

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ ИМЕНИ В.М. БЕХТЕРЕВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Утверждено
к печати решением
Ученого Совета
НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева
Протокол № 9 от 15.11.2018

**МОТИВАЦИОННОЕ ИНТЕРВЬЮ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ
МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛАЙЕНСА У БОЛЬНЫХ С
ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2018

УДК:159.196:616.89(075.4)

Мотивационное интервью для улучшения медикаментозного комплайенса у больных с психическими расстройствами: методические рекомендации / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: Н.Б. Лутова, В.Д. Вид, М.Ю. Сорокин, О.В. Макаревич. – СПб, 2018. – 22 с.

Организация-разработчик: федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Авторы-составители: Н.Б. Лутова, В.Д. Вид, М.Ю. Сорокин, О.В. Макаревич

Рецензент: Бабин С.М.- доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Аннотация

Представленные методические рекомендации освещают важнейшую проблему психиатрического здравоохранения – предлагая способ повышения уровня медикаментозного комплайенса психически больных, основанный на диагностике его дефицита, связанного с нарушениями мотивации к лечению больного, страдающего психическим расстройством. Материал, представленный в пособии расширяет знания работников психиатрического здравоохранения о феномене мотивации и его влиянии на МК, особенностях нарушений мотивационных процессов у больных с тяжелыми психическими расстройствами и позволяет получить навыки проведения мотивационного интервьюирования, направленные на улучшение МК психически больных.

Пособие предназначено для врачей-психиатров и клинических психологов.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ	7
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ	7
МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ.....	8
ПРИМЕРЫ	18
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	20
СОКРАЩЕНИЯ.....	20
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	21

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность изучения феномена мотивации к лечению и поисков путей его коррекции у психиатрического контингента больных определяется, во-первых, недостаточной его изученностью и, во-вторых, ожидаемым высоким потенциалом влияния на общий успех терапии. Хронический характер течения большинства психических расстройств определяет высокие требования к включенности больного в лечебный процесс и его приверженности лечению. Среди множества различных факторов, обуславливающих выполнение этих требований, исследователи особо выделяют мотивацию больного к лечению (Centorrino F., et al., 2001; Mulder C.L. et al., 2005), поскольку ее недостаточный уровень – одна из самых частых причин прекращения лечения, недостаточной приверженности выполнению медицинских предписаний, обострений и общего негативного исхода заболевания. (Красик Е.Д. с соавт., 1987; Torrey E., Zdanovicz M. 2001; Lehner R., et al., 2007; Staring A., et al., 2006; Ryan RM, et al., 1995). Таким образом, уровень мотивации к лечению является важным предиктором достижения ремиссии при шизофрении (Бурковский Г.В., 1986) и предопределяет успешность психотерапии (Cechnicki A., et al., 1986) в рамках биопсихосоциальной модели лечения.

Первые исследования мотивации в экспериментальной психологии проводились еще в начале XX века и к настоящему времени существуют различные взгляды на ее влияние на поведение человека. В современной литературе мотивация определяется как система внутренних факторов, вызывающих и направляющих ориентированное на достижение цели поведение человека. В рамках психодинамических концепций мотивация описывается через взаимодействие со структурами личности интрапсихических сил, направляющих и регулирующих поведение человека. Бихевиористические теории рассматривают мотивацию как результат специфического взаимодействия среды (внешних стимулов) с субъектом. Когнитивные теории выдвигают на первое место особенности логической обработки информации, ее анализа, избирательного восприятия и предвосхищения планируемого поведения. Гуманистические концепции постулируют ведущую роль социальных взаимодействий и опыта, базовых потребностей в принятии и успехе в обществе. В целом, большинство исследователей рассматривают разнообразные потребности человека как основу для формирования мотивации. Современные концепции признают

факт взаимодействия различных потребностей, и, исходя из этого, сложный характер структуры мотивации, обусловленный несколькими актуальными стремлениями человека. В процессе взаимодействия с условиями среды (физическими, биологическими, социальными, психологическими), на основании накопленного опыта и сформированных установок (в том числе нравственных), в ходе анализа условий и прогнозирования поведения – человек формирует план действия. Реализация плана находится в динамическом взаимодействии с ожиданиями и корректируется по ходу его выполнения для достижения поставленной цели оптимальным образом. Такая функциональная система является мотивом.

В практике представляется целесообразным понимать мотивацию как сумму взаимодействия мотивов, формирующихся на базе одной или нескольких, осознаваемых или не осознаваемых потребностей.

Поскольку мотивация является активирующим и регулирующим фактором поведения человека – она стала предметом рассмотрения психиатров с точки зрения особенностей мотивационных процессов у психически больных и, в частности, ее влияния на процесс лечения.

