

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 № 5 от 24.09.2020

**Метод системной оценки мотивации к лечению у больных
психическими расстройствами**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2020

УДК: 616.89-085: 159.9(075.4)

Метод системной оценки мотивации к лечению у больных психическими расстройствами: методические рекомендации / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: М.Ю. Сорокин, Н.Б. Лутова, В.Д. Вид, О.В. Макаревич. – СПб.: / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2020. – 16 с.

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

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

Рецензент: Петрова Н.Н. – заведующая кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета, д.м.н., профессор.

Аннотация

Представленный метод системной оценки мотивации к лечению относится к предметным областям медицины (психиатрия), а также медицинской психологии (психодиагностика). Он может использоваться для количественной и качественной оценки терапевтической мотивации у пациентов с психическими расстройствами при проведении медикаментозной терапии и/или психотерапии – как в амбулаторных, так и стационарных условиях. Приведены данные о взаимосвязи выявляемых с помощью метода особенностях мотивации с медикаментозным комплаенсом, что позволяет на основании самоотчётов по опроснику оценки мотивации к лечению (ОцМЛ) прогнозировать поведение пациентов в процессе лечения.

Методические рекомендации предназначены для врачей-психиатров, врачей-психотерапевтов и медицинских (клинических) психологов.

ISBN 978-5-94651-074-5

© НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2020.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА	5
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА	5
МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ	6
ДААННЫЕ АПРОБАЦИИ МЕТОДА.....	8
ПРИМЕРЫ РЕАЛИЗАЦИИ МЕТОДА	10
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	13
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	13
СОКРАЩЕНИЯ	14
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	15
ПРИЛОЖЕНИЕ 2.....	16

Метод системной оценки мотивации к лечению у больных психическими расстройствами

М. Ю. Сорокин, Н. Б. Лутова, В. Д. Вид, О. В. Макаревич

ВВЕДЕНИЕ

Хроническое течение большинства психических расстройств определяет необходимость длительного лечения, продолжающегося не только на этапе купирования острого состояния, но и во время ремиссии для профилактики обострений. Широко распространенные среди психиатрического контингента больных нарушения критики к болезни осложняют формирование сознательного отношения к лечению (Лутова Н. Б., Петровская И. Н., Вид В. Д., 2014), определяя ситуации, когда продолжение терапии становится возможно лишь под строгим внешним контролем со стороны медперсонала или близкого окружения пациента. Явления психиатрической стигматизации (Лутова Н. Б. и др., 2016) и свойственные для ряда психических расстройств специфические нарушения мотивационной сферы личности (Фурсов Б. Б., 2012) существенно затрудняют произвольное поддержание больными их собственной терапевтической мотивации (Сорокин М. Ю., 2016).

Известно, что мотивация к лечению является ведущим фактором комплаенса (следование больного режиму предписанного лечения), энергизирующим и направляющим действия пациента в русле терапевтической программы (Лутова Н. Б., 2013). С ухудшением мотивации к лечению связаны нарушения режима терапии и ее досрочное прекращение (Noordraven E. L. et al., 2016), влекущие рецидивирования заболевания и ухудшение результатов лечения. Это усугубляет производственные и семейные проблемы психиатрических пациентов, увеличивая финансовое бремя общества (Ястребов В. С. и др., 2009).

Тем не менее, нарушения мотивации психически больных не являются тотальными, что определяет относительную сохранность их приспособительного поведения в аутоцентрической сфере (Вид В. Д., 2008). Поэтому успешное включение пациентов в реабилитационные программы в психиатрии зависит от объективной диагностики и сфокусированной коррекции мотивационных установок больных в отношении лечения.

