

На правах рукописи

СОРОКИН

Михаил Юрьевич

**МОТИВАЦИЯ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ: ЕЁ ОЦЕНКА И ВЛИЯНИЕ НА ЛЕЧЕБНЫЙ
ПРОЦЕСС**

Специальности: 14.01.06 – психиатрия

19.00.04 – медицинская психология

Автореферат

диссертации на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург

2019

Работа выполнена в ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Научные руководители: доктор медицинских наук, профессор

Незнанов Николай Григорьевич,

доктор медицинских наук

Лутова Наталия Борисовна

Официальные оппоненты: Петрова Наталия Николаевна

доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой

психиатрии и наркологии Федерального государственного

бюджетного образовательного учреждения высшего

образования «Санкт-Петербургский государственный

университет» Правительства Российской Федерации,

Городнова Марина Юрьевна

доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры детской

психиатрии, психотерапии и медицинской психологии

Федерального государственного бюджетного образовательного

учреждения высшего образования «Северо-Западный

государственный медицинский университет им. И.И.

Мечникова» Министерства здравоохранения Российской

Федерации

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится 24 октября 2019 года в 12 часов на заседании диссертационного совета Д 208.093.01 по защите докторских и кандидатских диссертаций на базе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева» Минздрава России (адрес: 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3) и на сайте: <http://bekhterev.ru>

Автореферат разослан « » 2019 года

Ученый секретарь диссертационного совета

кандидат медицинских наук

Яковлева Юлия Александровна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Проблема мотивации к лечению в психиатрии важна в силу необходимости вовлечения пациента в программу рекомендуемой терапии и длительной приверженности ей. Известно, что собственная мотивация больных психическими расстройствами к получению помощи может оказывать положительное влияние на их поведение в ходе терапии (Kemp R. et al., 1998; Staring A.B.P. et al., 2010; Chien W.T. et al., 2016). Именно терапевтическая мотивация является существенным фактором медикаментозного комплайенса психиатрических пациентов (Лутова Н.Б., 2013). Собственная мотивация к лечению, наряду с психосоциальными условиями, является одним из факторов определения длительности противорецидивной терапии для больных шизофренией (Мосолов С.Н., 2014). Мотивация к получению психосоциальной помощи играет особую роль во всей системе психиатрической реабилитации (Семёнова Н.Д., Гурович И.Я., 2014; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2014; Коцюбинский А.П., 2016). Однако ряд исследований подвергает сомнению эффективность методик повышения мотивации в отношении формирования комплаентного поведения больных (O'Donnell C. et al., 2003; Gray R. et al., 2006; Gray R. et al., 2016). Это противоречие, с одной стороны, может быть связано с многофакторной структурой мотивации к лечению и медикаментозного комплайенса психически больных, с другой – с отсутствием общепризнанных и валидных инструментов оценки мотивации.

Степень разработанности темы исследования. До настоящего времени отсутствует единая общепризнанная теория мотивации. В психиатрии и медицинской психологии наибольшее распространение получили модели континуума и процессуальные модели мотивации (Рассказова Е.И., Иванова Т.Ю., 2015; Barbuto J.E., 2006; Holdershaw J., Gendall P., 2008). Первые основаны на анализе интра- и интерпсихических источников мотивации поведения человека. В них существенным является принципиальное разделение внешней и внутренней мотивации в зависимости от их эффективности в отношении референтного поведения (Чирков В.И., 1996; Гордеева Т.О., 2002; Корнилова Т.В., 2002). Внешняя мотивация описывается как основанная преимущественно на давлении внешних обстоятельств, внутренняя – базируется на придаваемых человеком субъективных смыслах собственного поведения. Процессуальные модели мотивации постулируют принципиальную этапность процесса формирования нового поведения через ограниченное число стадий (Armitage C.J., Connor M., 2000), где отражаются динамический характер мотивации во времени и нарастание осознанности новых стратегий поведения. Отдельным теоретическим направлением психологии мотивации являются модели активации поведенческих стереотипов (прайминга), описывающие характерные поведенческие реакции, посредством которых пациент склонен чаще всего реагировать на изменяющиеся условия (Pechmann C., 2001; Conner M., Norman P., 2005; Sjoerds Z. et al., 2014). Модели прайминга конкретизируют на поведенческом уровне механизмы влияния источников мотивации или её стадий на деятельность человека.

Большинство из используемых в настоящее время психометрических инструментов тяготеют к исключительно количественной или качественной оценке мотивации к лечению. При этом данные ряда исследований с параллельным применением нескольких альтернативных инструментов оценки мотивации больных к лечению свидетельствуют о частичной внутренней и внешней валидности используемых методик (Hodgins D.C., 2001; Jordan P.J., et al., 2003; Napper L.E., et al., 2008; Mulder C.L. et al., 2014; Jochems E.C. et al., 2014; Ceccarini M., 2015). Лишь один из множества разработанных для оценки мотивации больных к лечению опросников самоотчёта имеет валидизированную русскоязычную версию (URICA)

(Карвасарский Б.Д., 2004). Однако, он не специфичен в отношении пациентов с тяжёлыми психическими расстройствами, создан для исключительно качественной оценки мотивации в соответствии с процессуальным подходом и требует достаточного уровня инсайта у больного. Отдельной концептуальной проблемой является различие в субъективном восприятии динамики терапевтического процесса у пациентов и их лечащих врачей (Незnanов Н.Г., Вид В.Д., 2004; Hodges D.C., 2001; Husler G. et al., 2004; Mulder K.L., 2014).

Описанные методологические и практические ограничения существующих психометрических подходов обуславливают актуальность разработки валидного метода оценки мотивации к лечению у больных психическими расстройствами.

Цель исследования: создание инструмента для количественной и качественной оценки мотивации к лечению у больных психическими расстройствами и изучение взаимосвязи мотивации к лечению с установками и поведением пациентов в ходе психофармакотерапии.

Задачи исследования:

1. Разработка способа системной оценки мотивации к лечению у больных психическими расстройствами:

- 1.1 разработка опросника оценки мотивации к лечению у психически больных;
- 1.2 стандартизация и валидизация опросника оценки мотивации к лечению.

2. Изучение особенностей внутренней структуры мотивации к лечению у больных психическими расстройствами в зависимости от социо-демографических характеристик пациентов.

3. Изучение особенностей мотивации к лечению у пациентов разных клинических групп:

- 3.1 исследование взаимосвязей с нозологией психического расстройства;
- 3.2 исследование взаимосвязей с клиническим состоянием пациентов;
- 3.3 исследование взаимосвязей с течением заболевания;
- 3.4 исследование взаимосвязей с фактором получаемой медикаментозной терапии.

4. Изучение комплайентного поведения больных при проведении психофармакотерапии в зависимости от их мотивации к лечению:

4.1 оценка взаимосвязи профиля медикаментозного комплайенса больных психическими расстройствами и особенностей мотивации к лечению;

4.2 исследование характерных вариантов сочетания структур мотивации к лечению и медикаментозного комплайенса у больных психическими расстройствами.

Научная новизна. Впервые разработан русскоязычный валидный инструмент объективной оценки мотивации к лечению психиатрических пациентов, предназначенный для больных тяжёлыми психическими расстройствами. Его мультипараметрический характер позволяет провести не только количественную, но и качественную оценку терапевтической мотивации в соответствии с результатами самоотчёта больных по опроснику оценки мотивации к лечению. Качественный анализ структуры мотивации проводится с позиций континуального и процессуального подходов – в соответствии с уровнями оригинальной шкалы мотивации, с позиции активации поведенческих стереотипов – при анализе отдельных мотивационных механизмов по выделенным факторам опросника.

Теоретическая и практическая значимость. Использование мультипараметрического подхода для исследования мотивации психически больных к лечению с помощью разработанного оригинального инструмента позволяет уйти от редукционистской, субъективной и лишь количественной оценки мотивации без учёта всего спектра её источников и путей реализации. Это делает доступными анализу взаимосвязи отношения пациентов к ситуации болезни и формирующейся у них мотивации к лечению. Учёт не только

интенсивности, но и внутренней структуры мотивации больных к лечению позволяет прогнозировать возможные нарушения комплайенса и проводить сфокусированные психотерапевтические интервенции с целью коррекции отношения больных к лечению.

Методология исследования. В исследовании использованы экспериментально-психологический, клиничко-анамнестический, клиничко-катамнестический, математико-статистический методы. При математико-статистическом анализе данных достоверными считались результаты с уровнем значимости $p < 0,05$.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Разработанный способ системной оценки мотивации к лечению является валидным психометрическим инструментом, позволяет объективировать и провести стандартизованную оценку структуры, а также интенсивности терапевтической мотивации у больных психическими расстройствами.

2. Сложная структура терапевтической мотивации определяется разнонаправленными взаимосвязями отдельных её компонентов, за счёт чего социо-демографические, клинические или психологические параметры пациентов по отдельности не определяют структуру мотивации к лечению у больных психическими расстройствами, а их влияние доступно анализу в рамках целостного биопсихосоциального подхода.

3. Особенности внутренней структуры терапевтической мотивации у больных психическими расстройствами связаны со специфическими профилями медикаментозного комплайенса, определяющими различные типы поведения больных в лечебном процессе, где более существенным фактором медикаментозного комплайенса является структура мотивации к лечению, а не её интенсивность.