Установлено, что нарушения мотивации к продуктивной деятельности носят при шизофрении центральный характер. Достоверно больший процент психотических пациентов демонстрирует снижение мотивации, по сравнению со здоровыми (Choi J. et al. 2010). Клинически расстройства мотивации у больных, страдающих расстройствами шизофренического спектра разнообразны: разноплановость, бессистемность мотивации, сужение круга мотивов, перестройка смысловой иерархии и их побудительной функции, отсутствие гибкости в перестройке мотивов. При этом снижение мотивации соотносится с высоким уровнем не позитивной, а негативной симптоматики. (Gard D.E., et al., 2009), а острота и прогрессивность сопутствующей продуктивной симптоматики не оказывает существенного влияния на качественную структуру мотивации (Гайлене Д. с соавт., 1980). Нарушения мотивации у больных шизофренией начинаются рано: пациенты клиники первого эпизода имели признаки снижения побудительной функции мотивации, при том, что не было выявлено достоверного снижения когнитивных способностей, операционной памяти, внимания (Murray G.K., et al., 2008). Важно отметить, что угасание мотивации не всегда тотально: при уходе от социальных функций можно установить активную компенсаторно-приспособительную деятельность в аутоцентрической сфере, которая обеспечивает удовлетворение узких

интересов и потребностей больного (Логвинович Г.В., 1985).

Исследование мотивации у больных депрессией продемонстрировали преобладание у них социально-нравственных мотивов над деятельными, сложности в ситуационной ориентировке и актуализации альтернативных стратегий социального поведения. Мотивации свойственна ригидность, затруднённая динамических перестроек, а терминальные цели утрированно конформны (Драгунская Л.С., 1987)

Показано, что пациенты с психозами и биполярным расстройством имели более низкий средний уровень мотивации к лечению, чем страдающие депрессивными и тревожными расстройствами (Kortrijk H.E. et al., 2010).

Мотивация к лечению в рамках биопсихосоциальной парадигмы имеет особое значение поскольку в рамках этой модели лечение предполагает изменение жизненного стереотипа, поведения и стиля жизни пациента, его социальных функций, когда важны наблюдаемые изменения.

Именно в этих случаях лечение, имеющее целью поведенческие изменения, требует от пациента немалых встречных усилий: регулярного посещения психокоррекционных занятий, активного участия в них, воздержания от проблемного поведения, использование в жизни новых форм поведения, и.т.п. (Семенова Н.Д., Гурович И.Я., 2014). Такое, контролируемое волевыми усилиями пациента, поведение необходимо, чтобы собственно лечение стало эффективным (Drieschner K.H. et al., 2004). При этом сложность проблемы мотивации к лечению заключается в том, что, казалось бы, естественное желание человека избавиться от болезни, приложив для этого определенные усилия, на практике не всегда реализуется. Не случайно З.Фрейд никогда не говорил о воле больного к выздоровлению, подчеркивая нужду в выздоровлении, обозначенную им словом *Leidensdruck* (давление страданием). При этом даже субъективно воспринимаемое страдание и декларированная больными мотивация к лечению не гарантируют успех терапии (Froese M., et al., 1983; Goth N., 1984). Важно иметь в виду, что на мотивацию к лечению, помимо морбидных, оказывают влияние и иные факторы: система социального обеспечения, способствующая у части больных усилению нозофильных установок; вторичная выгода от болезни, позволяющая избежать ответственности и активной деятельности; моральные характеристики больных, когда моральные принципы не являются регуляторами поведения; искажение представления о модели лечения, когда больной ждет «чуда», «волшебной таблетки», «сеанса гипноза», исключаяющей собственное активное участие в процессе лечения; психологические механизмы мотивационных

нарушений (нежелание признать ментальный характер симптомов, личностные черты, семейные влияния, нарушения идентичности, приспособительного поведения).

Исследования факторов, предопределяющих включенность психиатрического больного в лечебный процесс, выделяют несколько важных групп факторов. Часть факторов статичны и трудно поддаются изменениям, другие более динамичны и подвержены влияниям интервенций, направленных на улучшение включенности больного в процесс лечения. Одним из таких динамичных факторов является мотивация больного к лечению (Centorrino F., et al., 2001; Rayan R., et al., 1995; Drieschner K. et al., 2004). Накоплен большой массив данных о положительном влиянии мотивации к лечению у больных психическими расстройствами на их поведение в ходе лечения (Kemp R. et al., 1998; Chien W.T. et al., 2015). Эти находки стали основой для включения коррекции мотивации в интервенции, направленные на улучшение медикаментозного комплайенса. При этом использование мотивационного интервью врачами-психиатрами и медицинскими психологами для улучшения МК требует соблюдения его стадий и определенных навыков.

