания, когнитивными искажениями, эмоциональными реакциями и иррациональными убеждениями относительно собственного состояния здоровья.



Восприятие болезни как фактор отказа от лечения

Одной из ключевых концепций современной поведенческой кардиологии является понятие восприятие болезни (*illness perception*) — субъективного восприятия болезни пациентом. Данный феномен включает:

- понимание природы заболевания,
- оценку его тяжести,
- представление о хроническом течении,
- убеждения в отношении эффективности лечения,
- субъективный контроль над заболеванием.

Исследования показывают, что пациенты, недооценивающие серьёзность своего состояния, значительно чаще:

- нарушают режим лечения,
- прекращают приём препаратов,
- игнорируют рекомендации по питанию и физической активности,
- поздно обращаются за медицинской помощью.

Особенно часто подобные нарушения наблюдаются при артериальной гипертензии, метаболическом синдроме и дислипидемии, поскольку данные состояния могут длительное время протекать бессимптомно. Отсутствие субъективного ощущения болезни формирует ложное представление о «нормальном состоянии здоровья», вследствие чего пациенты не воспринимают необходимость постоянного лечения.

Иррациональные убеждения и когнитивные искажения

Среди пациентов с хроническими кардиометаболическими заболеваниями широко распространены различные когнитивные искажения и иррациональные убеждения.

Наиболее типичными являются:

- убеждение, что медикаменты «вреднее самой болезни»;
- мнение о возможности «контролировать давление самочувствием»;
- прекращение терапии после временной нормализации общего состояния;
- вера в «привыкание» к антигипертензивным препаратам;
- недоверие к длительной фармакотерапии;
- предпочтение альтернативных или недоказанных методов лечения.

Подобные установки существенно снижают эффективность терапии и повышают риск развития осложнений, включая инфаркт миокарда, инсульт и прогрессирование сердечной недостаточности.

Отдельного внимания заслуживает феномен отрицания хронического заболевания. Некоторые пациенты психологически избегают принятия диагноза, воспринимая необходимость постоянного лечения как угрозу собственной самостоятельности или признак «тяжёлого заболевания». В результате формируется защитное поведение, проявляющееся отказом от лечения и игнорированием рекомендаций лечащего врача.

Психологические барьеры изменения образа жизни



Коррекция образа жизни является одним из базовых компонентов профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Однако соблюдение рекомендаций по питанию, снижению массы тела, отказу от курения и увеличению физической активности требует длительных поведенческих изменений, которые нередко сопровождаются выраженным психологическим сопротивлением.

Наиболее распространёнными барьерами являются:

- низкая мотивация;
- эмоциональное выгорание;
- тревожность;
- депрессивные расстройства;
- отсутствие внутренней готовности к изменениям;
- чувство беспомощности;
- снижение самооценки.

У пациентов с ожирением и метаболическим синдромом дополнительно формируется циклическая модель поведения, при которой стресс и эмоциональное напряжение поддерживают патологические пищевые привычки и снижают способность к долгосрочному соблюдению рекомендаций.



Медицинская грамотность и доверие к терапии

Одним из значимых факторов низкой приверженности является недостаточный уровень медицинской грамотности. Ограниченное понимание механизмов заболевания и целей лечения приводит к ошибочной интерпретации симптомов и снижению доверия к терапии.

Пациенты нередко:

- не понимают необходимости длительного лечения;
- ожидают «быстрого излечения»;
- ориентируются исключительно на субъективное самочувствие;
- прекращают терапию при отсутствии симптомов.

Дополнительное влияние оказывают:

- противоречивая информация из интернета;
- псевдонаучные публикации;
- распространение недостоверных медицинских данных в социальных сетях;
- коммерциализация альтернативных методов лечения.

В условиях информационной перегрузки у части пациентов формируется стойкое недоверие к доказательной медицине и современным клиническим рекомендациям.



Современные подходы к повышению приверженности

Современные исследования показывают, что повышение приверженности терапии требует комплексного подхода, включающего не только назначение препаратов, но и психологическую поддержку пациента.