Публикации и апробация работы. Протокол исследования рассмотрен и одобрен на заседании Независимого этического комитета при ФГБУ НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева. По материалам диссертационного исследования опубликованы 6 статей в журналах, входящих в перечень ВАК, 2 статьи в журналах, индексируемых в международной базе данных Scopus, общее количество научных публикаций на основе данных исследования в отечественной и зарубежной печати – 33. Материалы исследования используются в учебных программах образовательного отделения НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева. Полученные результаты диссертации использованы для разработки психотерапевтических методик в рамках комплексных реабилитационных программ, внедренных в работу отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами. Публикации результатов исследования становились призёрами 4-х всероссийских конкурсов научных работ (г. Кострома в 2014, 2016, 2018 гг.; г. Суздаль в 2019 г.) и отмечены Премией Всемирной ассоциации динамической психиатрии им. Гюнтера Аммона, (Италия, Флоренция, 19-22 апреля 2017). Результаты исследования докладывались на всероссийских и международных конференциях, основные из которых: Международный конгресс «Психотерапия, психология, психиатрия – на страже душевного здоровья!» (22-23 марта 2019 года), 18 Всемирный конгресс Всемирной ассоциации динамической психиатрии «Креативные процессы в психотерапии и психиатрии» (Италия, Флоренция, 19-22 апреля 2017), Всероссийский конгресс с международным участием «Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания», Санкт-Петербург, 09-11 июня 2016.

Вклад автора в проведённое исследование. Автором самостоятельно проведён аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме, разработан метод операционализации оригинального опросника оценки мотивации к лечению, разработан дизайн исследования, проведён анализ медицинской документации

обследованных больных, выполнено психометрическое обследование больных, проведён математико-статистический анализ созданной базы данных. Интерпретация полученных данных, формулирование выводов и практических рекомендаций проводились при непосредственном личном участии автора. Доля участия автора в сборе исследовательских данных 90%.

Объём и структура работы. Диссертация состоит из введения, трёх глав, обсуждения результатов исследования, выводов и списка литературы (94 работы на русском языке и 140 – на английском языке), изложенных на 144 страницах машинописного текста. Диссертация иллюстрирована 39 таблицами и 2 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Материал исследования. В исследовании приняли участие 402 пациента с психическими расстройствами, проходивших стационарное лечение в НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева.

Критерии включения:

1) пациенты, давшие добровольное информированное согласие на участие в исследовании, свободно владеющие русским языком и способные по психическому состоянию понять его смысл, выполнять необходимые в соответствии с дизайном экспериментально-психологические методики исследования; 2) пациенты, госпитализированные в добровольном порядке в НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева для прохождения лечения психического расстройства; 3) пациенты, имеющие диагноз, в соответствии с критериями МКБ-10, кодируемый в рубриках F06-F09, F2, F3, F4, F6, находящиеся на этапе становления ремиссии; 4) пациенты в возрасте от 18 до 70 лет.

Критерии невключения:

1) пациенты, госпитализированные в связи с расстройством, кодируемым в рубриках МКБ-10, отличных от F06-F09, F2, F3, F4, F6; 2) пациенты, находящиеся во время госпитализации на режиме усиленного наблюдения (I) в связи с остротой текущей симптоматики, выраженностью нарушений поведения или когнитивных расстройств; 3) пациенты, физически ослабленные в связи с сопутствующей соматической патологией; 4) пациенты, имеющие выраженные негативные побочные эффекты психофармакотерапии.

Критерии исключения:

1) отказ пациента от участия в исследовании на любом этапе; 2) выявление критериев невключения на любом этапе исследования в связи с обострением психического или соматического состояния пациента.

С целью получения экспертных оценок мотивации больных при психофармакотерапии, а также для объективной оценки клинического состояния пациентов в исследовании принимали участие 8 врачей-психиатров 2-го и 12-го отделений НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева.

Характеристика выборки. Среди 402 обследованных пациентов было 157 мужчин (39%) и 245 женщин (61%). Средний возраст участников исследования составил $34,6 \pm 12,04$ года. 72 человека (18%) имели среднее образование, 109 пациентов (27%) – среднее профессиональное, 221 (55%) – высшее. Трудоустроены были 173 человека (43%); 140 пациентов (35%) имели одну из групп инвалидности. В браке состоял 121 человек (30%). Собственных детей имели 132 обследованных пациента (33%). Средний возраст дебюта заболевания у обследованных пациентов составил $21,5 \pm 8,19$ года; средняя

продолжительность заболевания $10,3 \pm 9,62$ года; среднее количество госпитализаций $4,5 \pm 3,59$. Нозологическая принадлежность участников исследования включала: органические, включая симптоматические психические расстройства (рубрика F0 МКБ-10) – 27 пациентов (7%), больных шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (F2 МКБ-10) – 284 человека (71%), расстройствами настроения (F3 МКБ-10) – 56 человек (14%), имевших невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4 МКБ-10), а также расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F6 МКБ-10) – 35 пациентов (9%).

Выраженность психопродуктивной симптоматики по шкале BPRS в выборке составила более 60 баллов у 56% пациентов, от 40 до 60 баллов – у 19%, менее 40 – у 25%. Среди обследованной выборки 25% больных имели выраженную негативную симптоматику с оценкой по шкале SANS более 60 баллов, 47% – демонстрировали умеренную выраженность негативной симптоматики (30-60 баллов), 28% пациентов были наиболее сохранны (менее 30 баллов по шкале SANS). Выраженность социальной дезадаптации по шкале GAF более 60 баллов была характерна для 30% выборки («сохранные» пациенты), от 40-60 – для 55%, ещё 15% пациентов были наиболее дезадаптированы и набрали менее 40 баллов.

Методы исследования. Для внешней конвергентной валидизации разработанного опросника Оценки мотивации к лечению (ОцМЛ) использованы Методика исследования стадий психотерапии (URICA) (McConaughy E.A. et al., 1983) и Тестовая методика определения локуса контроля (УСК) (Бажин Е.Ф. и др., 1984), адаптированные и валидизированные для русскоязычной популяции (Карвасарский Б.Д., 2004). С целью получения экспертных оценок мотивации больных при психофармакотерапии лечащие врачи отмечали интенсивность мотивации пациентов к лечению на визуально-аналоговой шкале (ВАШм), где 1 – это отсутствие мотивации, 6 – это сильная мотивация к лечению.

Для внешней дивергентной валидизации разработанного инструмента, а также для выявления взаимосвязей между различными аспектами отношения пациентов к болезни и лечению использованы опросник оценки внутренней стигмы психического расстройства (ISMI) (Ritsher J.B. et al., 2003) и опросник оценки воспринимаемой стигматизации, его раздел обесценивания/дискриминации (PDD) (Link B.G. et al., 1989). Субъективно воспринимаемую тяжесть текущего состояния пациенты оценивали по визуально-аналоговой шкале (ВАШт), где 1 балл означал минимальную тяжесть, 5 – крайне тяжёлое состояние.

Использованы шкалы для оценки: продуктивной симптоматики больных – BPRS (Overall J.E., Gorham D.R., 1962), негативной симптоматики – SANS (Andreasen N.S., 1982), нарушений социального функционирования – GAF (Salvi G. et al., 2005). В качестве инструмента объективации клинко-динамических характеристик лечебного процесса применялась шкала медикаментозного комплайенса (ШМК) (Лутова Н.Б. и др., 2008), заполнявшаяся лечащими врачами. Был также использован основанный на Шкале медикаментозного комплайенса Способ прогнозирования поведения больного при проведении медикаментозного лечения в психиатрии (Лутова Н.Б., 2013).

Полученные данные анализировались с помощью пакета прикладных статистических программ SPSS 16. Для оценки надежности разработанного инструмента высчитывались коэффициенты межклассовой корреляции разделов опросника (ICC) и α -Кронбаха. Использовались дескриптивные статистики. Сравнение данных в изучаемых группах для параметрических данных проводилось методом однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA), t-критерия Стьюдента; для непараметрических данных – H-критерия Краскела-Уоллеса и U-критерия Манна-Уитни; для номинальных шкал – χ^2 Пирсона; для оценки параметров распределения данных обследованной выборки больных был использован z-

критерий Колмогорова-Смирнова. В целях наглядности и единообразия представления данных, результаты анализа приведены с указанием средних $M \pm S.D.$ Для проведения корреляционного анализа использованы методы Пирсона (для параметрических данных), Спирмена (для непараметрических). Также применялись факторный анализ с использованием метода главных компонент и вращением Варимакс, кластерный анализ методом к-средних.

Дизайн исследования. На первом этапе при разработке Шкалы оценки мотивации к лечению обследованы 102 пациента отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева. Обследование проводилось дважды: при поступлении и перед выпиской из стационара.

На втором этапе работы при разработке Опросника оценки мотивации к лечению у психически больных (ОцМЛ) обследованы 300 пациентов, проходивших лечение во 2, 9, 10 и 12-м отделениях НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева. Из них 34 человека были обследованы дважды с интервалом в 1 неделю, 43 – в 2 недели, еще 27 человек с интервалом, в среднем составившем 1,5 года. С помощью финальной версии опросника были обследованы 127 пациентов (107 – дважды).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработка и валидизация шкалы оценки мотивации к лечению

На первом этапе исследования в отделении интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами была разработана шкала оценки мотивации к лечению. В ней в соответствии с динамикой интенсивности выделены 6 уровней мотивации к лечению: 1 – мотивация отсутствует, пассивное согласие получать лечение, 2 – мотивация преимущественно внешняя, определяемая давлением жизненных обстоятельств, либо близкого окружения больного, 3 – формирование собственной мотивации к лечению, фундированной субъективным страданием от заболевания, 4 – устойчивая внутренняя мотивация к лечению, осознанное обращение за психиатрической помощью, 5 – мотивация, основанная на правильной внутренней картине болезни и понимании необходимости собственного участия в оптимизации социального приспособления наряду с проведением психофармакотерапии, 6 – стабильная мотивация к длительной фармако-психотерапии. Каждому из уровней мотивации соответствовали 4 утверждения, описывающих варианты мотивировок обращения за помощью. С пациентами проводилось полуструктурированное интервью, базирующееся на приведённых в шкале утверждениях.