Данное пособие для врачей представляет алгоритм проведения МИ для психиатрического контингента больных с целью повышения уровня МК.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

- Пациенты, страдающие заболеваниями шизофренического спектра, аффективными расстройствами, расстройствами невротического уровня и личностными расстройствами;
- Больные, имеющие некомплайенс и парциальный медикаментозный комплайенс;
- Нарушения МК преимущественно обусловлены нарушениями мотивации к лечению.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

- Выраженность психопатологической симптоматики, определяющей нарушения поведения больного;
- Выраженность когнитивных расстройств;
- Наличие выраженного дефекта;
- Нарушения МК, преимущественно обусловленные факторами,

отличными от дефицита мотивации к лечению.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ

Мотивационное интервьюирование – это направляющий, клиенто-центристский стиль консультирования, целью которого является стимулирование изменений в поведении пациента посредством анализа и разрешения лежащей в его основе амбивалентности.

Предпосылками для проведения МИ является представление о том, что эффективное лечение пациент может начать только тогда, когда пациент готов включиться в процесс лечения и испытывает к этому желание. Одной из методик, позволяющей добиться этого является мотивационное интервью.

В МИ считается, что импульс к изменению поведения возникает из собственных мотивов пациента и сам пациент начинает говорить о необходимости перемен. Обстоятельства не могут вынудить его измениться, если он сам этого не хочет.

Цель подхода мотивационного интервьюирования состоит в том, чтобы стимулировать и контролировать процесс, в ходе которого пациент обдумывает и принимает решение, ведущее к изменению его «проблемного» поведения, помогая ему учитывать все «за» и «против» возможных изменений.

Концепция мотивационного интервьюирования была разработана на основе опыта, полученного в ходе работы с людьми, имеющими проблемы с алкоголем. Впервые она была описана Миллером (Miller, 1983) в статье, опубликованной в журнале “Behavioral Psychotherapy”.

Проведение МИ у больных, страдающих психическими расстройствами, имеет особенности.

Проведение МИ врачом основывается на определенных «идеологических» представлениях:

1. Мотивация к изменению поведения возникает у самого пациента, а не навязывается ему извне.

Другие мотивационные подходы подчеркивают важность принуждения, убеждения, конструктивной конфронтации и использования внешних обстоятельств (например, угрозы потерять работу или семью). Такие стратегии имеют право на существование для побуждения пациента изменить поведение, но по своему духу в корне отличаются от мотивационного интервьюирования, в основе которого лежит

определение и мобилизация внутренней системы ценностей и целей пациента с тем, чтобы стимулировать изменение его отношения и поведения.

2. Именно пациент, а не терапевт должен сформулировать и разрешить его/ее амбивалентность.

Амбивалентность принимает форму конфликта между двумя возможными направлениями действий, каждое из которых имеет как преимущества, так и издержки. У многих пациентов никогда не было возможности проговорить зачастую запутанные, противоречивые и имеющие исключительно личный характер элементы этого такого конфликта. (Например, “Если я буду принимать антидепрессанты, я буду лучше себя чувствовать, но с другой стороны, я начну поправляться, а когда я поправляюсь – я начну себя ненавидеть”.) Задача врача – помочь пациенту выразить обе стороны амбивалентности и направить его к принятию приемлемого решения, которое может повлечь за собой изменение поведения.

3. Прямое убеждение не является эффективным методом разрешения амбивалентности.

У терапевта возникает искушение “помочь”, убедив пациента в том, что проблема требует неотложного решения, и изменение поведения гарантирует преимущества (например, «... раз Вы страдаете психическим расстройством, Вы должны постоянно принимать лекарства»). Однако достаточно ясно, что подобные тактики обычно усиливают сопротивление пациента и снижают вероятность изменения (Miller, Benefield and Tonigan, 1993; Miller and Rollnick, 1991).

4. Стиль консультирования обычно спокойный и выявляющий.

Прямое убеждение, агрессивная конфронтация, и спор являются *концептуально противоположными* мотивационному интервьюированию и не приемлемы при данном подходе. Врачу, привыкшему давать советы и вступать в конфронтацию, мотивационное интервьюирование может показаться безнадежно медленным и пассивным процессом. Доказательством является результат. Более агрессивные стратегии, в основе которых часто лежит желание “противопоставить что-то нежеланию пациента”, легко скатываются к “подталкиванию” пациента к переменам в жизни, к которым он еще не готов.

5. Врач направляет усилия на оказание помощи пациенту в анализе и разрешении амбивалентности.

Мотивационное интервьюирование не включает обучение самих пациентов навыкам поведенческого копинга, хотя эти два подхода не являются несовместимыми.

Отправной точкой мотивационного интервьюирования является то, что амбивалентность или недостаток решимости пациента являются основным препятствием, которое необходимо преодолеть при запуске изменений. По достижении этого может возникнуть или не возникнуть необходимость в дальнейших интервенциях, таких как обучение навыкам.

В рамках мотивационного интервьюирования применяются специфичные стратегии по выявлению, анализу и разрешению амбивалентности. При этом консультации ориентированы на пациента и проводятся в атмосфере уважения к нему.