Подходы к оценке терапевтической мотивации

Оценка мотивации к лечению у психиатрических пациентов представляет существенные трудности. Как врачи, так и пациенты допускают здесь существенные субъективные искажения (Незнанов Н. Г., Вид В. Д., 2004; Mulder C. L., Jochems E., Kortrijk H. E., 2014). Медицинские работники недооценивают интенсивность мотивации пациентов к лечению до начала терапии и переоценивают

после окончания лечения. Больные в самоотчетах при ответах на прямые вопросы стремятся завышать свою мотивацию, опасаясь порицаний врача и близкого окружения. При этом сложный характер структуры мотивации поведения человека (Рассказова Е. И., Иванова Т. Ю., 2015), вероятно, не учитывают врачи и не осознают пациенты. Напротив, зачастую медработники оценивают лишь один из ее параметров — силу, без учета всего спектра источников и типов мотивации: случайный выбор варианта поведения и привычный поведенческий стереотип (амотивация), определяемая давлением среды и окружения внешняя мотивация, согласующаяся с личностными смыслами и жизненными целями внутренняя мотивация к лечению. Сложившаяся таким образом рутинная психиатрическая практика обуславливает необходимость использования специального психометрического инструмента для оценки терапевтической мотивации у пациентов.

В условиях отсутствия единой общепринятой теории, а также при отсутствии валидного для больных тяжелыми психическими расстройствами психометрического инструмента (Семенова Н. Д., Фурсов Б. Б., 2013), оценку мотивации к лечению целесообразно проводить системно. Это подразумевает использование нескольких альтернативных подходов: континуального — с анализом мотивирующих факторов, процессуального — через описание этапов и закономерностей динамики мотивации, оценки привычных стратегий реагирования — поведенческих стереотипов (Рассказова Е. И., Кошелева Н. В., 2014). Ключевым результатом системной оценки должна являться предсказуемая связь терапевтической мотивации с комплаенсом.

Показания к применению метода:

- Пациенты, страдающие заболеваниями шизофренического спектра, аффективными расстройствами, расстройствами невротического уровня и личностными расстройствами;
- Недостаточно включенные в процесс лечения пациенты, то есть имеющие высокий риск нарушений врачебных рекомендаций, или с выявленным недостаточным комплаенсом;
- Пациенты, у которых выбор тактики фармакологического и/или психотерапевтического лечения требует прогноза их поведения в процессе терапии.

Противопоказания к применению метода:

- Выраженность психопатологической симптоматики, определяющей низкую кооперативность больного и/или неупорядоченность его поведения, а также наличие критериев для недобровольной госпитализации;
- Выраженность когнитивных нарушений, не позволяющая понять смысл формулировок опросника;
- Отсутствие необходимости активного участия пациента в оказании психиатрической помощи (выраженный дефект, пассивное получение помощи от третьих лиц в силу невозможности самообслуживания).

Методика проведения

Цель метода: проведение количественной и качественной оценки мотивации пациентов к психиатрическому лечению на основании их самоотчетов по опроснику оценки мотивации к лечению (ОцМЛ), что может помочь в прогнозировании реального поведения пациентов при проведении медикации в стационарных и амбулаторных условиях, а также планировать дифференцированные психокоррекционные вмешательства, направленные на улучшение мотивации к лечению. Указанный результат достигается за счет проведения структурированного, дифференцированного и стандартизированного исследования: 1) источников терапевтической мотивации в соответствии с иерархической шкалой уровней мотивации, 2) выраженности 4 видов поведенческих паттернов (факторов опросника ОцМЛ), свойственных пациенту в ходе лечения, 3) общей интенсивности мотивации в соответствии с суммарным баллом опросника ОцМЛ — которые в совокупности определяют степень вовлеченности пациентов в лечебную программу. Объективация получаемых данных достигается сопоставлением «сырых» баллов самоотчетов со средними показателями 357 обследований психиатрических пациентов, выполненных на этапе создания метода.

Метод осуществляется следующим образом. Пациент самостоятельно заполняет опросник оценки мотивации к лечению (Приложение 1).

Для установления уровней терапевтической мотивации:

Отмеченные пациентом оценки по 9 и 14 пунктам трансформируют по формуле: $6 - x$ (где x — полученный показатель); после этого рассчитывают сумму трансформированных показателей 9 и 14 пунктов. Отдельно рассчитывают суммы показателей по 6, 12 и 19 пунктам; 1, 3, 10 и 17 пунктам; 2, 8, 11 и 18 пунктам; 7, 15, 16 и 20 пунктам; 4, 5 и 13 пунктам.