Операциональная валидность шкалы определялась иерархической последовательностью уровней мотивации, делающей инструмент чувствительным не только к количественным, но и качественным изменениям мотивации к лечению в направлении от внешней мотивации (определяемой внешними условиями) к внутренней (определяемой субъективными личностными смыслами поведения, направленного на получение психиатрической помощи). Повышение уровней мотивации означало нарастание автономии больных в принятии решения о лечении. Содержательная валидность шкалы определялась соответствием описанных в ней градаций современным научным представлениям о структуре мотивации к лечению.

Оценки мотивации больных к лечению, полученные при использовании оригинальной шкалы на момент поступления, высоко коррелировали с интуитивными врачебными оценками мотивации по ВАШм ($r=0,726$; $p<0,01$). Группы больных с разными уровнями мотивации достоверно различались по средним оценкам мотивации их лечащими врачами: при поступлении для групп 1, 2 и 3-го уровней (средние экспертные оценки соответственно $0,3 \pm 0,53$; $1,1 \pm 0,81$; $1,8 \pm 0,61$ баллов при $p<0,05$), а при выписке для групп с 1, 2 и 4-м уровнями

мотивации ($0,3 \pm 0,50$; $0,6 \pm 0,55$; $1,8 \pm 0,93$ баллов при $p < 0,05$). Полученные данные продемонстрировали высокую специфичность оригинальной шкалы мотивации, а также сопоставимую чувствительность инструментальной оценки мотивации при её сравнении с интуитивной оценкой в рутинной врачебной практике.

Разработка и стандартизация опросника оценки мотивации к лечению

На базе шкалы мотивации больного к психофармакотерапии был разработан опросник оценки мотивации к лечению (ОцМЛ), позволяющий провести дифференцированное стандартизированное изучение выраженности мотивационных паттернов в отношении лечения у психически больных при проведении психофармакотерапии. Первоначально опросник содержал 24 утверждения, описывающих 6 уровней мотивации к лечению, и пятибалльную шкалу Лайкерта для оценки значимости каждого из пунктов, а также их общей суммы. После анализа согласованности пунктов опросника по данным обследований 173 пациентов его финальная версия состояла из 20 пунктов: 2 для 1-го уровня мотивации, по 3 – для 2-го и 6-го уровней, по 4 – для 3, 4, и 5-го уровней мотивации к лечению, причём показатели по уровню 1 учитывались как обратные (Клайн. П., 1994). Таким образом, первый уровень отражал континуум поведения больных от спонтанного следования рекомендациям врача до несогласия с позицией пассивного подчинения медикации, то есть амотивацию, как она трактуется в рамках теории самодетерминации (Rian E.L., Deci R.M., 1985).

По результатам факторного анализа с вращением Варимакс были выделены 4 главных компонента опросника, объяснявших 53% дисперсии результатов с факторными нагрузками по разделам 0,42-0,74. Первый фактор включал 5 разделов, семантически объединённых вопросами получения знаний и навыков поведения при манифестации заболевания. Второй фактор включал 6 разделов, связанных с осознанием болезни и необходимости лечения. Третий фактор состоял из 4 разделов, описывающих формирование понимания больными причинно-следственных связей между их поведением, эмоциональным состоянием и развитием заболевания. Четвёртый фактор включал 5 разделов опросника мотивации, описывающих интенсивность намерений пациентов следовать лечебным рекомендациям.

С целью стандартизации показателей оригинального опросника «сырые» баллы, полученные при обследовании пациентов, были переведены в стандартные по формуле (1):

$$z = \frac{x - M}{\sigma}, \quad (1)$$

где z – стандартный балл,

x – сырой балл,

M – среднее арифметическое по субшкале,

σ – стандартное отклонение по субшкале.

В итоге, мультипараметрическое исследование мотивации к лечению психиатрических пациентов с помощью разработанного опросника объективировало:

- 1) общую интенсивность мотивации к лечению по суммарному баллу опросника;
- 2) особенности структуры терапевтической мотивации с позиции континуального и процессуального подходов – по интенсивности отдельных её источников в соответствии с уровнями иерархической шкалы мотивации (в направлении от амотивации через последовательное формирование внешней, затем внутренней стабильной мотивации к длительной фармако-психотерапии); с позиции модели активации поведенческих стереотипов по 4-м выделенным факторам опросника (1 – опора на знания и навыки преодоления болезни,

2 – осознание необходимости лечения, 3 – осознание психологического механизма болезненной дезадаптации, 4 – готовность к активному сотрудничеству с врачом);

3) мотивационные источники и паттерны, доминирующие в структуре мотивации к лечению у конкретного пациента, либо выраженные недостаточно в сравнении с обследованной на этапе разработки метода выборкой больных. Значительные повышение и снижение отдельных параметров структуры мотивации к лечению определялись при критических границах от -0,5 до 0,5 стандартизированных балла для каждого показателя опросника ОцМЛ.

Внутренняя валидность разработанного опросника ОцМЛ

Показатели оригинального опросника ОцМЛ не были подвержены искажениям под влиянием возможных ошибок селекции испытуемых: отсутствовали различия в показателях оригинального опросника между больными основной выборки (111 пациентов 2-го отделения НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева) и пациентами 9, 10 и 12-го отделений (16 человек). Оригинальный опросник не был чувствителен к различиям пациентов, получавших разное количество препаратов: варианты комбинированной и монотерапии, включавшей антидепрессанты, тимостабилизаторы, их сочетанное применение с антипсихотиками и без.

Надёжность разработанного инструмента ОцМЛ подтверждалась ретестовой устойчивостью его показателей. Показатели внутриклассового корреляционного коэффициента (ICC), отражающего степень связности результатов первого и второго обследований составили от 0,203 до 0,450 для субшкал опросника ОцМЛ и 0,501 для его суммарного показателя ($p < 0,05$).

Разделы оригинального опросника ОцМЛ имели хорошую согласованность (α -Кронбаха 0,849). Анализ интеркорреляций разделов опросника объективировал многомерный характер структуры мотивации психически больных в отношении лечения (таблица 1).

Таблица 1 – Интеркорреляции уровней мотивации опросника ОцМЛ
(* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$)

	Уровень 1	Уровень 2	Уровень 3	Уровень 4	Уровень 5	Уровень 6
Уровень 2	0,319***	1				
Уровень 3	0,412***	0,479***	1			
Уровень 4	-	0,343***	0,407***	1		
Уровень 5	-	0,157*	0,492***	0,439***	1	
Уровень 6	-	0,204**	0,526***	0,365***	0,685***	1
Сум. балл ОцМЛ	0,391***	0,566**	0,822***	0,695***	0,726***	0,719***

Примечание: уровень 1 – мотивация отсутствует, пассивное согласие получать лечение, уровень 2 – мотивация преимущественно внешняя, определяемая давлением жизненных обстоятельств, либо близкого окружения больного, уровень 3 – формирование собственной мотивации к лечению, фундированной субъективным страданием от заболевания, уровень 4 – устойчивая внутренняя мотивация к лечению, осознанное обращение за психиатрической помощью, уровень 5 – мотивация, основанная на правильной внутренней картине болезни и понимании необходимости собственного участия в оптимизации социального приспособления наряду с проведением психофармакотерапии, уровень 6 – стабильная мотивация к длительной фармако-психотерапии.

Были выявлены в значительной степени обособленные подсистемы мотивации к лечению, объединяющие: 1) амотивационную диспозицию структуры мотивации к лечению

(1-й уровень) с вариантами внешней мотивации под давлением обстоятельств макро- и микросоциума, а также субъективного восприятия больными самого заболевания (2-й и 3-й уровни), 2) мотивационные установки, связанные с формированием у больных личностных смыслов проводимого психиатрического лечения (также 3-й уровень и 4, 5, 6-й). Корреляционные связи всех выделенных факторов опросника ОцМЛ с его суммарным баллом имели высокий уровень достоверности ($p < 0,001$), а наибольшее влияние на суммарную интенсивность мотивации к лечению оказывали факторы 1 и 4 ($r = 0,895$ и $r = 0,713$ соответственно), то есть опора пациентов на собственные знания и навыки способов преодоления заболевания и позиция готовности к активному сотрудничеству с врачом в процессе лечения.

Пациенты с различными доминирующими уровнями мотивации достоверно различались по выраженности поведенческих стереотипов, описываемых факторами опросника ОцМЛ (таблица 2).