6. Готовность к изменениям является не чертой пациента, а результатом изменяющегося межличностного взаимодействия. Поэтому терапевт должен быть в высшей степени внимателен и восприимчив к любым проявлениям мотивации пациента. Соппротивление и “отрицание” расцениваются терапевтом не как черты характера пациента, а как обратная связь на поведение врача. Соппротивление пациента часто является сигналом того, что врач переоценивает готовность пациента к изменениям. В этом случае врачу необходимо скорректировать стратегии мотивации.

7. Взаимоотношения между врачом и пациентом являются в большей степени партнерскими или дружескими, нежели отношения, характерные для ролей эксперт/реципиент.

Терапевт уважает автономию и свободу выбора пациента (а также последствий этого выбора) в вопросах его или ее поведения.

Рассматривая проблему под таким углом зрения, нельзя расценивать мотивационное интервьюирование как метод или набор приемов, которые “применяются” по отношению к пациентам или “используются для манипулирования” людьми. Напротив, это межличностный стиль, который ни в коей мере не ограничен рамками формальных консультаций. Это тонкий баланс направляющих и клиенто-центристских компонентов, объединенных философской концепцией и пониманием механизмов, запускающих изменения. Если же все превращается в набор трюков или технику манипулирования, то смысл метода потерян.

Действия врачей, недопустимы при проведении МИ:

- если специалист настаивает на том, что у пациента есть проблема и ему необходимо менять поведение;
- предлагает прямой совет или “прописывает” решение проблемы без разрешения или без побуждения пациента к самостоятельному выбору решения;

- занимает авторитарную/экспертную позицию, отводя пациенту лишь роль пассивного участника;
- подменяет беседу собственным монологом или функционирует в режиме “однонаправленной информационной системы”;
- навязывает диагностический ярлык;
- ведет себя в карательной или принудительной манере.

Компоненты процесса изменений

Размышление пациента по поводу изменения поведения включает:

- осознание проблемы (человек получает новую информацию о природе психического заболевания и необходимости приема медикаментозной терапии, что заставляет его задуматься);
- эмоциональные переживания по поводу проблемы;
- осознание степени влияния проблемы на других людей, особенно близких;
- переоценка самого себя (мысли и чувства по поводу своей личности и своих проблем);
- оценка социальных ресурсов (что можно было бы использовать в качестве поддержки изменений, например, какие есть возможности для лечения).

Изменение поведения пациента включает:

- активизацию собственных ресурсов (побуждение себя к активным действиям, веру в способность измениться и готовность к действиям с целью изменения);
- поддерживающие отношения (установление доверия к другим и принятие их помощи в процессе изменения);
- создание условий, способствующих изменениям;
- усилия по поддержанию изменений;
- контроль провоцирующих факторов (избегание тех обстоятельств, которые могут спровоцировать проблемное поведение или противостояние).

Стадии, характеризующих модель поведения пациента:

- Стадия преднамерения (подготовки к размышлениям) (Precontemplation stage)

- Стадия намерения (размышления) (Conteplation stage)
- Подготовительная стадия (Preparation stage)
- Стадия активных действий (Action stage)
- Стадия поддержания изменений в поведении (Maintenance stage)

Первичной задачей врача является установление на какой стадии изменений находится пациент, определить уровень его мотивации и затем выбрать стратегии консультирования.

1. Стадию преднамерения (подготовка к размышлениям, разъяснений идей) можно определить по следующим высказываниям пациента: *«Проблемы не у меня. Я вообще не знаю, зачем меня сюда привели...»*.

Как правило, это пациенты, которые обращаются к психиатру по настоянию родственников, не имеют критики к психическому заболеванию, занимают по отношению к родственникам обвинительную позицию и соответственно, категорически отказываются от лечения. Этот контингент пациентов наиболее труден в настоящее время для осуществления психиатрической помощи, поскольку ввиду отсутствия показаний для недобровольной госпитализации, такая категория пациентов оказывается без помощи, несмотря на непредсказуемый характер дальнейшего протекания заболевания. Когда пациент отказывается от терапии, обязанностью врача является – обсудить это с самим пациентом. Часто это проводится путем конфронтации или прямой коррекции поведения пациента при помощи врачебных советов. Вполне естественно, что пациент в таком случае занимает оборонительную позицию. Достаточно быстро складывается ситуация, когда врач приводит разумные аргументы, а пациент чувствует себя не до конца понятым.

Если стратегия выбрана неудачно, то пациент будет проявлять сопротивление.

Технические приемы проведения МИ

Открытые вопросы:

«Закрытые» вопросы: предполагают однозначный ответ - «да» или «нет».

«Открытые» вопросы предполагают получение развернутых, поясняющих ответов (например, «Вы могли бы привести конкретный пример?», «Расскажите, пожалуйста, что именно Вас беспокоит?»). Как правило, открытые вопросы начинаются со слов, которые оказывают влияние на дальнейший характер разговора (слово «что» – приводит к разговору о фактах, «как» – к обсуждению чувств или

процесса, «почему» – к анализу причин, «что еще» - стимулирует развитие беседы). Обычно открытые вопросы задаются о мыслях, тогда как вопросы о поведении обычно закрытые. «Открытые» вопросы стимулируют продвижение беседы.