Для установления факторов терапевтической мотивации:

Дополнительно рассчитывают суммы показателей по 4, 5, 7, 15 и 16 пунктам; по 1, 3, 10, 12, 19 и 14 (трансформированным) пунктам; по 6, 13, 17, 20 и 9 (трансформированным) пунктам.

Суммарный балл опросника рассчитывают как сумму трансформированных показателей 9 и 14 пунктов и показателей всех остальных разделов. «Сырые» баллы, полученные описанным образом для уровней и факторов и суммарного балла мотивации больного к лечению, переводят в стандартные по формуле:

$$z = \frac{x - M}{\sigma},$$

где z — стандартный балл, x — «сырой» балл, M — среднее арифметическое соответствующего раздела опросника по выборке, σ — стандартное отклонение раздела по выборке (Глушко А. Н., 1994). Значения M и σ , необходимые для расчета, представлены в таблице 1.

Статистические параметры разделов опросника оценки мотивации к лечению

Раздел опросника	Включенные пункты опросника	М — среднее арифметическое	σ — стандартное отклонение
Уровень 1	9, 14	8,52	1,64
Уровень 2	6, 12, 19	11,07	2,37
Уровень 3	1, 3, 10, 17	15,85	3,0
Уровень 4	2, 8, 11, 18	13,69	3,24
Уровень 5	7, 15, 16, 20	14,21	2,89
Уровень 6	4, 5, 13	10,86	2,45
Мотивация, сумм. балл	Все (9 и 14 трансформированные)	74,19	10,76
1 фактор	4, 5, 7, 15, 16	17,15	3,92
2 фактор	1, 3, 10, 12, 19 и 14 (трансформированные)	22,95	2,91
3 фактор	2, 8, 11, 18	13,69	2,24
4 фактор	6, 13, 17, 20 и 9	20,4	3,24

Полученные стандартизированные значения разделов опросника ОцМЛ для каждого пациента трактуют следующим образом: отрицательные значения свидетельствуют о снижении интенсивности мотивационного механизма в сравнении с его распространенностью в популяции, а положительные — о повышении интенсивности.

Мотивационные механизмы в отношении к лечению описывают через: 1) общую интенсивность мотивации к лечению психически больных по суммарному баллу опросника;

2) особенности структуры терапевтической мотивации с позиции континуального и процессуального подходов — по взаимной выраженности мотивационных паттернов иерархической шкалы мотивации в направлении 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 моделей прайминга (активации стереотипов) — по 4 выделенным факторам опросника: опора на собственные знания и навыки в преодолении болезни, осознание необходимости лечения, осознание психологического механизма болезненной дезадаптации и готовность к активному сотрудничеству в процессе лечения;

3) доминирующие и дефицитарные мотивационные механизмы структуры мотивации к лечению, их определяют при критических границах от $-0,5$ до $0,5$ стандартизированных балла для каждого раздела опросника ОцМЛ.

Данные апробации метода

Метод системной оценки мотивации к лечению у больных психическими расстройствами разработан и прошел клиническую апробацию в Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева.

Осуществлен независимый анализ вариантов поведения при медикации у 207 пациентов, добровольно госпитализированных для проведения психиатрического лечения в отделение интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева. Содержательная валидность способа системной оценки мотивации к лечению подтвердилась прямой корреляцией суммарных показателей опросника ОцМЛ с интуитивными экспертными оценками мотивации больных к лечению их лечащими врачами по визуально-аналоговой шкале, где 1 — мотивация к лечению отсутствует, 6 — сильная мотивация к лечению ($r = 0,154$; $p < 0,05$).

Различия в поведении пациентов с разными типами мотивации к лечению, выявленные с использованием опросника ОцМЛ и при заполнении лечащими врачами Шкалы медикаментозного комплаенса (ШМК) (Лутова Н. Б., 2013), демонстрируют критериальную валидность метода. В таблицах 2 и 3 приведены различия, достигавшие статистической значимости (использован χ^2 Пирсона, $p < 0,05$).