Таблица 2 – Различия поведенческих паттернов в отношении лечения у больных с разными уровнями мотивации (* $p < 0,05$)

Группы пациентов по доминирующему уровню мотивации	Поведенческие паттерны по факторам опросника ОцМЛ			
	1: опора на знания и навыки преодоления болезни	2: осознание необходимости лечения	3: осознание психологического механизма болезненной дезадаптации	4: готовность активно сотрудничать с врачом
Уровень 1	$-0,29 \pm 0,836^{*1}$	$0,13 \pm 0,714$	$-0,36 \pm 0,924$	$-0,46 \pm 0,925^{*6}$
Уровень 2	$0,07 \pm 0,706$	$0,82 \pm 0,687^{*}$	$-0,37 \pm 0,850$	$-0,58 \pm 1,050^{*6}$
Уровень 4	$0,87 \pm 0,382^{*3}$	$0,10 \pm 0,734$	$0,11 \pm 0,731^{*2}$	$0,14 \pm 0,565^{*2}$
Уровень 5	$-0,32 \pm 0,834^{*1}$	$-0,17 \pm 0,646^{*2}$	$0,88 \pm 0,368^{*}$	$-0,03 \pm 0,890^{*2}$
Уровень 6	$0,67 \pm 0,836^{*4}$	$-0,52 \pm 1,050^{*5}$	$0,43 \pm 0,824^{*3}$	$1,26 \pm 0,557^{*}$

Примечание: см. примечание к таблице 1; ¹для групп 3, 5, 6; ²для групп 1 и 2; ³для групп 1, 2, 4; ⁴для групп 1 и 4; ⁵для групп 1, 2, 3, 4; ⁶для групп 3, 4, 5, 6.

Внешняя валидность разработанного опросника ОцМЛ

1. Конструктивная конвергентная валидность опросника подтверждалась прямой корреляцией латентного фактора «мотивация», определённого авторами шкалы медикаментозного комплайенса в ходе её факторного анализа, и суммарных показателей опросника ОцМЛ, его 1-го, 3-го уровней, а также 1-го фактора ($r = 0,305$ и $r = 0,284$; $r = 0,287$; $r = 0,298$ соответственно; $p < 0,05$). Выявлена прямая достоверная взаимосвязь между интуитивными оценками терапевтической мотивации у больных их лечащими врачами (ВАШм) и 1-м уровнем опросника ОцМЛ ($r = 0,246$; $p < 0,05$), а также обратная связь между экспертной оценкой врачей мотивации пациентов и доминирующим в структуре мотивации фактором ($r = -0,285$; $p < 0,05$). Таким образом, использование оригинального опросника позволило проводить дифференцированное исследование отдельных механизмов терапевтической мотивации на основе самоотчётов пациентов при обеспечении высокой согласованности получаемых результатов с врачебными оценками мотивации пациентов, полученными с помощью двух неспецифичных инструментов.

Конвергентная валидность опросника ОцМЛ подтверждена широким перечнем достоверных взаимосвязей его разделов и показателей альтернативного опросника URICA,

используемого для оценки готовности пациента к изменению поведения в отношении болезни (от $r=0,689$ до $r=0,307$; $p<0,05$).

Склонность пациентов считать достигаемые в жизни результаты своими личными достижениями, выявленная с помощью методики УСК, имела широкий перечень положительных корреляций с параметрами опросника ОцМЛ (суммарный балл ОцМЛ $r=0,302$; уровни 3 и 5, факторы 1 и 4 от $r=0,269$ до $r=0,303$; $p<0,05$). Эти данные подтверждают роль у психиатрических пациентов концепта самоэффективности в психологии мотивации поведения, направленного на лечение (Городнова М.Ю., Чехлатый Е.И., 2018). Прямые корреляции (на уровне тенденции к статистической значимости), связывающие выраженность амотивации с воспринимаемой пациентами собственной ответственностью за характер внутрисемейных и производственных отношений, определяли рамки потенциальной эффективности в отношении мотивации к лечению влияния макро- и микроокружения пациентов ($r=0,253$ и $r=0,239$ при $p<0,1$). С одной стороны, внешнее мотивирующее давление может определять отказ пациентов от роли пассивного реципиента терапии, то есть оказывает неспецифический энергизирующий эффект, с другой – его влияние ограничивается лишь одним компонентом мультипараметрической структуры терапевтической мотивации пациентов с психическими расстройствами и не связано с её суммарной интенсивностью.

Среди пациентов с коморбидным злоупотреблением ПАВ чаще, чем у пациентов без коморбидности, встречался дефицит мотивационного фактора 1 – опоры на знания и навыки способов преодоления болезни – у 44% и 8% больных соответственно ($\chi^2=11,7$ при $\text{sig.}=0,02$).

2. Конструктная дивергентная валидность опросника ОцМЛ подтверждалась отсутствием достоверных различий средних показателей оригинального опросника между группами пациентов с разным качеством инсайта на заболевание по данным п. 2.1 Шкалы медикаментозного комплайенса; отсутствием связей суммарного балла опросника ОцМЛ с субъективной оценкой больными тяжести состояния по визуально-аналоговой шкале (ВАШт), общим уровнем как внешней (PDD), так и внутренней стигмы психического расстройства (ISMI). Таким образом, сопоставляемые психометрические инструменты объективировали принципиально различные психологические конструкты. При этом показатель одного из разделов опросника оценки мотивации – фундированной давлением страданием (уровень 3) – существенно снижался при отсутствии у пациентов критики к болезни ($-1,53\pm 0,877$; $p<0,05$). Также суммарный показатель мотивации нарастал при выраженном у пациентов сопротивлении проявлениям социальной дискриминации (раздел ISMI «сопротивление стигматизации» оценивается обратно, $r=-0,401$; $p<0,01$). Чувство отчуждённости обследованных пациентов в связи с наличием психического расстройства (раздел «отчуждение» ISMI) было связано с укреплением внешней мотивации к лечению (уровень 2 ОцМЛ, $r=0,273$; $p<0,05$), а их готовность обесценивать и дискриминировать других психически больных (PDD) коррелировала с меньшей мотивацией, фундированной давлением страданием (уровень 3 ОцМЛ, $r=0,433$; $p<0,01$), и опорой при формировании мотивации на собственные знания и навыки способов преодоления заболевания (фактор 1 ОцМЛ, $r=0,402$; $p<0,05$). Таким образом, «заражённость» больных психиатрической стигмой может быть существенным мотивирующим к лечению фактором.

3. Медикаментозный комплайенс нарастал у больных с более интенсивной терапевтической мотивацией ($r=0,299$; $p<0,05$) и поддерживался за счёт лучшего отношения к медикации и факторов, связанных с самим пациентом (ШМК, $r=0,328$ и $r=0,293$; $p<0,05$), что подтверждало операциональную валидность опросника ОцМЛ. Преобладание в структуре терапевтической мотивации её первых факторов над последующими было связано с лучшим

отношением пациентов к медикации ($r=-0,38$, $p<0,05$). Это отражало ситуацию, когда опора больных на собственные знания и осознание необходимости терапии были более существенны для формирования благоприятного отношения к препаратам, чем опора на мнение врача или неоправданная психологизация больными их дезадаптации.

Корреляционный анализ континуума мотивационных факторов опросника ОцМЛ объективировал искажения в системе отношений обследованных пациентов: были выявлены повышение субъективной ответственности больных за формирование межличностных отношений, но при этом – снижение собственной ответственности за здоровье (УСК; $r=0,464$ и $r=-0,333$ при $p<0,05$) по мере смены доминирующих факторов структуры мотивации от 1-го к 4-му. В итоге, дефицит в структуре мотивации начальных факторов в меньшей степени, чем дефицит последующих, провоцировал больных на поведенческие реакции социальной самоизоляции (ISMI, $r=0,272$ при $p=0,07$). Таким образом, нашли новое подтверждение известные положения теории отношений В.Н. Мясищева о том, что мотивационные диспозиции человека определяют выбор предпочитаемых им для анализа отношений (Васильева А.В. и др., 2012).

Анализ групп больных с разными ведущими мотивационными механизмами, также подтвердивший операциональную валидность опросника ОцМЛ, представлен в таблице 3.

Таблица 3 – Поведенческие характеристики пациентов при медикации в зависимости от доминирующих в структуре мотивации к лечению уровней ($\chi^2=46,02$ при $\text{sig.}=0,03$)

Ведущий уровень мотивации ОцМЛ	П.1.4 ШМК Психологически обусловленное саботирование медикации					
	наличие вторичной выгоды	особенности ВКБ	страх стигматизации	особенности восприятия врача	недостаточность субъективного страдания	саботирование отсутствует
1 уровень	33,5%	11%	11%	-	11%	33,5%
2 уровень	67%	-	11%	11%	-	11%
3 уровень	14%	-	29%	-	-	57%
4 уровень	25%	25%	-	12,5%	25%	12,5%
5 уровень		22%	34%	-	-	44%
6 уровень	-	80%	20%	-	-	-

Примечание: см. примечание к таблице 1.

Критериальная валидность разработанного опросника ОцМЛ

Инкрементная валидность опросника определялась возможностью в 98% случаев проведённых обследований объективировать единственный тип терапевтической мотивации в зависимости от доминирующего или дефицитарного мотивационного паттерна.

Текущая валидность опросника ОцМЛ подтверждалась различиями в поведении при психофармакотерапии (п.1.1 ШМК) у больных, имевших различные типы мотивации к лечению, определяемые с помощью оригинального инструмента. Больные, принимающие препараты под внешним контролем, отличались от самостоятельно принимающих лекарства: первых достоверно чаще в структуре мотивации характеризовал дефицит механизма осознания необходимости лечения ($M_e=2$; $Q_{25}=1$ и $Q_{75}=2$), а вторых – осознания психологических механизмов болезненной адаптации ($M_e=3$; $Q_{25}=2$ и $Q_{75}=4$). Среди пациентов с дефицитом амотивации (уровень 1) доля больных, принимающих препараты лишь под контролем, составила 45%, по сравнению с аналогичной долей 33% у пациентов с

дефицитом внешней мотивации к лечению (уровень 2). Дефицит уровней 4 и 5 не оказывал негативного влияния на медикаментозную комплайентность обследованных пациентов, здесь 100% пациентов самостоятельно принимали лекарства. Наиболее существенным в отношении приверженности лекарственной терапии был дефицит 6-го уровня – устойчивой мотивации к длительной поддерживающей фармако-психотерапии – связанного не только с необходимостью внешнего контроля пациентов (73% пациентов подгруппы), но и стремлением 9% пациентов подгруппы уклоняться от медикации ($\chi^2=18,6$ при $\text{sig.}=0,045$).

