

ТИПОЛОГИЯ БОЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТРУКТУРЫ МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ

М.Ю. Сорокин, Н.Б. Лутова, В.Д. Вид

ФГБУ НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева, Санкт-Петербург

Кажущееся естественным желание человека быть здоровым и не испытывать страдания из-за симптомов болезни далеко не всегда приводит к активному обращению больных за помощью врача. Модель житейского смысла Левентала объясняет формирование отношения пациента к болезни позицией «наивного учёного» [17]: здесь имеют значение предшествующий опыт социальной коммуникации больного и принятые в обществе представления о болезни, позиция близкого окружения, а также личный опыт переживания неблагополучия. Последний фактор оказался наиболее мощным предиктором репрезентации болезни [18]. В свою очередь, принятие пациентом решения относительно лечения является сложным когнитивным актом, где наиболее существенную роль играют субъективная дезадаптация на фоне болезни, страх осложнений, а также способность больного следовать терапевтическим рекомендациям [7]. В этом случае мотивация принятия решений о лечении, согласно теории самодетерминации, обуславливается задействованностью различных локусов каузальности. В частности, показано, что позиция отказа от помощи не является простым противопоставлением всем вариантам мотивации согласия на терапию. Решение не лечиться, зачастую, оказывается несамостоятельным и основанным не на информации, получаемой от медицинских специалистов. Таким образом, отказ от лечения обусловлен неким иным внешним локусом каузальности. Одновременно согласие с лечением связано с автономным и безличным локусами каузальности, то есть у больных, зачастую, независимое принятие решений о здоровье является спонтанным [7]. Эти данные имеют существенное значение для пациентов с тяжёлыми психическими расстройствами, поскольку мотивация к получению психосоциальной помощи играет особую роль во всей системе психиатрической реабилитации [6, 8]. Мотивация к лечению рассматривается одним из факторов

выбора длительности противоречивой психотерапии [4].

В рамках теории отношений Мясищева восприятие болезни также базируется, с одной стороны, на непосредственном опыте переживания пациентом её симптомов, что определяет особое значение инсайта в случае психических расстройств; с другой стороны, оно опосредовано данными внешних по отношению к личности результатов медицинского обследования [1]. Это вносит существенное напряжение в систему отношений врач-больной при условии ограниченности инструментальных методов психиатрического обследования. Ситуация может дополнительно осложняться явлением социальной стигматизации психически больных. Математическая модель, построенная по данным крупного проекта изучения предикторов повседневного функционирования больных шизофренией, с участием более 900 пациентов позволила выявить, что большинство их личностных, морбидных, а также социальных факторов связано с исходом заболевания, зачастую, опосредованно. Психическая дезорганизация, продуктивные симптомы, выраженность абулии как напрямую, так и косвенно, определяют итоговый уровень функционирования пациентов. В тоже время эмоциональная экспрессия, когнитивный уровень пациентов и стратегии совладания с болезнью оказывают исключительно опосредованное влияние через воздействие на социальные когниции, внутреннюю стигму больных и их вовлечённость в реабилитационную систему [13]. Таким образом, мотивация к лечению и комплаенс, а также сбалансированное отношение к болезни, подкреплённое достаточными социальными навыками, являются кардинальными параметрами терапевтического процесса. Приведённые данные согласуются с отечественными исследованиями особенностей клиники и течения заболевания у больных шизофренией [5].

В настоящий момент структура мотивации к лечению у больных психическими расстройствами,