Таблица 2

Частотные различия в распространенности вариантов поведения при медикации между больными с разными типами мотивации к лечению

Разделы Шкалы медикаментозного комплаенса		Доминирующие уровни мотивации					
		1	2	3	4	5	6
Поведение при медикации	Уклонение	3%	4%	—	—	18%	—
	Под контролем	37%	52%	—	35%	27%	100%
	Самостоятельно	60%	44%	100%	65%	55%	—
Психологически обусловленное саботирование медикации	Вторичная выгода от болезни	19%	23%	—	21%	—	—
	Особенности внутренней картины болезни	14%	23%	—	11%	27%	80%
	Страх стигматизации	14%	8%	—	21%	55%	—
	Особенности восприятия врача	3%	4%	—	3%	—	—
	Недостаточность субъективного страдания	13%	8%	50%	3%	—	20%
	Саботирование отсутствует	37%	34%	50%	41%	18%	—

Операциональная валидность метода системной оценки мотивации к лечению подтверждается возможностью с его помощью выделить единственный ведущий уровень мотивации в соответствии с континуальным и процессуальным подходами у 50% обследованных на этапе разработки метода больных; исходя из модели активации поведенческих стереотипов, преобладание в структуре терапевтической мотивации одного из факторов встречалось в 78% случаев. В 59% случаев был выявлен дефицит одного из уровней мотивации, для 75% результатов обследований были определены дефициты отдельных мотивационных факторов. Таким образом, лишь у 7% обследованных пациентов структура мотивации к лечению не имела характерных особенностей доминирования или дефицита конкретных мотивационных механизмов.

Таблица 3

Частотные различия в распространенности вариантов поведения при медикации между больными с разными типами мотивации к лечению

Разделы Шкалы медикаментозного комплаенса		Доминирующие факторы мотивации			
		1	2	3	4
Отношение больного к принимавшимся ранее препаратам	Положительное	—	80%	—	—
	Нейтральное/ранее не принимал	20%	—	100%	100%
	Отрицательное	80%	20%	—	—

Конвергентная и дискриминантная валидность метода была установлена у групп пациентов с разными типами мотивации к лечению, выделенными с помощью метода системной оценки мотивации к лечению (207 пациентов) и опросника University of Rhode Island Change Assessment (72 пациента). Последний (URICA) основан на процессуальном подходе (DiClemente С. С., Hughes S. О., 1990) — единственный из известных инструментов оценки мотивации к лечению имеет валидизированную русскоязычную версию (Карвасарский Б. Д., 2004). Результатом применения опросника URICA является определение стадии готовности пациента к изменению проблемного поведения в соответствии с Транстеоретической моделью мотивации. Подсчет сырых, затем «Т» баллов позволяет определить стадию из числа 4 заранее определенных, а также интегральный коэффициент мотивации в виде суммы средних баллов 2-й, 3-й и 4-й субшкал за вычетом средних баллов 1-й субшкалы.

Опросник URICA широко применяется в наркологической и психотерапевтической практике, таким образом, он является ближайшим аналогом представляемого метода системной оценки мотивации к лечению у больных психическими расстройствами. Недостатками опросника является неспецифичность в отношении контингента психотических пациентов и отсутствие учета различий в источ-

никах мотивации — исключительно процессуальный подход к качественной оценке мотивации.

Результаты сопоставления частоты выявления отдельных типов мотивации к лечению с помощью альтернативных опросников ОцМЛ и URICA приведены в таблице 4.

Таблица 4

**Частотные различия выявленных типов мотивации
с помощью альтернативных методов оценки мотивации к лечению**

		Выявленные стадии изменения поведения University of Rhode Island Change Assessment				Всего, человек
		1	2	3	4	
Выявленные уровни мотивации	1	22	0	5	0	27
	2	12	0	2	0	14
	4	16	3	1	0	20
	5	6	0	0	1	7
	6	4	0	0	0	4
Всего, человек		60	3	8	1	72

С помощью опросника URICA у 17% пациентов не удалось выявить единственной стадии изменения поведения. Среди остальных обследованных стадия «Преобдумывание» выявлена у 80% пациентов, стадия «Обдумывание» — у 5%, «Действие» — у 11%, «Поддержание» — у 4%. Пациенты, находящиеся на разных стадиях, не различались в вариантах поведения при медикации и отношения к ней, полученных по данным ШМК (использован χ^2 Пирсона, $p < 0,05$). Это свидетельствует о большей чувствительности способа системной оценки мотивации к лечению при сохранении его высокой специфичности.