Прогностическая валидность опросника ОцМЛ была проанализирована при первичном и повторном добровольном обращении за стационарной психиатрической помощью в связи с обострением состояния у 27 пациентов отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами НМИЦ ПН имени В.М.Бехтерева. Средний период между первым и повторным обращением в отделение составил $1,6 \pm 1,58$ года. Использовался способ прогнозирования поведения больного при проведении медикаментозного лечения в психиатрии (Лутова Н.Б., 2013). При первичном обследовании у 83% больных из группы катamnестического наблюдения был прогнозирован неустойчивый комплаенс и у 17% – благоприятный. Различия по суммарному баллу опросника ОцМЛ между больными с прогнозом благоприятного и неустойчивого комплаенса во время их первичного обследования лишь приближались к достоверным ($-0,85 \pm 0,540$ и $-0,13 \pm 0,992$ балла; $p=0,075$). При повторном обследовании повышение интенсивности мотивации (суммарный балл ОцМЛ) прямо коррелировало ($r=0,599$; $p=0,024$) с изменением в катamnезе показателей подсистемы комплаенса, связанной с пациентом. Это происходило преимущественно за счёт формирования устойчивой мотивации к фармако-психотерапии (6-й уровень, $r=0,599$ при $p=0,038$). Изменения в подсистеме факторов комплаенса, связанных с врачом, прямо коррелировали с опорой пациентов на собственные знания и навыки способов преодоления болезни (фактор 1, $r=0,524$; $p=0,05$).

Исследование особенностей внутренней структуры мотивации к лечению у больных психическими расстройствами

Отдельные компоненты мотивации к лечению (уровни и факторы опросника ОцМЛ), разнонаправленно коррелировали с континуумом выявляемых у пациентов доминирующих или дефицитарных мотивационных паттернов участия в терапии (таблица 4).

При дефиците начальных уровней мотивации повышение более высоких уровней было компенсаторным и связанным с нарастанием общей интенсивности мотивации. Напротив, когда пациенты не были склонны опираться на собственные знания и навыки о способах преодоления заболевания, либо плохо осознавали необходимость терапии (дефицит факторов 1-2), их компенсаторная опора при формировании терапевтической мотивации на позицию сотрудничества с врачом или поиск психологических механизмов дезадаптации (показатели факторов 3-4) не восполняла суммарную интенсивность мотивацию к лечению.

Реципрокный характер взаимосвязей параметров опросника ОцМЛ обосновывал ряд выявленных у больных психическими расстройствами разнонаправленных связей биологических, психологических и социальных параметров пациентов с их мотивацией к лечению.

Таблица 4 – Интеркорреляции показателей опросника оценки мотивации к лечению
(* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$)

	Ведущий уровень мотивации.	Дефицитарный уровень мотивации.	Ведущий фактор мотивации.	Дефицитарный фактор мотивации.
Уровень 1	-0,316***	0,506***	-0,406***	0,375***
Уровень 2	-0,175*	0,185*	-0,278***	0,313***
Уровень 3	0,207**	-	-0,418***	0,336***
Уровень 4	0,272***	-0,272***	0,295***	
Уровень 5	0,488***	-0,442***	0,290***	-0,189*
Уровень 6	0,638***	-0,515***	0,239**	-
Суммарный балл ОцМЛ	0,353***	-0,270***	-	-
Фактор 1	0,321***	-0,246***	-0,346***	0,309***
Фактор 2	-0,316***	0,459***	-0,369***	0,379***
Фактор 3	0,272***	-0,272***	0,295***	-
Фактор 4	0,609***	-0,502***	0,417***	-0,290***

Примечание: см. примечание к таблице 1; фактор 1 – опора на знания и навыки поведения при манифестации заболевания, фактор 2 – осознание болезни и необходимости лечения, фактор 3 – понимание причинно-следственных связей между их поведением, эмоциональным состоянием и развитием заболевания, фактор 4 – интенсивность намерений пациентов следовать лечебным рекомендациям.

1. У обследованных женщин наиболее частым доминирующим фактором мотивации к лечению были опора на собственные знания и навыки способов преодоления болезни (фактор 1) и готовность активно сотрудничать с врачом (фактор 4), в то время как у мужчин преобладали остальные варианты структуры мотивации: через осознание необходимости лечения или психологических механизмов болезненной дезадаптации (факторы 2 и 4; $\chi^2=10,01$ при $\text{sig.}=0,04$). Мужчины демонстрировали меньшую, чем женщины, интенсивность мотивации к лечению (суммарный балл ОцМЛ $-0,63 \pm 0,962$; $p < 0,01$) за счёт показателей 3, 5 и 6-го уровней мотивации или факторов 1 и 4 оригинального опросника.

Более зрелый возраст больных и образование более высокого уровня слабо положительно коррелировали с показателями внешней и фундированной давлением страданием мотивации (уровни 2 и 3; от $r=0,137$ до $r=0,162$; $p < 0,05$), а также опорой пациентов на собственные знания и навыки способов преодоления заболевания и осознанием необходимости лечения (факторы 1 и 2; от $r=0,139$ до $r=0,2$; $p < 0,05$). Соответственно дефицит первых факторов мотивации чаще встречался у молодых и менее образованных пациентов ($r=0,198$ и $r=0,214$; $p < 0,05$). Кроме того, возраст пациентов прямо коррелировал с суммарной интенсивностью мотивации к лечению ($r=0,183$; $p < 0,05$). Таким образом, бóльшие возраст и уровень образования совместно были связаны с формированием отношения к здоровью как к важной ценности и коррелировали с осознанным и ответственным отношением больных к терапии. При этом более образованные пациенты были менее склонны к формированию терапевтической мотивации, базирующейся на приобретении личностных смыслов терапии (таблица 5). Вероятно, этим определялось отсутствие взаимосвязей между суммарной интенсивностью мотивации и образованием больных, выявленное в корреляционном анализе.

Таблица 5 – Распространённость дефицита структуры мотивации к лечению в зависимости от уровня образования пациентов ($\chi^2=25,3$ при $\text{sig.}=0,014$)

Варианты дефицита структуры мотивации	Среднее образование	Среднее-профессиональное	Высшее образование
1 уровень	28%	31%	41%
2 уровень	25%	28%	47%
3 уровень	28%	48%	24%
4 уровень	-	47%	53%
5 уровень	21%	5%	74%
6 уровень	14%	27%	59%

Примечание: см. примечание к таблице 1.

Среди обследованных пациентов, в случае, если они не состояли в браке, существенно чаще выявлялся дефицит мотивационных факторов, связанных с опорой на собственные знания и навыки способов преодоления заболевания, осознания необходимости лечения и психологических механизмов болезненной дезадаптации (факторы 1-3, соответствующие доли пациентов 72-82%; $\chi^2=9,57$ при $\text{sig.}=0,02$). Напротив, пациенты, проживающие в браке, демонстрировали достоверно бóльшую выраженность амотивационных тенденций (несогласие с позицией пассивного участия в терапии, уровень 1; $0,09 \pm 0,839$ при $p < 0,01$) и осознания необходимости лечения (фактор 2; $0,01 \pm 0,879$ при $p < 0,01$), чем холостые и незамужние. Это, однако, не приводило к достоверному изменению суммарной интенсивности мотивации. Различия по параметру наличия у обследованных пациентов детей проявлялись в меньшей выраженности основного мотивационного фактора – опоры на собственные знания и навыки способов преодоления заболевания у бездетных больных ($-0,27 \pm 1,148$; $p < 0,05$).

Пациенты, не имевшие статуса стойко утративших трудоспособность, в отношении терапевтической мотивации демонстрировали достоверное снижение половины факторных показателей опросника ОцМЛ и двух субшкал, отражающих уровни мотивации, что в итоге приводило к существенному снижению показателя суммарной интенсивности мотивации к лечению (факторы 3 и 4, уровни 4 и 5, суммарный балл ОцМЛ – снижение стандартизированных баллов от $-0,21$ до $-0,67$; $p < 0,05$).

2. Больные шизофренией демонстрировали наиболее разнообразную по механизмам формирования палитру мотивационных структур, при этом среди них относительно реже встречались пациенты, при формировании отношения к терапии опиравшиеся на мотивационный механизм осознания необходимости лечения (16% подгруппы). Аффективные расстройства были связаны с меньшей встречаемостью у этой категории пациентов варианта мотивации к лечению, основанной на осознании механизмов болезненной дезадаптации (7% подгруппы). При этом среди пациентов с расстройствами настроения 40% подгруппы имели варианты структуры терапевтической мотивации с преобладанием готовности к активному сотрудничеству с врачом в процессе лечения. Пациенты с невротическими и личностными расстройствами не были склонны при формировании терапевтической мотивации опираться на знания и навыки, связанные с противостоянием болезни. Значимо преобладающим у них являлся мотивационный механизм осознания необходимости лечения (58% подгруппы). Больные с заболеваниями органической природы, напротив, наиболее часто опирались на собственные знания и навыки противостояния болезни (45% подгруппы), но лишь 9% из них

ориентировались при формировании мотивации к лечению на осознание психологических механизмов болезненной дезадаптации ($\chi^2=22,6$ при $\text{sig.}=0,03$).