- Тем не менее, необходимо все время переходить от одного типа вопросов к другому, чтобы консультация не превратилась в выяснение подробностей. В этом случае у пациента не возникает желания более глубоко разобраться в своих проблемах.
- Важно дать возможность пациенту высказаться таким образом, чтобы он говорил более 50 % времени, посвященному беседе.
- Следует задавать вопросы о мыслях и чувствах («Что Вы подумали?» или «Как вы себя при этом почувствовали?») нежели о поведении пациента.
- Не следует задавать более трех вопросов подряд, поскольку это может вновь спровоцировать оборонительную позицию больного.
- Желательно, чтобы вопросы были нейтрального характера.
- Если врач беседует с пациентом возрастной группы, отличной от его собственной, следует учесть, что неадекватное использование вопросов (относительно темпа, количества, степени откровенности, конкретности) иногда вызывает недоверие к врачу.
- Вопросы, начинающиеся со слова «почему» («Почему Вы не принимаете лекарства?», «Почему Вы этого не делаете?»), вызывают часто чувство дискомфорта и могут вынуждать пациентов прибегать к защите.

Отраженное (рефлексивное слушание) –

является способом показать пациенту, что мы прислушиваемся к его/ее доводам, объясняющим его/ее поведение. При пассивном слушании человека, как правило, не беспокоит, понимает ли собеседник, насколько Вы сейчас внимательны по отношению к нему. При отраженном выслушивании терапевт должен демонстрировать заинтересованную реакцию и попытаться разобраться, что он/она имеет в виду. Необходимо выделять главное. Иногда нам только кажется, что мы правильно поняли собеседника, на самом же деле он может иметь в виду совсем другое. Рефлексивное слушание позволит врачу: показать пациенту, что его действительно слушают; проверить, совпадает ли понимание того, что сказал пациент, с тем, что подразумевает врач; помочь пациенту укрепить уверенность в необходимости изменений. Этого можно добиться путем отражения, сказанного пациентом на разных уровнях, от дословного повторения произнесенных им слов до попыток отражения чувств,

лежащими за произносимыми словами.

Отражающие утверждения, как правило, начинаются со следующих фраз:

- То есть, Вы считаете, что Вы...
- Похоже, Вы...
- Вам кажется, что Вы...
- Значит, Вы...

Отражение может быть простым, избирательным, а также носить характер **перефразирования** или **пересказывания**.

Пример:

Пациент: Я бы никогда не подумал, что это может случиться со мной. Я просто в шоке от таких событий, и, знаете, мне теперь не все равно, что будет со мной дальше. Хотя у меня много сомнений по этому поводу (пациент задумался).

Врач (понимающе): У Вас много сомнений по этому поводу. (простое отражение)

Вы можете отражать избирательно только те слова пациента, которые показались вам очень важными, например:

Врач: Вам не все равно, что будет с Вами дальше. (избирательное отражение)

Вы можете отражать то, что говорит пациент, слегка перефразируя его слова.

Пример:

Врач: Вы потрясены такими событиями, и Вам теперь не все равно, что будет с Вами дальше. (перефразирование)

Вы можете проанализировать мысль пациента и попытаться передать ее своими словами, например:

Врач: Вы потрясены тем, что с вами случилось, и серьезно задумались над тем, чтобы что-то изменить. Хотя у вас есть много сомнений по этому поводу. (пересказывание)

2. Стадия намерения (размышления) – мотивация к изменению, умение справляться со своими эмоциями - характеризуется наличием двойственных чувств, колебаний, сомнений по отношению к лечению – «Они бы с удовольствием, но... Они бы сделали это, но...».

Отрицательный субъективный опыт пациента формирует **сопротивление** лечению, им движут эмоции, в то время как врач руководствуется сугубо рациональными, научными фактами. Таким образом, баланс решений формируется

между «за» врача и «против» пациента.

На данном этапе задачей врача является достижение оптимального баланса, который, как правило, является результатом процесса, в котором врач стремится помочь пациенту определить причины для изменений, способствовать их развитию, а также прояснить риски, связанные с отсутствием каких-либо изменений.

Для этого врачу следует еще раз принять недостаток готовности пациента и повторить пациенту, что решение принимает пациент сам. Желательно проанализировать вместе с пациентом обычную схему дня, что помогает выявить еще раз стимулы для дальнейших изменений. При этом следует **поощрять** анализ пациентом всех «за» и «против» изменения поведения.

Вопросы, помогающие стимулировать высказывания пациента по поводу осознания проблемы:

«Что заставляет Вас думать, что это проблема? Какие сложности у Вас возникали в связи с прекращением приема лекарств? Как Вы считаете, каким образом прекращение Вами приема лекарств могло причинить Вам вред?»