Примеры реализации метода

Пример 1

Пациент С., 21 год, заполняя опросник оценки мотивации к лечению (ОцМЛ), оценил степень согласия с его разделами следующим образом: 1) 4, 2) 2, 3) 4, 4) 3, 5) 2, 6) 4, 7) 2, 8) 4, 9) 2, 10) 3, 11) 4, 12) 4, 13) 3, 14) 1, 15) 3, 16) 3, 17) 4, 18) 3, 19) 4, 20) 3.

В соответствии с алгоритмом обработки опросника ОцМЛ суммирование показателей его разделов по уровням мотивации показало: по 1-му уровню — 9 «сырых» баллов, по 2-му — 12 «сырых» баллов, по 3-му — 15 «сырых» баллов, по 4-му — 13 «сырых» баллов, по 5-му — 11 «сырых» баллов, по 6-му — 8 «сырых» баллов. Показатели по уровням мотивации после перевода «сырых» баллов в стандартные: 0,29; 0,39; -0,28; -0,21; -1,1; -1,17. По факторам опросника оценки

мотивации показатели пациента составили: 1-й фактор — 13 «сырых» баллов, 2-й — 24 «сырых» балла, 3-й — 13 «сырых» баллов, 4-й — 18 «сырых» баллов. По формуле перевода «сырых» показателей и данным таблицы 1 это соответствовало значениям факторов $-1,06$; $0,26$; $-0,21$; $-0,74$ стандартизированного балла. Количественная оценка мотивации к лечению составила 68 «сырых» баллов или $-0,58$ стандартизированного балла.

Таким образом, применение способа системной оценки мотивации к лечению позволило у пациента С. выявить:

а) общую низкую интенсивность мотивации к лечению (суммарный стандартизированный балл $-0,58$, что ниже критического значения в $-0,5$ балла) при дисбалансе ее качественной структуры;

б) качественная структура терапевтической мотивации пациента характеризуется отсутствием ведущих источников мотивации к лечению (положительные значения показателей по уровням мотивации не превосходят критические $0,5$ стандартизированных балла), при дефиците ее двух высших уровней (в наибольшей степени уровня 6 — мотивации к длительной поддерживающей психофармакотерапии, при показателе $-1,17$ стандартизированных балла, что существенно ниже критического значения в $-0,5$ балла);

в) особенности качественной структуры мотивации к лечению отражаются в поведенческих стереотипах пациента при проведении терапии: низкой готовности к сотрудничеству с врачом в процессе терапии (показатель фактора 4 меньше критического значения в $-0,5$ и составил $-0,74$ стандартизированных балла) и недостаточной опоре на собственные знания и навыки о способах преодоления заболевания (показатель $-1,06$ стандартизированных балла для фактора 1, что ниже критических $-0,5$ балла).

Для повышения интенсивности мотивации к лечению пациенту С. показано участие в мотивационном тренинге с целью демонстрации ему выгоды собственной активной роли пациента в лечебном процессе. Программу психообразования в данном случае целесообразно фокусировать прежде всего на обсуждении стратегий долгосрочного контроля заболевания, доступных пациенту, что может препятствовать тенденциям «ухода в болезнь» как средства морбидной адаптации к психотравмирующим переживаниям больного.

Пример 2

Пациентка Г., 46 лет, заполняя опросник ОцМЛ, оценила степень согласия с его разделами следующим образом: 1) 4, 2) 3, 3) 3, 4) 4, 5) 4, 6) 4, 7) 4, 8) 4, 9) 2, 10) 3, 11) 3, 12) 2, 13) 5, 14) 2, 15) 5, 16) 5, 17) 3, 18) 4, 19) 3, 20) 4.