Большая продолжительность заболевания была связана с повышением интенсивности терапевтической мотивации (суммарный балл ОцМЛ) и в целом – с формированием личностных смыслов лечения пациентов: мотивацией, фундированной давлением страданием (уровень 3), осознанным обращением за психиатрической помощью (уровень 4) и осознанием необходимости собственного активного участия пациентов в реадaptации на основе правильной внутренней картины болезни (уровень 5), мотивационными факторами опоры на собственные знания и навыки способов преодоления болезни и осознания психологических механизмов болезненной дезадаптации (факторы 1 и 3). Кратность госпитализаций также имела слабые, ограниченные взаимосвязи со структурой мотивации (таблица 6)

Таблица 6 – Корреляционные связи показателей опросника ОцМЛ и клинических характеристик пациентов (* $p<0,05$; ** $p<0,01$)

	Длительность заболевания	Количество госпитализаций	Частота госпитализаций	Возраст дебюта
Уровень 3	0,128 Sig.0,07	0,175*	-	-
Уровень 4	0,143*	-	0,138 Sig.0,08	-0,204 Sig.0,06
Уровень 5	0,201**	0,190**	0,137 Sig.0,08	-0,192 Sig.0,08
Сум. балл ОцМЛ	0,155*	0,180*	0,137 Sig.0,08	-
Фактор 1	0,135*	0,173*	0,131 Sig.0,09	-
Фактор 2	-	0,127 Sig.0,08	-	-
Фактор 3	0,143*	-	0,138 Sig.0,08	-0,204 Sig.0,06
Фактор 4	-	-	-	-0,185 Sig.0,09

Примечание: см. примечание к таблицам 1 и 4.

Более выраженная продуктивная симптоматика по шкале BPRS не коррелировала с показателем мотивации, фундированной давлением страданием от болезни, однако была прямо связана с укреплением устойчивой мотивации к длительной поддерживающей фармакопсихотерапии (уровень 6, $r=0,32$; $p<0,01$). Изолированным эффектом в отношении мотивирующего к лечению давления страданием обладала выраженность у пациентов суицидных тенденций (п.2.5 ШМК, $r=0,246$; $p<0,05$). Негативная симптоматика (шкала SANS) лишь на уровне тенденции к достоверности коррелировала с повышением устойчивой мотивации к длительной поддерживающей фармако-психотерапии. Наиболее существенным мотивирующим к лечению клиническим фактором была дезадаптация пациентов. По мере ухудшения показателей функционирования (шкала GAF) больным было характерно снижение всех факторов мотивации за исключением осознания необходимости лечения: снижались показатели опоры пациентов на собственные знания и навыки способов преодоления болезни, осознания психологических механизмов болезненной дезадаптации и готовности к активному сотрудничеству в терапии (факторы 1, 3 и 4; от $r=0,252$ до $r=0,277$ при $p<0,05$). Когнитивная сохранность пациентов была связана (п. 2.8 ШМК; $\chi^2=8,24$ при $\text{sig.}=0,04$) с более частым доминированием в структуре их терапевтической мотивации фактора готовности к активному сотрудничеству с врачом (83% пациентов с доминирующим фактором 4). Напротив, выраженные когнитивные нарушения были свойственны пациентам, при формировании отношения к лечению опирающимся на собственные знания и навыки способов преодоления

заболевания (64% пациентов группы), а также мотивационный фактор осознания психологических механизмов болезненной дезадаптации (75% пациентов группы).

Чувствительность опросника ОцМЛ позволила выявить различия у пациентов, получавших разную антипсихотическую терапию (таблица 7). Приём классических нейролептиков в сравнении с терапией атипичными был связан с различиями суммарной интенсивности мотивации к лечению за счёт снижения склонности пациентов опираться на собственные знания и навыки способов преодоления болезни (фактор 1) и осознавать необходимость лечения (фактор 2). Пациенты с пероральной терапией или депо-формой антипсихотика, а также получавшие один или два нейролептика, отличались по показателю осознания психологических механизмов болезненной адаптации (фактор 3). Эти результаты могут быть связаны как с особенностями влияния разных классов нейролептиков на мотивацию больных, так и со спецификой назначения врачами антипсихотической терапии у пациентов с разными типами отношения к болезни и лечению.

Таблица 7 – Взаимосвязь мотивации к лечению и получаемой антипсихотической терапии

Тип антипсихотической терапии (АП)	Показатели опросника ОцМЛ (*p<0,05)			
	1 фактор	2 фактор	3 фактор	Суммарный балл ОцМЛ
Типичный/ Атипичный АП	0,31±1,076/ 0,50±1,108*	-0,13±0,862/ 0,18±0,997*	-	-0,68±0,878/ 0,001±0,873*
Монотерапия/ Комбинация АП	-	-	0,35±0,894/ 0,648±1,047*	-
Пероральный приём АП/ Депо-препарат	-	-	-0,03±0,954/ -0,78±0,618*	-

Примечание: см. примечание к таблице 4.

Взаимосвязь структуры мотивации к лечению и профиля медикаментозного комплайенса больных психическими расстройствами

При описании текущей валидности опросника ОцМЛ были приведены кардинальные критерии комплаентного поведения пациентов – отсутствие дефицита мотивации к длительной поддерживающей терапии и амотивации; менее опасным являлся дефицит внешней мотивации к лечению (уровни 6, 1 и 2 соответственно). Корреляционный анализ выявил более широкие связи мотивации и медикаментозного комплайенса (таблица 8).

Таблица 8 – Корреляционные связи параметров опросника ОцМЛ и Шкалы медикаментозного комплайенса (*p<0,05; **p<0,01)

	Отношение к медикации	Факторы пациента	Факторы окружения	Комплаиенс суммарный бал
Уровень 1	0,227 Sig.0,07	-	-	0,291*
Уровень 3	0,385**	0,338**	-	0,368**
Уровень 6	0,246*	0,361**	0,257*	0,290*
Суммарный балл ОцМЛ	0,328**	0,293*	-	0,299*
Фактор 1	0,384**	0,320**	-	0,364**
Фактор 4	-	0,260*	0,217 Sig.0,09	0,214 Sig.0,09

Примечание: см. примечание к таблицам 1 и 4.

В отношении показателя устойчивой мотивации к длительной поддерживающей

фармако-психотерапии (уровень 6 опросника ОцМЛ) были чувствительны все подсистемы Шкалы медикаментозного комплайенса за исключением факторов, связанных с врачом. Кроме того, были объективированы сходные и наиболее существенные по магнитуде корреляций с комплайенсом эффекты мотивации, фундированной давлением страданием (уровень 3) и опоры пациентов на собственные знания и навыки способов преодоления болезни (фактор 1). Готовность пациентов к активному сотрудничеству с врачом (фактор 4) предсказуемо коррелировала с факторами комплайенса, связанными с пациентом. При этом выявленная на уровне тенденции к статистической значимости корреляция с факторами комплайенса, связанными с окружением больного, подчёркивала роль близких пациента в формировании у него мотивации сотрудничества в рамках терапевтических отношений. В целом, реализация эффектов суммарной мотивации к лечению на комплайенс осуществлялась по его двум ведущим подсистемам: отношения к медикации и факторов, связанных с самим пациентом.

Наиболее существенный показатель шкалы комплайенса – поведение при медикации (п. 1.1 ШМК) – прямо коррелировал с мотивационным фактором опоры пациента на собственные знания и навыки способов преодоления заболевания (фактор 1; $r=0,232$ при $p<0,05$). Субъективная оценка пациентами эффективности получаемой терапии значительно коррелировала с рядом параметров структуры мотивации (уровни 3, 5 и 6, факторы 1 и 4; от $r=0,293$ до $r=0,538$; $p<0,05$), а также с её интенсивностью (суммарный балл ОцМЛ; $r=0,418$ при $p<0,05$). Таким образом, была объективирована роль структуры мотивации к лечению как фактора, организующего восприятие пациентами лечебного процесса. Это определяет место мотивационных интервенций в комплексной реабилитационной программе психиатрических пациентов (Петрова Н.Н., Савельева О.В., 2017).

Связи между типичными вариантами структуры мотивации к лечению и соответствующими профилями комплайенса были установлены методом к-средних при кластеризации выборки обследованных шкалой медикаментозного комплайенса и финальной версией опросника ОцМЛ. Среди 91 пациента психиатрического стационара были выделены 3 группы, не имевшие значимых различий в медикаментозной терапии, наиболее сходные по профилям мотивации и комплайенса внутри группы, но наиболее различные по показателям опросника ОцМЛ и шкалы комплайенса между группами (таблица 9, рисунок 1).