а также взаимосвязи динамики структуры мотивации и комплаенса остаются не до конца изученными. Вероятно, именно недоучётом, либо некорректным учётом влияния мотивационного фактора может объясняться ряд противоречивых результатов применения программ коррекции комплаенса. Так, в одном из ранних систематических обзоров методы комплаенс-терапии, основанные на мотивационных интервенциях, назывались многообещающими [23]. Проведённое ранее исследование продемонстрировало долгосрочное превосходство основанной на технике мотивационного интервьюирования программы коррекции приверженности лечению по сравнению с неспецифическим консультированием [16]. Последующие данные поставили под сомнение роль основанной на мотивационных интервенциях комплаенс-терапии как предиктора долгосрочной приверженности лечению [14]. Прохождение реабилитационной программы не определяло длительную приверженность терапии, тем не менее, имевшийся у больных изначально уровень комплаенса и первоначальная мотивация к лечению всё же подтвердили свою прогностическую роль как предиктора приверженности лечению в катамнезе [20]. Программы повышения приверженности лечению, опосредуемые мотивационными техниками, также не продемонстрировали превосходства над психообразовательными – в отношении повышения качества жизни больных шизофренией [15]. Однако последние исследования свидетельствуют, что психообразование само по себе является мощным инструментом повышения мотивации к лечению, сопоставимым по эффективности со специфическими мотивационными интервенциями [9]. Отсюда понятны результаты применения психообразования вместе с основанной на мотивационных подходах комплаенс-терапией [12]. Такой метод показал своё превосходство над результатами рутинной психиатрической практики, включавшей лишь психообразовательные элементы.

Таким образом, массив накопленных данных, помимо целесообразности учёта мотивационного фактора в построении программ реабилитации больных психическими расстройствами, поднимает вопрос о специфичности проведения реабилитационных интервенций в зависимости от выявляемого круга психосоциальных проблем каждого пациента [19]. Дифференцированный реабилитационный подход в исследованиях, включающих выделение целевых групп больных в зависимости от ведущих биологических, социальных и психологических терапевтических мишеней демонстрирует свою эффективность у психиатрических пациентов в отношении повышения приверженности лечению [22]. Тем не менее, до настоящего времени сохраняется дефицит доказательных исследований структуры мотивации к лечению у больных с тяжелыми пограничными и психотическими расстройствами. Малоизученными

являются её взаимосвязи с различными факторами комплаенса. Структура мотивации в рамках моделей континуума может описываться через перечисление и количественный анализ выраженности конечного числа интрапсихических и внешних факторов формирования заинтересованности больных в лечении (источники мотивации). Процессуальный подход постулирует закономерность смены и отсюда – главенство оценки динамики изменений ведущих мотивационных факторов, определяющих поведение больного на различных стадиях терапевтического процесса. Модели активации поведенческих стереотипов (модели прайминга) ориентированы на анализ поведенческих стратегий больных, определяемых текущей структурой мотивации к лечению. Существующие психометрические инструменты фокусируются либо на редукционистской количественной оценке мотивации к лечению, либо анализируют лишь некоторые из аспектов качественной её оценки. Несовершенство диагностического инструментария исключает прицельное выделение подгрупп больных, нуждающихся в специфических реабилитационных интервенциях.

Цель исследования – изучение типологии больных тяжёлыми психическими расстройствами в зависимости от структуры их мотивации к лечению и приверженности терапии.

Материал, методы и процедуры исследования

В исследовании принял участие 91 пациент отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. Участники исследования были добровольно госпитализированы для лечения: мужчин – 38%, женщин – 62%. Средний возраст пациентов составил $34,0 \pm 4,04$ года. Средняя длительность заболевания $9,0 \pm 9,25$ лет. Среднее количество госпитализаций – 4. Диагностические рубрики обследованного контингента по МКБ-10: F2 – 69%, F3 – 17%, F4+F6 – 9%, F0 – 5%.

Пациенты обследовались с помощью оригинального опросника оценки мотивации к лечению (ОЦМЛ) [11, 21]. Он базируется на разработанной и апробированной в отделении шкале мотивации больного к психофармакотерапии [3]. Применение инструмента позволяет с помощью самоотчёта по 20 приведённым в опроснике мотивировкам поведения оценить общую интенсивность мотивации пациента к лечению, а также выявить особенности её структуры с позиции континуального и процессуального подходов – по выраженности отдельных мотивационных паттернов иерархической шкалы мотивации (от амотивации – 1 уровень, к последовательному формированию внешней – 2 уровень, затем поэтапному укреплению внутренней мотивации – 3, 4 и 5 уровни, до устойчивой мотивации к длительной фармако-психотерапии – 6 уровень); с позиции модели активации поведенческих стереотипов – по

4 выделенным факторам опросника: психообразовательный компонент внутренней картины болезни, осознание необходимости лечения, осознание психологического механизма болезненной дезадаптации и готовность к активному сотрудничеству в процессе лечения. Также была использована Шкала медикаментозного комплаенса (ШМК) [2]. Её применение позволяет провести индивидуальную диагностику нарушений в важнейших подсистемах общей структуры комплаенса, обуславливающих в конечном счете общее снижение уровня приверженности рекомендованному режиму лекарственной терапии.