Соответственно, при подсчете показателей мотивации она получила: по уровню 1 — 8 «сырых» или $-0,32$ стандартизированного балла; уровню 2 — 9 «сырых», $-0,87$ стандартизированного балла; уровню 3 — 13 «сырых», $-0,95$ стандартизированного балла; уровню 4 — 14 «сырых», $0,1$ стандартизированных баллов; уровню 5 — 18 «сырых», $1,31$ стандартизированных балла; уровню 6 — 13 «сырых», $0,87$ стандартизированных балла. По факторам опросника оценки мотивации

показатели соответственно составили: 1 — 22 «сырых» или 1,24 стандартизированных балла; 2 — 19 «сырых», -0,99 стандартизированных балла; 3 — 14 «сырых», 0,1 стандартизированных балла; 4 — 20 «сырых», 0,12 стандартизированных балла. Количественная оценка мотивации к лечению в «сырых» показателях составила 75 баллов или 0,08 стандартизированного балла.

Таким образом, с учетом критических значений от -0,5 до 0,5 стандартизированного балла для всех показателей опросника ОцМЛ, применение способа системной оценки мотивации к лечению у пациентки Г. выявило:

а) достаточную интенсивность мотивации к лечению, при дисбалансе ее качественной структуры;

б) качественная структура терапевтической мотивации пациентки характеризуется доминированием двух наиболее высоких уровней мотивации (в особенности — мотивации, основанной на правильной внутренней картине болезни с осознанием пациентом необходимости собственного активного участия в реадaptации) при существенном дефиците трех начальных уровней мотивации (в наибольшей степени — мотивации, фундированной давлением страданием);

в) дисбаланс качественной структуры мотивации к лечению отражается в поведенческих особенностях пациентки при проведении терапии: преобладание опоры на собственные знания и навыки по преодолению заболевания на фоне недостаточного осознания необходимости лечения.

Для улучшения мотивации к лечению пациентке Г. может быть рекомендовано участие в мотивационном тренинге с фокусом на выявление индивидуальных внешних факторов, формирующих или поддерживающих ее интерес к получению психиатрической помощи: мнение близкого окружения, негативное влияние симптомов заболевания на социально-трудовую адаптацию, риск психиатрической дискриминации при недостаточном самостоятельном контроле заболевания. Целесообразно в данном случае также проведение психообразования, направленного прежде всего на обсуждение влияния симптомов на повседневную жизнь.

Пример 3

Пациентка Е., 25 лет, заполняя опросник ОцМЛ, оценила степень согласия с его разделами следующим образом: 1) 5, 2) 5, 3) 5, 4) 5, 5) 5, 6) 5, 7) 5, 8) 5, 9) 5, 10) 2, 11) 3, 12) 1, 13) 5, 14) 1, 15) 5, 16) 5, 17) 5, 18) 5, 19) 5, 20) 5.

Соответственно, по уровням мотивации из опросника она получила: 1-й уровень — 6 «сырых» баллов или -1,54 стандартизированного балла, 2-й уровень — 11 «сырых» баллов, -0,03 стандартизированного балла; 3-й уровень — 17 «сырых» баллов, 0,38 стандартизированного балла; 4-й уровень — 18 «сырых» баллов, 1,33 стандартизированных баллов; 5-й уровень — 20 «сырых» баллов, 2,0 стандартизированных балла; 6-й уровень — 15 «сырых» баллов, 1,69 стандартизированных балла. По факторам опросника оценки мотивации показатели соответственно составили: 1-й фактор — 25 «сырых» балла или 2,0 стандартизированных балла; 2-й фактор — 23 «сырых» баллов, 0,01 стандартизированных балла; 3-й фактор — 18 «сырых» баллов, 1,33 стандартизированных балла; 4-й фактор — 21 «сырых»

баллов, 0,19 стандартизированных балла. Количественная оценка мотивации к лечению в «сырых» баллах составила 87 или 1,91 стандартизированного балла.

Таким образом, с учетом критических значений от $-0,5$ до $0,5$ стандартизированного балла для всех показателей опросника ОцМЛ, применение способа системной оценки мотивации к лечению у пациентки Е. выявило:

а) общую высокую интенсивность мотивации к лечению при дисбалансе ее качественной структуры;

б) качественная структура терапевтической мотивации характеризуется преобладанием всех трех высоких уровней мотивации (в наибольшей степени уровня 5 — мотивации, основанной на правильной внутренней картине болезни с осознанием пациентом необходимости собственного активного участия в реадaptации) при изолированном дефиците амотивации (уровень 1, означающий спонтанную включенность пациентки в терапевтический процесс);

в) особенности качественной структуры мотивации к лечению отражаются в поведенческих стереотипах пациентки при проведении терапии: преобладание опоры на собственные знания и навыки по преодолению заболевания (стандартизированный показатель фактора 1 существенно выше $0,5$ балла).