Таблица 9 – Различия в структуре мотивации к лечению по её уровням между группами больных после кластеризации (* $p<0,05$, ** $p<0,01$)

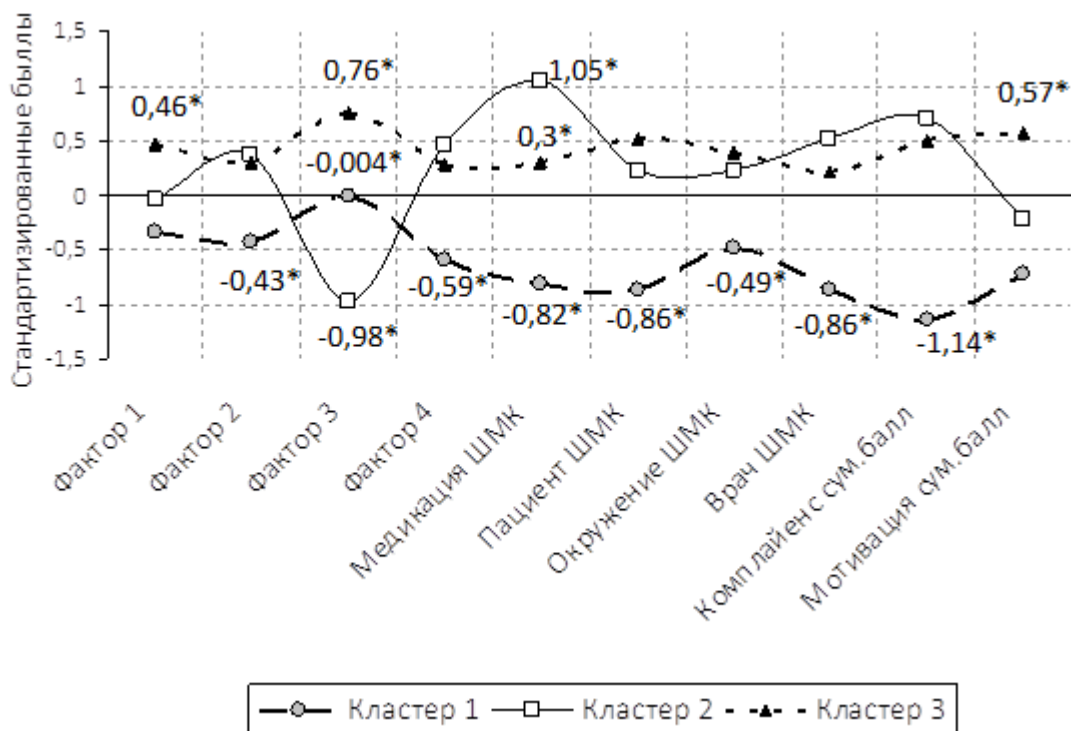
Группа больных	Средние показателей уровней мотивации ($M \pm S.D.$)		
	Уровень 1	Уровень 3	Уровень 4
Кластер 1	$-0,15 \pm 0,154$	$-0,51 \pm 0,115$	$0,17 \pm 0,912^*$
Кластер 2	$0,81 \pm 0,124^*$	$0,49 \pm 0,812^{**}$	$-0,87 \pm 0,919^*$
Кластер 3	$-0,57 \pm 0,834$	$0,05 \pm 0,891$	$0,39 \pm 0,505^*$

Примечание: см. примечание к таблице 1

У больных, отнесённых к кластеру 1, были выявлены наиболее низкие показатели всех подсистем комплайенса на фоне выраженной негативной симптоматики в соответствии со шкалой SANS (п.2.3 ШМК; $0,66 \pm 0,670$; $p<0,05$), а также, по сравнению с пациентами кластера 3, для них была характерна более выраженная социальная дезадаптация по шкале GAF (п.2.7 ШМК; $0,66 \pm 0,670$ и $1,08 \pm 0,532$ при $p<0,05$) и меньшая склонность сопротивляться стигматизации (ISMI; $-0,43 \pm 0,994$ и $0,38 \pm 0,905$ при $p<0,05$). Пациенты кластера 3, в свою

очередь, при максимальной интенсивности мотивации (суммарный балл ОцМЛ) демонстрировали средние показатели отношения к медикации (ШМК, рисунок 1) и отличались от больных, отнесённых к кластеру 2, меньшей склонностью дискриминировать других психически больных (PDD; $0,39 \pm 0,850$ и $-0,21 \pm 0,457$ при $p < 0,05$).

Рисунок 1. Типология больных в зависимости от преобладающей структуры мотивации к лечению и профиля медикаментозного комплайенса (отмечены цифровые данные с достоверными различиями между группами).



Примечания к рисунку 1: см. примечание к таблице 4; мотивация сум. балл – суммарный балл опросника ОцМЛ; разделы шкалы медикаментозного комплайенса: медикация ШМК – отношение к медикации, пациент ШМК – факторы, связанные с пациентом, окружение ШМК – факторы, связанные с окружением больного, врач ШМК – факторы, связанные с врачом, комплайенс сум. балл – суммарный балл ШМК.

Сочетание у относительно сохранных пациентов кластера 3 в структуре мотивации трёх конкурентных мотивационных установок (опора на собственные знания и навыки способов преодоления болезни и стремление лучше осознавать психологические механизмы болезненной дезадаптации) было связано с распространением сомнений в эффективности лечения, анамнестическими нарушениями комплайенса, нарушением терапевтического альянса и позицией сопротивления психиатрической дискриминации. Это препятствовало реализации максимальной интенсивности мотивации к лечению через формирование благоприятного «отношения к медикации», то есть отражало менее сбалансированное отношение пациентов кластера 3 к терапии, чем у больных кластера 2. Уточнение поведенческих паттернов пациентов 3-х выделенных кластеров при проведении у них психофармакотерапии было выполнено с использованием отдельных разделов шкалы медикаментозного комплайенса (таблица 10).

Таблица 10 – Различия в распространённости нарушений комплайенса между группами больных после кластеризации

		Кластер 1	Кластер 2	Кластер 3
Поведение при проведении медикации (п. 1.1 ШМК) $\chi^2=23,35$; $p=0,000$	Уклонение от приёма	100%	-	-
	Приём под контролем	56%	25%	19%
	Самостоятельный приём	14%	30%	56%
Заинтересованность в приёме лекарств (п. 1.2 ШМК) $\chi^2=39,81$; $p=0,000$	Активное отношение, понимание необходимости, интерес к терапии	2%	39%	59%
	Согласие на прием при наличии сомнений в его эффективности	56%	10%	34%
	Пассивное согласие на прием при отсутствии надежды на эффект	60%	40%	-
	Нежелание принимать лекарства	100%	-	-
Анамнестические сведения о нарушениях комплаенса (п. 1.5 ШМК) $\chi^2=24,074$; $p=0,002$	Приём не рекомендованных лекарств	62,5%	12,5%	25%
	Прекращение приёма	37%	13%	50%
	Нерегулярность приёма	67%	-	33%
	Снижение дозировок	-	50%	50%
	Нет нарушений	11%	46%	43%
Терапевтический альянс (п. 4.1 ШМК) $\chi^2=41,05$; $p=0,000$	Низкий	94%	-	6%
	Средний	25%	23%	52%
	Высокий	5%	50%	45%

ВЫВОДЫ

1. Разработанный способ системной оценки мотивации к лечению у пациентов, страдающих психическими расстройствами, основан на применении валидного психометрического инструмента – опросника оценки мотивации к лечению.

1.1 Внутренняя валидность оригинального опросника определялась хорошей согласованностью его разделов, ретестовой надёжностью показателей и содержательной факторной структурой, отражавшей опору больных при формировании мотивации к лечению на знания и навыки в преодолении болезни, осознание необходимости лечения, а также психологических механизмов болезненной дезадаптации и степень готовности активно сотрудничать с врачом.

1.2. Внешняя валидность опросника подтверждалась предсказуемым направлением корреляционных связей его показателей с альтернативными инструментами оценки мотивации, экспертными оценками терапевтической мотивации больных их лечащими врачами, а также отсутствием достоверных взаимосвязей суммарного показателя опросника с выраженностью стигматизации и качеством инсайта на болезнь у пациентов.

1.3. Критериальная валидность оригинального опросника определялась возможностью идентификации с его помощью различных типов мотивации к лечению, специфически связанных с разными вариантами поведения больных при психофармакотерапии.

2. Варианты структуры терапевтической мотивации у больных психическими расстройствами определялись разнонаправленными взаимосвязями отдельных компонентов мотивации, каждый из которых характеризовал специфичные процессы формирования заинтересованности в терапии.

2.1. Гендерные различия были связаны с опорой на разные мотивационные сценарии у мужчин и женщин при формировании их отношения к лечению, что приводило к относительно большей мотивированности женщин в отношении терапии.

2.2. Зрелый возраст и лучшее образование пациентов совместно были связаны с формированием более осознанного и ответственного отношения больных к терапии, где осознаваемое ими неблагополучие становилось существенным мотивирующим к лечению стимулом. Более образованные пациенты были менее склонны к формированию внутренней мотивации к лечению, связанной с приобретением личностных смыслов терапии.

2.3. Пациентам, состоящим в браке, был менее свойствен дефицит мотивационных сценариев в отношении лечения по сравнению с не состоящими в браке. Наличие собственных детей было связано с большей опорой пациентов на собственные знания и навыки способов преодоления заболевания.

2.4. Наличие группы инвалидности было связано с существенной интенсификацией мотивации к лечению.

3. Взаимосвязи клинических параметров пациентов и мотивации к лечению имели слабую или умеренную интенсивность, либо ассоциировались с качественными, но не количественными изменениями терапевтической мотивации.

3.1. Нозологические особенности больных были связаны со спецификой структуры мотивации к лечению, а не её интенсивностью. Больные шизофренией демонстрировали наиболее разнообразную по механизмам формирования палитру мотивационных структур. У пациентов с аффективными расстройствами ведущим мотивационным стереотипом являлась готовность к активному сотрудничеству с врачом в процессе лечения. Пациенты с невротическими и личностными расстройствами преимущественно ориентировались на осознание необходимости лечения. Больные с заболеваниями органической природы наиболее часто опирались на собственные знания и навыки, связанные с противостоянием болезни.