Полученные данные анализировались с помощью пакета прикладных статистических программ SPSS. Использовались дескриптивные статистики, для параметрических данных применялись однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA), t-критерий Стьюдента; для непараметрических данных – Н-критерий Краскела-Уоллеса и U-критерий Манна-Уитни; χ^2 Пирсона – для номинальных шкал. Оценка параметров распределения данных проводилась с использованием z-критерия Колмогорова-Смирнова. В целях наглядности и единообразия представления данных, результаты анализа приведены с указанием средних $M \pm S.D.$ Также были использованы факторный анализ (метод главных компонент) с вращением Варимакс, кластерный анализ методом k-средних.

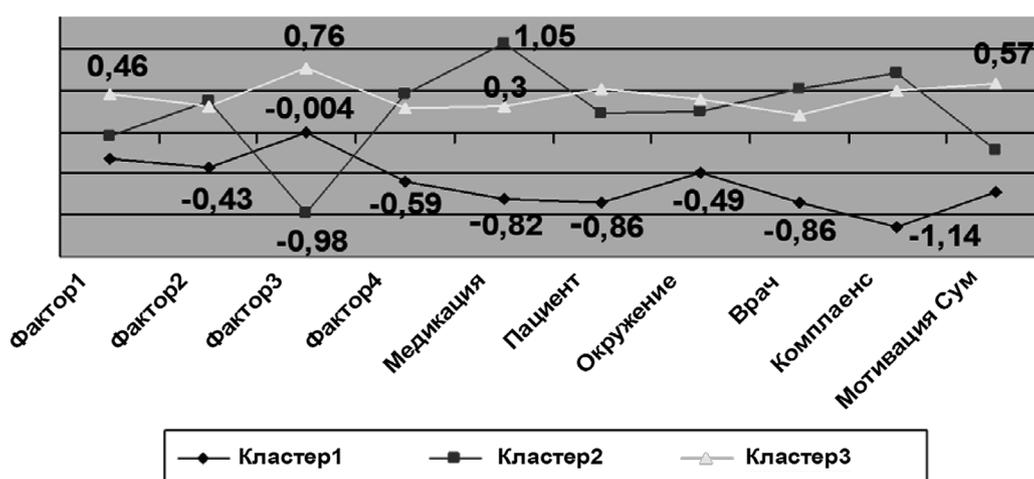
С целью выявления наиболее распространённых вариантов структуры терапевтической мотивации у пациентов психиатрического стационара и установления соответствующих им профилей комплаенса нами был проведён кластерный анализ методом k-средних для стандартизированных показателей четырёх факторов опросника ОЦМЛ и четырёх субшкал Шкалы медикаментозного комплаенса

(ШМК). Это позволило выделить три группы пациентов, наиболее сходных по профилям мотивации и комплаенса внутри каждой из групп, и одновременно наиболее различных по данным, полученным для них с помощью опросника оценки мотивации и шкалы медикаментозного комплаенса при сравнении между группами. Кластер I включал 29 пациентов, во II кластер вошли 23 человека, в кластер III – 39 больных.

Результаты исследования

Выделенные группы не различались значимо по социо-демографическим и клиническим параметрам, за исключением значительно более выраженной негативной симптоматики по шкале SANS у больных, отнесённых к кластеру I ($p.2.3$ ШМК; $0,66 \pm 0,670$; $p < 0,05$); а также их более выраженной по сравнению с пациентами кластера III социальной дезадаптации в соответствии со шкалой GAF ($p. 2.7$ ШМК; $0,66 \pm 0,670$ и $1,08 \pm 0,532$ при $p < 0,05$).