Вопросы, помогающие стимулировать высказывания пациента по поводу обеспокоенности проблемой:

«Что Вас беспокоит в связи с приемом препаратов? Как Вы думаете, что может с Вами произойти? Что, по Вашему мнению, произойдет, если Вы ничего не измените?»

Вопросы, помогающие стимулировать высказывания пациента по поводу намерения изменить поведение:

«То, что Вы сюда пришли, означает, по крайней мере, что какая-то часть Вас готова к тому, чтобы что-то делать. Какие Вы видите причины для того, чтобы что-то изменить в своей жизни? Почему Вы считаете, что Вам нужны изменения?»

Вопросы, помогающие стимулировать пациента высказываться с оптимизмом по поводу изменений:

«Что дает Вам уверенность в том, что, приняв решение измениться, вы сможете этого достичь? Что поддерживает Вас в мысли, что Вы сможете что-либо изменить, если этого захотите? Что, по вашему мнению, поможет Вам воплотить в жизнь ваше решение об изменениях?»

Самому врачу на данном этапе важно понять, что лежит в основе колебаний пациента по поводу изменения проблемного поведения с тем, чтобы в конце беседы суметь **резюмировать** это для самого пациента. Как правило, если врачу удастся удержаться от давления, пациенту становятся более очевидными его собственные

колебания. Очень важно, чтобы врачу удалось избежать соблазна предлагать доводы в пользу изменения, поощряя к этому самого пациента.

Важно, чтобы терапевт предоставил **свободу выбора** и **возможность самоопределения** для пациента.

Врачу следует избегать:

- использование слов «должен», «ожидать»: «От Вас ждут, что Вы будете стараться»;

- вызывать чувство вины и стыда: «Я думал, мы с Вами договорились...», «Я бы подумал, что...»;

- указывать на то, какое впечатление производит пациент на окружающих:

«Что другие пациенты сделают по этому поводу?»;

- давить на чувство долга пациента: «Но Вы обещали родителям, что будете усердно стараться»

- запугивать пациента: «Вы же понимаете, такими темпами Вы скоро останетесь совсем одни»

- занимать авторитарную экспертную позицию: «Я, как профессионал, могу Вам сказать, что дальше так дело продолжаться не может»

- стимулировать Эго-вовлеченность: «От Вас зависит, как Вы себя проявите».

При исследовании баланса решений (анализ всех «за» и «против» сложившейся ситуации) врачу следует иметь ввиду, что большая часть пациентов концентрирует свое внимание на краткосрочных положительных результатах. Терапевт может помочь пациенту увидеть всю картину в целом, обговаривая ближайшие и отдаленные перспективы. **Техники**, которые в этом помогают:

- взгляд назад,
- взгляд вперед,
- тщательная проработка (уточнение),
- подведение итогов.

Сравнивая «за» и «против» ближайших и отдаленных перспектив, реальность упорядочивается, и пациент может решить, что ему делать дальше. При таком развитии событий, отдаленные перспективы приобретают главенствующее значение для пациента.

Исследовать амбивалентность помогают следующие стратегии:

- взгляд назад: «В чем разница между тем, что происходит сейчас, и 10 лет назад?»
- взгляд вперед: «Как все будет выглядеть спустя 10 лет?»
- уточнение: «Как? Когда? Как Вы можете это описать? Приведите пожалуйста пример».
- крайности: «Представьте, что Вы бросили лечение. Что самое плохое могло с Вами произойти?».

3. Подготовительная стадия (стадия принятия решений, привнесения изменений)

– характеризуется следующей позицией пациента *«Пора уже с этим что-то делать...»*. Задача врача помочь пациенту наметить оптимальный план дальнейших действий.

Для этого специалисту вместе с пациентом необходимо:

- изучить варианты и стратегии поведения;
- определить проблемы и препятствия,
- поддержать в их преодолении;
- помочь пациенту определить возможные источники социальной поддержки,
- поверить в его способности для осуществления изменения поведения.
- важно поощрять небольшие начальные шаги, предпринимаемые пациентом в улучшении своего проблемного поведения.

На данном этапе мотивационного интервью у врача есть персонализированный баланс мыслей и взглядов пациента. Во время данного этапа терапевт может представить свое заключение, если пациент дает свое согласие. Главной целью остается подготовка пациента. Исследуются ожидаемые преграды – и осуществляется поддержка решений пациента.

4. Стадия активных действий (персонализация и кристаллизация - действие)

свидетельствует о том, что пациент мотивирован к лечению. Находясь на данном этапе, пациенты, как правило, активно обращаются за помощью с конкретными вопросами, что им нужно делать и как они могут справиться со своими болезненными проблемами.

Данный этап считается одним из наиболее благоприятных для терапевтических вмешательств.

Врачу необходимо помочь пациенту:

- в определении целей,
- планировании действий,

- поддержать при решении проблем,
- помочь в определении как препятствий для изменений, так и факторов, поддерживающих и закрепляющих эти изменения.
- вместе с пациентом, врачу следует сосредоточиться на конкретных признаках изменений, а также возможной социальной поддержке. В беседах с пациентом необходимо проговаривать и укреплять понимание долговременных преимуществ комплаентного поведения.