3.2. Большая продолжительность заболевания и количество госпитализаций имели разнообразные, но не интенсивные взаимосвязи со структурой мотивации к лечению и в целом коррелировали с повышением её суммарного балла.

3.3. Продуктивная и негативная симптоматика коррелировали не с общей интенсивностью терапевтической мотивации психически больных, а были связаны с модулирующим эффектом в отношении структуры мотивации. Наиболее существенным мотивирующим к лечению клиническим фактором была дезадаптация пациентов. Мотивирующий эффект острой психопатологической симптоматики опосредовался не субъективным давлением страданием от болезни, а очевидными для пациентов поведенческими нарушениями, такими как суицидные тенденции в поведении.

3.4. Использование комбинированной фармакотерапии в различных вариантах сочетаний препаратов или монотерапии не оказывало специфического влияния на структуру и интенсивность мотивации к лечению у больных психическими расстройствами. При этом особенности назначаемой больным антипсихотической терапии были связаны с изменениями суммарной интенсивности мотивации к лечению и её структуры по всем выделенным факторам, кроме готовности пациентов к активному сотрудничеству с врачом в ходе терапии.

4. Эффект мотивации к лечению в отношении медикаментозного комплайенса у пациентов с психическими расстройствами реализовывался через подсистемы отношения к медикации и факторов комплайенса, связанных с пациентом.

4.1. У больных психическими расстройствами более существенным фактором комплайенса была не интенсивность мотивации к лечению, а её внутренняя структура, которая являлась фактором, взаимосвязанным с организацией восприятия пациентами лечебного процесса. Особенности структуры терапевтической мотивации были связаны с субъективной оценкой эффективности терапии, выраженностью психологически обусловленного саботирования лечения, инсайтом на заболевание, склонностью больных к злоупотреблению психоактивными веществами, особенностями поведения при проведении медикации и медикаментозного комплайенса.

4.2. Типичные варианты структуры мотивации к лечению, характерные больным психическими расстройствами, были связаны со специфическими профилями медикаментозного комплайенса, которые определялись достоверными различиями в отношении пациентов к лечению, их поведении при медикации, анамнестическими нарушениями комплайенса и силой терапевтического альянса. Наиболее благоприятный профиль отношения к медикации характеризовал пациентов, преимущественно опирающихся на собственные знания и навыки в преодолении болезни, но не ориентированных на поиск психологических механизмов болезненной дезадаптации. Тип пациентов, имевших при высокой интенсивности внутренне рассогласованную структуру мотивации к лечению (конкурентные установки готовности активно сотрудничать с врачом, больше опираться на знания и навыки в преодолении болезни и лучше осознавать психологические механизмы болезненной дезадаптации) демонстрировал относительное ухудшение отношения к медикации. Тотальное снижение профиля медикаментозного комплайенса было свойственно больным с умеренной склонностью осознавать психологические механизмы болезненной дезадаптации, но испытывавшим дефицит готовности активно сотрудничать с врачом на фоне низкого осознания необходимости лечения.

Практические рекомендации

1. У больных психическими расстройствами более оправданной с клинической точки зрения является системная оценка мотивации к лечению. Для формирования комплайентного поведения больных в ходе психофармакотерапии целесообразно ориентироваться не только на общую интенсивность, но на факторную структуру и сбалансированность мотивации к лечению.

2. При построении реабилитационной программы пациентов с психическими расстройствами психиатрическая стигма может учитываться как мощный фактор, мотивирующий пациентов к лечению, превосходящий подобное влияние продуктивной и негативной симптоматики. Однако, эффекты формирующейся под влиянием стигмы внешней и фундированной давлением страдания мотивации существенно ограничены в отношении повышения комплайенса больных.

3. Дифференцированное применение психосоциальных интервенций для групп больных с интенсивной, средней по интенсивности и слабой мотивацией к лечению является более оправданным, поскольку адресуется групп-специфичным особенностям внутренней картины болезни. Имевшиеся ранее поведенческие проявления нонкомплаенса могут являться важным маркером несбалансированного отношения пациентов к психиатрической помощи даже при условии текущей высокой интенсивности их мотивации к лечению.

Перспективы дальнейшей разработки темы исследования

1. Создание нозоспецифичных версий опросника оценки мотивации к лечению при его стандартизации с учётом усреднённых показателей больших диагностически гомогенных групп пациентов с психическими расстройствами.
2. Разработка дифференцированных реабилитационных программ, основанных на типологии выявленных нарушений мотивации к лечению и комплайенса психиатрических пациентов.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

Научные публикации в журналах, входящих в международную базу Scopus

1. Sorokin M. Yu. The Role of Treatment Motivation Subsystems in the Overall Structure of Compliance in Patients Undergoing Psychopharmacotherapy / M. Yu. Sorokin, N. B. Lutova, V. D. Wied // Neuroscience and Behavioral Physiology. – 2017. – Vol. 47, Issue 8. – P. 890–894.
2. Sorokin M. Y. Nosological specification of motivation for treatment in patient with mental disorders / M. Y. Sorokin // Psychiatria Danubina. – 2018. – Vol. 30, suppl. 1. – P. 8.

Научные статьи в журналах, входящих в перечень ВАК

3. Сорокин М. Ю. Особенности мотивации к лечению пациентов психиатрического стационара / Н. Б. Лутова, М. Ю. Сорокин // Вестник психотерапии. – 2014. – № 51 (56). – С. 68-79.
4. Сорокин М. Ю. Роль подсистемы мотивации к лечению в общей структуре комплаенса у больных при проведении психофармакотерапии / М. Ю. Сорокин, Н. Б. Лутова, В. Д. Вид // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2016. – № 4, вып. 1. – С. 32-36.
5. Сорокин М. Ю. Распространённость внешней стигматизации у психически больных и её взаимосвязь с мотивацией к лечению / М. Ю. Сорокин // Неврологический вестник. – 2016. – Т. XLVIII, № 2. – С. 73–77.
6. Сорокин М. Ю. Психиатрическая стигма – её проявления и последствия / Н. Б. Лутова, М. Ю. Сорокин, В. Д. Вид // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2017. – № 3. – С. 41-45.
7. Сорокин М. Ю. Экологически ориентированный подход к реабилитации психически больных при оказании помощи полипрофессиональной бригадой. Сообщение 2. / А. П. Коцюбинский, Б. Г. Бутома, С. Э. Медведев, Н. Б. Лутова, М. Ю. Сорокин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2018. – Т. 28, № 1. – С. 5-9.
8. Сорокин М. Ю. Типология больных психическими расстройствами в зависимости от структуры мотивации к лечению и приверженности терапии / М. Ю. Сорокин, Н. Б. Лутова, В. Д. Вид // Социальная и клиническая психиатрия. – 2018, – Т. 28, № 2. – С. 12-17.

Другие научные публикации

9. Сорокин М. Ю. Взаимосвязь нозологических характеристик и мотивации к лечению пациентов психиатрического стационара / М. Ю. Сорокин // Альманах молодой науки. – 2012. – № 3. – С. 82-84.
10. Сорокин М. Ю. Особенности формирования и динамики мотивации к лечению пациентов психиатрического стационара / М. Ю. Сорокин // Материалы Всероссийской школы молодых учёных и специалистов в области психического здоровья с международным участием «Психиатрия вчера, сегодня, завтра», Кострома, 22–24 апреля 2014 г. – С. 279-283.

11. Сорокин М. Ю. Выраженность стигматизации у психически больных и их структура мотивации к лечению / М. Ю. Сорокин // Материалы III-ей Всероссийской Костромской Школы молодых ученых и специалистов в области психического здоровья «Шизофрения: настоящее, взгляд в будущее». Кострома, 19–22 апреля 2016 г. – С. 206-209.
12. Сорокин М. Ю. Влияние особенностей структуры мотивации к лечению на комплаенс у больных при проведении психофармакотерапии / М. Ю. Сорокин, Н. Б. Лутова // Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания: Материалы Всероссийского конгресса с международным участием, Санкт-Петербург, 9-11 июня 2016 г. / под общ. ред. Н.Г. Незнанова, О.В. Лиманкина. – СПб.: Альта Астра, 2016. – С. 167-169.
13. Sorokin M. Yu. Structure of motivation for treatment and compliance in psychiatric patients. / N. B. Lutova, M. Yu. Sorokin, V. D. Wied // Dynamic Psychiatry of Gunter Ammon. Identity through the Group / ed. by N. G. Neznanov, A. V. Vasileva. – Saint-Petersburg: Alta Astra, 2018. – С. 245-254.
14. Сорокин М. Ю. Факторы благоприятного прогноза медикаментозного комплаенса и мотивация к лечению у больных шизофренией / М. Ю. Сорокин // Депрессия – вызов XXI века: Материалы 4-й Костромской Всероссийской школы молодых ученых и специалистов в области психического здоровья с международным участием, Кострома, 17-18 апреля 2018 г. – М.: Изд-во НЦПЗ, 2018. – С. 40.
15. Сорокин М. Ю. Гендерные аспекты субъективного отношения к перенесённому психозу и мотивация пациенток к лечению / М. Ю. Сорокин // Женское психическое здоровье – от истерии к гендерно-сенситивному подходу: сб. научных трудов / [НМИЦ им. В.М. Бехтерева]: авторы-сост.: А. В. Васильева, Т. А. Караваева; под общ. ред. Н.Г. Незнанова. – СПб.: Изд. дом «Алеф-Пресс», 2018. – С. 283-290.