Больные, отнесённые к группе I кластера, были наименее заинтересованы в лечении (минимальная суммарная интенсивность мотивации; рисунок), не осознавали до конца его необходимости и потому не были склонны к активному сотрудничеству в терапии (факторы 2 и 4; рисунок). Одновременно они демонстрировали достоверно отличные от других групп средние показатели паттерна осознанного обращения за психиатрической помощью (уровень 4; табл. 1) и осознания психологических механизмов своей дезадаптации (фактор 3; рисунок). Вопреки отсутствию тотального нарушения терапевтической мотивации, амбивалентная позиция «избегания» добровольно принимаемого ими лечения связана с минимальными значениями всех показателей комплаенса.



Типология больных в зависимости от преобладающей структуры мотивации к лечению и профиля медикаментозного комплаенса

Примечания: отмечены стандартизированные показатели с достоверными различиями между группами, $p < 0,05$, параметры опросника оценки мотивации: фактор 1 – психообразовательный компонент внутренней картины болезни, фактор 2 – осознание необходимости лечения, фактор 3 – осознание психологического механизма болезненной дезадаптации, фактор 4 – готовность к активному сотрудничеству в процессе лечения, мотивация сум. – суммарный балл опросника. Субшкалы ШМК: медикация – отношение к медикации, пациент – факторы, связанные с пациентом, окружение – факторы, связанные с окружением больного, врач – факторы, связанные с врачом, комплаенс – суммарный балл ШМК.

Различия в структуре мотивации к лечению по её уровням между группами больных после кластеризации

Группа больных	Показатели уровней мотивации (M±SD)		
	Уровень 1	Уровень 3	Уровень 4
Кластер I	-0,15 ± 0,154	-0,51 ± 0,115	0,17 ± 0,912*
Кластер II	0,81 ± 0,124*	0,49 ± 0,812**	-0,87 ± 0,919*
Кластер III	-0,57 ± 0,834	0,05 ± 0,891	0,39 ± 0,505*

Примечания: * – p<0,05, ** – p<0,01.

Пациенты, сгруппированные в кластер II, имели средние суммарные показатели опросника ОЦМЛ. Они не склонны анализировать психологические механизмы собственной дезадаптации (экстремально низкие значения фактора 3; рисунок) и наименее осознанно обращаются за психиатрической помощью (уровень 4; табл. 1). Одновременно такие больные не готовы разделять позицию пассивного согласия на лечение (уровень 1, оценивается обратно) на фоне достоверного усиления у них мотивации, фундированной давлением страданием (3 уровень; табл. 1). Пациентов кластера II можно охарактеризовать как «стихийных реципиентов», поскольку для них не характерно формирование личностных смыслов мотивации участия в терапевтическом процессе. При средних суммарных показателях комплаенса они имеют наиболее благоприятный профиль «отношения к медикации» (рисунок).

Максимальным суммарным показателем мотивации характеризуется группа больных, отнесённых к кластеру III (достоверное различие с остальными группами; рисунок). Эти пациенты имеют общие представления о заболевании и склонны осознавать психологические механизмы своей дезадаптации (факторы 1 и 3; рисунок). Для них также характерны достоверно более выраженные паттерны осознанного обращения за психиатрической помощью (4 уровень, табл. 1). Таким образом, в зависимости от мотивации к психиатрическому лечению, кластер III был представлен «активными участниками» терапев-

тического процесса. Тем не менее, они демонстрировали средние суммарные показатели комплаенса за счёт средних значений подсистемы отношения к медикации (достоверное различие с остальными группами; рисунок), что вероятно свидетельствует о несбалансированности их внутренней картины болезни, которое нашло отражение в результатах анализа поведения пациентов при проведении психофармакотерапии.

Достоверные различия в поведении больных в ходе медикации, содержательно соответствовали семантическим характеристикам выделенных кластеров «уклоняющихся» пациентов, «стихийных реципиентов» и «активных участников» терапии (табл. 2).