Для более эффективной реализации имеющейся у пациентки Е. заинтересованности в психиатрическом лечении прежде всего рекомендовано ее включение в психообразовательную программу, направленную на предоставление непротиворечивой информации о заболевании и терапии, обсуждение причин и механизмов развития психических расстройств, а также объективацию влияния проявлений болезни на повседневную жизнь. Получение пациенткой актуальных знаний о болезни и роли терапии в данном случае может способствовать ее более взвешенному и осознанному отношению к лечению.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты применения метода системной оценки мотивации к лечению у больных психическими расстройствами могут быть использованы для повышения эффективности психиатрической помощи путем более точной количественной и качественной оценки мотивации пациентов к лечению на основании их самоотчетов по опроснику оценки мотивации к лечению (ОцМЛ). Получаемые таким образом данные позволяют прогнозировать реальное поведение больных при стационарном и амбулаторном лечении, проводить медикаментозную терапию и психотерапию дифференцированно в зависимости от готовности пациентов следовать лечебным рекомендациям, а также восполнять в ходе психокоррекции и психотерапии выявленные дефициты собственной мотивации больных к лечению.

Список литературы

1. Вид В. Д. Психотерапия шизофрении. 3-е изд., перераб. и доп. СПб.: Питер, 2008; 512.
2. Глушко А. Н. Основы психометрии: Учебное пособие Министерство обороны РФ, Главное военно-медицинское управление МО РФ. М., 1994; 12.

3. *Карвасарский Б. Д.* Клиническая психология: учебник для вузов. 3-е изд., доп. М.: ПИТЕР, 2004; 553.
4. *Лутова Н. Б.* Структура комплаенса у больных с эндогенными психическими расстройствами: автореф. дис. ... д-ра мед. наук; НИПНИ им. В. М. Бехтерева. СПб., 2013; 49.
5. *Лутова Н. Б., Петровская И. Н., Вид В. Д.* Сознание болезни и комплаенс больных психозами. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2014; 1: 10–15.
6. *Лутова Н. Б., Сорокин М. Ю., Петрова Ю. И., Вид В. Д.* Структура психиатрической стигмы в наши дни. Психическое здоровье. 2016; 8: 44–50.
7. *Незнанов Н. Г., Вид В. Д.* Проблема комплаенса в клинической психиатрии. Психиатрия и психофармакология. 2007; 6(4): 159–162.
8. *Рассказова Е. И., Иванова Т. Ю.* Мотивационные модели поведения, связанного со здоровьем: Проблема «Разрыва» между намерением и действием. Журнал Высшей школы экономики. 2015; 12(1): 105–130.
9. *Рассказова Е. И., Кошелева Н. В.* Психологические методы изменения поведения, связанного со здоровьем: возможности и ограничения. Консультативная психология и психотерапия. 2014; 3(82): 183–205.
10. *Семенова Н. Д., Фурсов Б. Б.* К вопросу о психодиагностике мотивации в психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации шизофрении. Часть I. Социальная и клиническая психиатрия. 2013; 23(1): 34–39.
11. *Сорокин М. Ю.* Распространенность внешней стигматизации у психически больных и ее взаимосвязь с мотивацией к лечению. Неврологический вестник. 2016; XLVIII, 2: 73–77.
12. *Фурсов Б. Б.* Проблема мотивации и ее нарушений при шизофрении. Социальная и клиническая психиатрия. 2012; 22(4): 91–100.
13. *Ястребов В. С., Солохина Т. А., Шевченко Л. С. и др.* Экономическая оценка масштаба вложений и потерь вследствие психических заболеваний: методология исследования и социальноэкономический прогноз последствий. Социальная и клиническая психиатрия. 2009; 19(4): 21–28.
14. *DiClemente C. C., Hughes S. O.* Stages of change profiles in alcoholism treatment. Journal of Substance Abuse. 1990; 2: 217–235.
15. *Mulder C. L., Jochems E., Kortrijk H. E.* The motivation paradox: higher psychosocial problem levels in severely mentally ill patients are associated with less motivation for treatment. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2014; 49(4): 541–548.
16. *Noordraven E. L., Wierdsma A. I., Blanken P. et al.* Depot-medication compliance for patients with psychotic disorders: the importance of illness insight and treatment motivation. Neuropsychiatr. Dis. Treat. 2016; 12: 269–274.