5. Стадия поддержания изменений. Укрепление мотивации.

Добиться того, чтобы лечение стало достижимым – это совсем не то же самое, что и обеспечить то, чтобы лечение продолжало оставаться достижимым. Терапевт может играть в этом процессе главную роль, внимательно наблюдая за пациентом и задавая вопросы о терапевтическом комплаенсе. Позиция пациента отражает высказывание: *«Иногда нелегко, но я стараюсь...»*

Задачами врача на данном этапе являются:

- поддержка пациента в определении факторов срывов;
- и помощь в разработке и применении стратегии профилактики срывов.

Для этого врач продолжает поддерживать пациента в его побуждении самого себя; проговаривает возможность противостояния срывам; определяет стратегии преодоления срывов, которые давали хороший результат в прошлом; вместе с пациентом исследует и прогнозирует факторы, которые могут вызвать срыв; составляет вместе с пациентом план поддержки (близкие, группы самопомощи, консультант)

Необязательной, но часто встречаемой является стадия срыва, когда пациент по каким-либо причинам все-таки бросает прием препаратов. В такой ситуации врач должен помочь проанализировать случившийся срыв пациенту; поддержать его в рассмотрении срыва, как поучительного опыта, а не как провала; оценить еще раз вместе ситуации, связанные с высоким риском; сосредоточиться на всех «за» и «против» того, чтобы немедленно вернуться к терапии.

ПРИМЕРЫ

Примеры рутинной беседы (пример №1) и техники МИ (пример№2):

Пример№1

Терапевт: Здравствуйте, Иван! Я слышал, Вас опять поймали за выплевыванием

таблеток. Вы думаете, это шаг вперед?

Пациент: Да-а (скептически). Но это больница такая мерзкая, за тобой все время следят – какой еще реакции Вы от меня ожидали?!

Терапевт: Но Вы же знаете, что существуют правила, которым нужно следовать.

Пациент: Да? А моя работа? Что случится с моей работой? Скажите, где мне подписать бумаги, чтобы уйти из этого концентрационного лагеря.

Терапевт: Послушайте, мне кажется, Вы еще не готовы вернуться к работе. Решите проблему с приемом препаратов – и тогда мы снова поговорим.

Пациент: Ладно, бросьте.

Терапевт: Вам не кажется это важным?

Пациент: Пф-ф! (пренебрежительно отмахивается).

Пример №2

Терапевт: Здравствуйте, Иван! Я слышал, Вас опять поймали за выплевыванием таблеток – а это значит, что Вам нельзя будет выйти на выходные из отделения и Вам будут назначены инъекции. Что Вы чувствуете по этому поводу?

Пациент: Да уж, мне вся эта ситуация кажется неприятной. Я теперь буду все время как овощ и буду спать днем и ночью?

Терапевт: То есть, Вы не принимали прописанных Вам лекарств потому что не хотели быть все время сонливым?

Пациент: Да. Точнее, не совсем. Лекарства меня делают сонливым и заторможенным, я не могу так появиться на работе, встретиться с девушкой, она, видя меня в таком состоянии, начинает относиться ко мне как к больному, стесняется меня.

Терапевт: Насколько я понял, у Вас есть дела за стенами больницы.

Пациент: Конечно! У меня есть работа, а теперь приходится меня ждать, а все потому что моя мама решила упрятать меня в эту больницу. Она даже Вас приставила ко мне, чтобы Вы следили, как я "лечусь".

Терапевт: Она волнуется за Вас.

Пациент: Она преувеличивает. Я работал, у меня было много работы, нужно было встречаться с разными людьми, и я стал меньше принимать лекарства, чтобы не «тормозить» – и начал мало спать и много курить, ссорится с родными, с девушкой.

Терапевт: Таким образом, чтобы нормально функционировать Вам нужно принимать меньшую дозу препарата, но на фоне ее снижения Вы начинаете плохо спать, больше курить, конфликтовать со своими близкими и, в конце концов, попадаете в больницу. Сейчас же из-за того, что Вы были пойманы за нарушение режима, Вам придется остаться в отделении, что Вам не нравится, ведь Ваш выход на работу откладывается. Что Вам кажется важным в данной ситуации?

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Необходимость использования мероприятий, направленных на улучшения медикаментозного комплайенса у больных, страдающих психическими расстройствами трудно переоценить, поскольку соблюдение больным режима лекарственной терапии, предписанной врачом, является залогом успеха терапии, улучшая исход заболевания. Но несмотря на очевидные преимущества, получаемые больным от приема лекарственных средств, распространенность нарушений медикаментозного комплайенса в психиатрии чрезвычайно высока, оставаясь одной из основных проблем психиатрического здравоохранения. Это диктует необходимость поиска все новых и эффективных стратегий улучшения МК, основанных на диагностике дефицита комплайенса каждого конкретного больного. Учитывая, широкую представленность у психически больных нарушений мотивационных процессов в целом, проявляющихся, в частности, в нарушениях мотивации к лечению, применение мотивационного интервьюирования представляется перспективным способом улучшения их МК.