Обсуждение

Среди обследованных пациентов самостоятельный приём препаратов был зачастую характерен для типа «активных участников» терапии, наиболее мотивированных на лечение (по суммарным показателям опросника ОЦМЛ) больных. Требовали внешнего контроля и были склонны к уклонению от медикации больные из группы избегающих лечение пациентов (табл. 2). Необходимость дополнительного контроля при частичном осознании «уклоняющимися» пациентами необходимости лечения может быть отражением выявленной ранее у этой категории больных достоверно более выраженной негативной симптоматики (проявляющейся, например, в виде объективных затруднений при выполнении медицинских

Таблица 2

Частотные различия в распространённости нарушений комплаенса между группами больных после кластеризации

		Кластер I	Кластер II	Кластер III
Поведение при медикации (п. 1.1 ШМК) $\chi^2=23,35$; p=0,000	Уклонение	100%	-	-
	Под контролем	56%	25%	19%
	Самостоятельно	14%	30%	56%
Заинтересованность в приёме лекарств (п. 1.2 ШМК) $\chi^2=39,81$; p=0,000	Активное отношение, понимание необходимости, интерес	2%	39%	59%
	Согласие при сомнениях в эффективности	56%	10%	34%
	Пассивное согласие без надежды на эффект	60%	40%	-
Анамнестические нарушения комплаенса (п. 1.5 ШМК) $\chi^2=24,074$; p=0,002	Нежелание принимать лекарства	100%	-	-
	Приём не рекомендованных лекарств	19%	5%	5%
	Прекращение	54%	21%	49%
	Нерегулярность	15%	-	5%
	Снижение доз	-	17%	10%
	Нет нарушений	12%	57%	31%

предписаний на фоне забывчивости). Однако у части наименее мотивированных к лечению больных с помощью оригинальных психометрических инструментов также объективирована дезинтеграция мотивационной структуры в отношении терапии, заключающаяся в позиции активного уклонения от приёма препаратов в условиях добровольного стационарного лечения. Менее склонны к такой негативной реакции оказываются «стихийные реципиенты» и «активные участники» терапии. Для последних наименее характерна дезадаптация на фоне болезни, тогда как первые в силу особенностей их внутренней картины болезни плохо осознают механизмы своей дезадаптации. Возможно, выявленная дезинтеграция мотивационной структуры «уклоняющихся» больных отражает их личностную реакцию на осознаваемую дезадаптацию в связи с болезнью.

Таким образом, кластер I объединяет наиболее «тяжёлых» больных: испытывающих давление негативной симптоматики, одновременно способных к осознанию своего неблагополучия, но не способных предотвратить собственную дезадаптацию. Их негативное отношение к лечебному процессу усугубляется отсутствием адекватной социальной поддержки («факторы, связанные с окружением» ШМК; рисунок), что в итоге приводит к распространению амбивалентной позиции избегания лечения, на которое ранее пациенты дали добровольное согласие.

Выявлены различия между группами «активных участников» и «стихийных реципиентов» терапии в зависимости от типа их заинтересованности в медикаментозном лечении. «Стихийные реципиенты» в равной степени проявляли активное отношение к приёму препарата, а также пассивное согласие на прием при отсутствии надежды на эффект. Для «активных участников» в наибольшей степени характерен активный интерес к терапии, но в трети случаев согласие на прием препаратов сопровождалось сомнениями в их эффективности (табл. 2). Таким образом, группа «стихийных реципиентов» более однородна в отношении принципиального решения о приёме медикаментов, хотя такое решение в значительной степени могло быть пассивным, что согласуется с литературными данными [7].

У пациентов кластера II в силу значительного субъективного давления страданием, описанных выше особенностей внутренней картины болезни и малой выраженности негативной симптоматики отсутствуют существенные психологические и биологические барьеры для включения в лечебный процесс. Главной угрозой стабильности их комплаенса становится недостаточно осознанная и потому подверженная случайным внешним воздействиям степень вовлечённости в терапию.

Среди «активных» пациентов сомнения в эффективности лечения подрывают приверженность медикации. Несмотря на максимальную суммарную интенсивность мотивации к лечению, для них харак-

терны более частые, чем у «стихийных реципиентов», анамнестические нарушения приверженности терапии: половина больных прекращала приём лекарств, встречались самовольные снижения дозировок, и только треть пациентов была комплаентна (табл. 2). С одной стороны, эти результаты соответствуют литературным данным, подчёркивающим связь актуальных поведенческих стереотипов (сомнения в эффективности лечения) с имевшимися ранее поведенческими паттернами больных в отношении медикации [20]. С другой стороны становится очевидна необходимость психологической коррекции отношения к терапевтическому процессу у категории наиболее мотивированных к лечению пациентов кластера III.