Наиболее эффективными считаются:

- образовательные программы;
- мотивационное консультирование;
- когнитивно-поведенческие интервенции;
- повышение медицинской грамотности;
- вовлечение пациента в процесс принятия решений;
- формирование доверительных отношений между врачом и пациентом.

Особое значение имеет индивидуализированное объяснение природы заболевания и механизмов действия терапии. Пациенты, лучше понимающие собственное состояние и цели лечения, демонстрируют более высокий уровень adherence и лучшие долгосрочные клинические результаты.



Заключение

Проблема низкой приверженности лечению у пациентов с сердечно-сосудистыми и метаболическими заболеваниями представляет собой сложный многофакторный феномен, тесно связанный с психологическими особенностями восприятия болезни. Иррациональные убеждения, отрицание диагноза, когнитивные искажения и недостаточная медицинская грамотность существенно влияют на отказ от терапии и несоблюдение рекомендаций по образу жизни.

Современная кардиология всё в большей степени рассматривает пациента не только как объект фармакологического воздействия, но и как активного участника лечебного процесса, чьё поведение определяется психологическими, когнитивными и социальными факторами. В связи с этим интеграция методов медицинской психологии и поведенческой медицины в кардиологическую практику становится важным направлением повышения эффективности лечения и профилактики сердечно-сосудистых осложнений.



Список источников

1. [Levels of adherence to treatment, illness perception and acceptance of illness in patients with coronary artery disease](#)
Moryś JM, Bellwon J, Jeżewska M, et al. Levels of adherence to treatment, illness perception and acceptance of illness in patients with coronary artery disease. *Medicine (Baltimore)*. 2024;103(12):e37445.
2. [Adherence Barriers to Treatment of Patients with Cardiovascular Diseases: A Qualitative Study](#)
Mousavi SM, Bahrami M, Haghdoust AA, et al. Adherence barriers to treatment of patients with cardiovascular diseases: a qualitative study. *J Educ Health Promot*. 2022;11:320.
3. [Longitudinal study of the relationship between patients' medication adherence and illness perceptions](#)
Shiyanbola OO, Ward EC, Brown CM. Longitudinal study of the relationship between patients' medication adherence and illness perceptions. *Ann Pharmacother*. 2020;54(7):699-707.
4. [Illness perception and adherence to healthy behaviour in coronary heart disease patients](#)
Stafford L, Jackson HJ, Berk M. Illness perception and adherence to healthy behaviour in coronary heart disease patients. *Heart Lung Circ*. 2015;24(2):127-134.
5. [Psychological barriers to adherence to pharmacological treatment of cardiovascular risk conditions](#)
Allemann SS, Nieuwlaat R, Navarro T, et al. Psychological barriers to adherence to pharmacological treatment of cardiovascular risk conditions. *Curr Cardiol Rep*. 2024;26(11):1451-1462.
6. [Adherence to ACE inhibitors and illness beliefs in older heart failure patients](#)
Wu JR, Moser DK, Lennie TA, et al. Adherence to ACE inhibitors and illness beliefs in older heart failure patients. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2009;8(3):185-192.
7. [Metabolic syndrome patient compliance with drug treatment](#)
Polonski L, Gasior M, Gierlotka M, et al. Metabolic syndrome patient compliance with drug treatment. *Kardiol Pol*. 2008;66(10):1061-1067.



Дополнительные фундаментальные источники

8. [The Common-Sense Model of Self-Regulation of Health and Illness](#)
Leventhal H, Meyer D, Nerenz D. The common-sense model of self-regulation of health and illness. In: Cameron LD, Leventhal H, editors. *The Self-Regulation of Health and Illness Behaviour*. London: Routledge; 2003. p. 42-65.
9. [Health literacy and cardiovascular disease prevention](#)
Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):97-107.
10. [World Health Organization – Cardiovascular diseases](#)
World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs): Fact sheet. Geneva: WHO; updated 2025.