СОКРАЩЕНИЯ

МК – медикаментозный комплайенс;

МИ – мотивационное интервью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бурковский Г.В. Прогнозирование качества ремиссии при восстановительной терапии больных шизофренией в условиях стационара: метод. рекомендации / Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт; сост. Г. В. Бурковский. - Л. : 1986. - 17 с
2. Гайлене Д., Лепешкене В., Шюркюте А. Особенности "эффекта Зейгарник" в психиатрической клинике. Журнал Невропатология и психиатрия им. С.С.Корсакова, 1980, т.80,вып.12,с.1837-1841.
3. Драгунская Л.С., 1987Драгунская Л.С. Мотивация, социальная поддержка и депрессия // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1987. т. 87. Вып. 9. С. 1387—1391.
4. Красик Е.Д., Мещерякова Э.И. Прогностическое значение мотивационных характеристик больных шизофренией // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1987.т. 87. Вып. 1. С. 66—71.
5. Логвинович Г.В. Клинические характеристики больных приступообразно-прогредиентной шизофренией с интравертным типом адаптации/ Актуальные проблемы психиатрии Томск, 1985. С.87-88.
6. Семенова Н.Д., Гурович И.Я., Модуль формирования мотивации к реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т24. №4. С. 31-36
7. Cechnicki A, Bielańska A, Drożdżowicz L. Rola treningu społecznych umiejętności w systemie leczenia chorych na schizofrenię. Psychoterapia. 1986; 4: 17–28.
8. Centorrino F., Hernan M.A., Drag-Ferrante G. [et al.]. Factors associated with noncompliance with psychiatric outpatient visits // Psychiatric Services. – 2001. – Vol. 52, N 3. – P. 378–380.
9. Chien W.T., Mui J.H.C., Cheung E.F.C., Gray R. Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Trials*. 2015; 16: 270. Published online 2015 Jun 14. doi: 10.1186/s13063-015-0785-z
10. Choi J., Mogami T., Medalia A. Intrinsic Motivation Inventory (IMI): an adapted scale for schizophrenia research // *Schizophr. Bull.* 2009. doi:10.1093/schbul/sbp030.
11. Drieschner K.H., Lammers S.M.M., Van der Staak C.P.F. Treatment motivation:

An attempt for clarification of an ambiguous concept // *Clin. Psychol. Rev.* 2004. Vol. 23. P. 1115–1137.

12. Froese M., Hess H., Issurina G. Behandlungsmotivation und Behandlungserfolg in Gruppenpsychotherapie/ VIKongress der Gesellschaft fuer Psychologie der DDR. Kongressband. - Leipzig, 1983. - S.22.

13. Gard D.E., Fisher M., Garrett C. [et al.]. Motivation and its relationship to neurocognition, social cognition, and functional outcome in schizophrenia // *Schizophrenia Research.* – 2009. – Vol. 115, N 1. – P. 74–81.

14. Goeth N., Zur Prognose des Behandlungserfolges in der intendierten dynamischen Gruppenpsychotherapie// *Psychiat. Neurol. med. Psychol.* - 1984. - №12. - S.727-732.

15. Kemp, R., Kirov, G., Everitt, B., Hayward, P., & David, A. (1998). Randomised controlled trial of compliance therapy: 18-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 172, 413–419.

16. Kortrijk H.E., Staring A.B., Van Baars A.W., Mulder C.L. Involuntary admission may support treatment outcome and motivation in patients receiving assertive community treatment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 2010. Vol. 45, N 2. P. 245–252.

17. Lehner RK, Dopke CA, Cohen K, Edstrom K, Maslar M, Slagg NB, Yohanna D: Outpatient treatment adherence and serious mental illness: a review of interventions. *Am J Psychiatr Rehabil.* 2007, 10: 245-274. 10.1080/15487760601166324.

18. Mulder C.L., Koopmans G.T., Hengeveld M.W. Lack of motivation for treatment in emergency psychiatry patients. // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 2005. Vol. 40, N 6. P. 484-488.

19. Murray GK, Clark L, Corlett PR, Blackwell AD, Cools R, Jones PB, Robbins TW, Poustka L (2008b). Incentive motivation in first-episode psychosis : a behavioural study. *BMC Psychiatry* 8, 34.

20. Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors*, 20(3), 279–297.

21. Torrey E.F., Zdanowicz M. Outpatient commitment: what, why, and for whom. *Psychiatric Services.* 2001;52(3):337-341.

22. Staring A.B.P., Mulder C.L., Van der Gaag M., Hengeveld M.V. (2006) Understanding and improving treatment adherence in patient with psychotic disorder: A review and proposed intervention. *Current Psychiatry Review*, 2(4): 487-494.