Выводы

Проведённое исследование продемонстрировало специфичность нарушений медикаментозного комплаенса у больных с различными особенностями структуры мотивации к лечению. Применение оригинального опросника оценки мотивации к лечению и Шкалы медикаментозного комплаенса позволило выявить категории пациентов в зависимости от их отношения к лечению, что является необходимым условием построения индивидуальных реабилитационных программ для больных психическими расстройствами.

Для оценки эффективности мотивации к лечению у психиатрических пациентов необходим учёт не только силы, но и её структуры. Наиболее оптимальна для формирования важнейшего фактора комплаенса – отношения к медикации – мотивация к лечению умеренной интенсивности с опорой на психообразовательный компонент внутренней картины болезни, обеспечивающий отказ от позиции пассивного участия в терапии на фоне усиления давления страданием, и приводящей к сознательному обращению за специализированной помощью.

Данные об имевшихся ранее поведенческих проявлениях некомплаенса могут являться важным маркером несбалансированности сформированного отношения к психиатрической помощи даже при условии текущей высокой интенсивности мотивации к лечению. Вероятной причиной этого является субъективная неудовлетворённость пациентов медикаментозной терапией на фоне искаженной внутренней картины болезни.

Наибольшие затруднения при формировании адекватного отношения к лечению демонстрируют социально дезадаптированные пациенты с выраженной негативной симптоматикой. Зачастую, свойственная им амбивалентная позиция активного уклонения от терапии отражает влияние дезинтеграции их структуры терапевтической мотивации: сохраненные элементы мотивационной структуры не становятся основой поддержания ни одной из подсистем медикаментозного комплаенса.

Литература

1. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психология отношений. Концепция В.Н.Мясищева и медицинская психология СПб.: «Сенсор», 1999. 76 с.
2. Лутова Н.Б., Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Комплаенс в психиатрии и способ его оценки // Психиатрия и психофармакотерапия. 2008. №1. С. 8–13.
3. Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю. Особенности мотивации к лечению пациентов психиатрического стационара. // Вестник психотерапии. 2014. №51. С. 68–79.
4. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Алфимов П.В. Алгоритмы биологической терапии шизофрении // Современная терапия психических расстройств. 2014. № 1. С. 27–36.
5. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / Под ред. В.П.Критская, Т.К.Мелешко, Ю.Ф.Поляков. М.: Изд-во МГУ, 1991. 256 с.
6. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных / Под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. М.: Медпрактика, 2015. 14 с.
7. Рассказова Е.И. Самодетерминация как фактор отношения к здоровью и болезни: апробация методики принятия решения в отношении лечения. // Психологическая диагностика. 2010. № 2. С. 112–135.
8. Семенова Н.Д., Гурович А.Я. Модуль формирования мотивации к реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. № 4. С. 31–35.
9. Сорокин М.Ю. Сравнительное исследование эффективности различных реабилитационных программ в отношении мотивации психически больных к лечению. // Школа В.М.Бехтерева: от истоков до современности: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 160-летию со дня рождения В.М.Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева. СПб.: Альга Астра, 2017. С. 422–424.
10. Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б., Вид В.Д. Роль подсистемы мотивации к лечению в общей структуре комплаенса у больных при проведении психофармакотерапии. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2016. №4, Вып. 1. С. 32–36.
11. Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б. Особенности структуры мотивации к лечению и комплаенс у больных при проведении психофармакотерапии // Психическое здоровье человека XXI века: Сборник научных статей по материалам Конгресса. ИД «Городец», 2016. С. 279–281.
12. Chien W.T., Mui J., Gray R., Cheung E. Adherence therapy versus routine psychiatric care for people with schizophrenia spectrum disorders: a randomised controlled trial // BMC Psychiatry. 2016. Vol. 16. P. 42.
13. Galderisi S., Rossi A., Rocca P., Bertolino A., Mucci A., Bucci P. et al. The influence of illness-related variables, personal resources, and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia. // World Psychiatry. 2014. Vol. 13. P. 275–287.
14. Gray R., Bressington D., Ivanecka A. et al. Is adherence therapy an effective adjunct treatment for patients with schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis // BMC Psychiatry. 2016. Vol. 16. P. 90.
15. Gray R., Leese M., Bindman J., Becker T., Burti L., David A. et al. Adherence therapy for people with schizophrenia: European multicentre randomized controlled trial // Br. J. Psychiatry. 2006. Vol. 189. P. 508–514.
16. Kemp R., Kirov G., Everitt B., Hayward P., David A. Randomised controlled trial of compliance therapy: 18-month follow-up // Br. J. Psychiatry. 1998. Vol. 172. P. 413–419.
17. Leventhal H., Meyer D., Nerenz D.R. The common sense representation of illness danger // Contributions Medical Psychology, Vol. 2. / Rachman S. (Ed.). New York: Pergamon Press, 1980. P. 17–30.
18. Leventhal H., Brissette I., Leventhal E. The common-sense model of self-regulation of health and illness. // The self-regulation of health and illness behavior. / L.D. Cameron, H. Leventhal (Eds.). Routledge: New York, 2003. P. 42–65.
19. Morin L., Franck N. Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review // Frontiers Psychiatry. 2017. Vol. 8. P.100
20. O'Donnell C., Donohoe G., Sharkey L. et al. Compliance therapy: a randomised controlled trial in schizophrenia // BMJ. 2003. Vol. 327. P. 834 – 840.
21. Sorokin M.Yu., Lutova N.B., Wied V.D. The Role of Treatment Motivation Subsystems in the Overall Structure of Compliance in Patients Undergoing Psychopharmacotherapy // Neurosci. Behav. Physiol. 2017. Vol. 47. P. 890–894.
22. Staring A.B.P., Van der Gaag M., Koopmans G.T., Selten J. P., Van Beveren J.M., Hengeveld M.W., Looen A.J.M., Mulder C.L. Treatment adherence therapy in people with psychotic disorders: randomised controlled trial // Br. J. Psychiatry. 2010. Vol.197. P. 448–455.
23. Zygmont A., Olfson M., Boyer C.A. et al. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. // Am. J. Psychiatry. 2002. Vol. 159. P. 1653–166.