Сокращения

ОцМЛ — опросник оценки мотивации к лечению

ШМК — шкала медикаментозного комплаенса

URICA — опросник University of Rhode Island Change Assessment

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Этот опросник содержит перечень причин, по которым люди обычно обращаются за помощью к врачу. Мы хотели бы знать, какие из перечисленных причин в большей, а какие в меньшей степени оказывали влияние при принятии Вами решения о начале лечения.

Отметьте наиболее подходящий Вам ответ. Для каждого вопроса возможен один из 5 вариантов ответа: 1 — категорически не согласен, 2 — скорее не согласен, 3 — согласен в достаточной степени, 4 — согласен, 5 — абсолютно согласен.

1. Я осознаю хрупкость своей психики и понимаю, что психиатрическое лечение может мне помочь.	1	2	3	4	5
2. Я намерен(а) разобраться в себе, так как понимаю, что мое поведение и эмоции порой вызывают нервно-психические срывы.	1	2	3	4	5
3. Я знаю свой диагноз и понимаю, что лечиться мне нужно у психиатров.	1	2	3	4	5
4. У меня получается держать симптомы под контролем благодаря навыкам, полученным в ходе лечения.	1	2	3	4	5
5. Я сумел(а) убедиться, что лекарства и психотерапия защищают меня от болезни.	1	2	3	4	5
6. Я готов прислушаться к мнению врача и получать лечение.	1	2	3	4	5
7. Я вижу свои ошибки, которые приводят к срывам.	1	2	3	4	5
8. Неумение правильно справляться с трудными ситуациями приводит меня к болезненному состоянию.	1	2	3	4	5
9. Больше всего я хочу, чтобы врач оставил меня в покое и дал отдохнуть.					
10. Я осознаю, что страдаю нервно-психическим расстройством, и мне требуется специальное лечение психотропными препаратами и/или психотерапией.	1	2	3	4	5
11. Я сожалею, что некоторые мои поступки провоцируют болезненные срывы.	1	2	3	4	5
12. Мне плохо, я испытываю болезненное состояние и нуждаюсь во врачебной помощи.	1	2	3	4	5
13. Сохранение достигнутого успеха лечения требует от меня усилий, и я способен (способна) их прилагать.	1	2	3	4	5
14. Мое состояние не требует лечебного воздействия.	1	2	3	4	5
15. Я получил(а) знания и навыки о том, что надо делать, чтобы не допускать обострения.	1	2	3	4	5
16. Я опознаю начальные признаки моего неблагополучия, которые требуют врачебного вмешательства.	1	2	3	4	5

17. Я чувствую облегчение от психиатрического лечения и понимаю его нужность.	1	2	3	4	5
18. Мне надо лучше контролировать себя, т. к. моя несобранность или небрежность в лечении приводит к обострению болезни.	1	2	3	4	5
19. Я чувствую, что здоровье мое подорвано и требуется лечение.	1	2	3	4	5
20. Я хочу улучшить результаты лечения, достигнутые с помощью лекарств, своим личным участием в решении моих проблем.	1	2	3	4	5

Приложение 2

Шкала уровней мотивации к лечению:

1 уровень — мотивация отсутствует, пассивное согласие получать лечение;

2 уровень — мотивация преимущественно внешняя, определяемая давлением жизненных обстоятельств либо близкого окружения больного;

3 уровень — формирование собственной мотивации к лечению, фундированной субъективным страданием от заболевания;

4 уровень — устойчивая внутренняя мотивация к лечению, осознанное обращение за психиатрической помощью;

5 уровень — мотивация, основанная на правильной внутренней картине болезни и понимании необходимости собственного участия в оптимизации социального приспособления наряду с проведением психофармакотерапии;

6 уровень — стабильная мотивация к длительной фармако-психотерапии.