ТИПОЛОГИЯ БОЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТРУКТУРЫ МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ

М.Ю. Сорокин, Н.Б. Лутова, В.Д. Вид

На основании обзора литературных данных о механизмах принятия решения об обращении за психиатрической помощью обоснована необходимость выделения различных кластеров пациентов, преимущественно нуждающихся в специальных терапевтических интервенциях. Представлена типология психиатрических пациентов, основанная на применении оригинального опросника оценки мотивации к лечению (ОЦМЛ) и Шкалы медикаментозного комплаенса (ШМК). Описаны закономерности поведения выделенных типов больных при медикации

в зависимости от структуры их мотивации к лечению. Для прогноза приверженности лечению и построения индивидуальных реабилитационных программ в психиатрии более важен учёт не количественных, а качественных показателей терапевтической мотивации больных.

Ключевые слова: мотивация к лечению, медикаментозный комплаенс, типология психиатрических больных, мишени терапии, персонализированный подход, психиатрическая реабилитация.

TYPOLOGY OF PSYCHIATRIC PATIENTS IN REGARD MOTIVATION AND TREATMENT ENGAGEMENT

M.Yu. Sorokin, N.B. Lutova, V.D. Wied

Based on the literature review on the field of decision making process about the treatment in psychiatric patients, it is justified to allocate different clusters of patients according their needs of specific therapeutic interventions. A typology of psychiatric patients based on the use of the original questionnaire for treatment motivation assessment (TMAQ) and the Medication Compliance Scale (MCS) is presented. The behavior patterns of the selected patients' types during medication are described, depending on the structure of their

motivation for treatment. For the prediction of adherence to treatment and the development of individual rehabilitation programs in psychiatry, it is more important to take into account not quantitative but qualitative indicators of the therapeutic motivation of patients.

Key words: motivation for treatment, medication compliance, typology of psychiatric patients, therapeutic targets, personalized approach, psychiatric rehabilitation.

Сорокин Михаил Юрьевич – младший научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М.Бехтерева»; e-mail: m.sorokin@list.ru;

Лутова Наталия Борисовна – доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева»; e-mail: lutova@mail.ru

Вид Виктор Давыдович – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева»; e-mail: victor.wied@mail.ru