

*На правах рукописи*

**ОГАРЕВ ВАЛЕРИЙ ВЛАДИМИРОВИЧ**

**ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ И МОТИВАЦИЯ НА ЛЕЧЕНИЕ  
БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С**

Специальность 14.03.11 – восстановительная медицина, спортивная медицина,  
лечебная физкультура, курортология и физиотерапия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата психологических наук

Москва - 2017

Работа выполнена на кафедре психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Научный руководитель:**

Малыгин Владимир Леонидович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Научный консультант:**

Дудина Кристина Романовна - доктор медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Официальные оппоненты:**

Айвазян Татьяна Альбертовна - доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отдела рефлексотерапии и клинической психологии Федерального государственного бюджетного учреждения «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Смекалкина Лариса Викторовна - доктор медицинских наук, профессор кафедры интегративной медицины Института профессионального образования Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Ведущая организация:**

Федеральное государственное бюджетное учреждение "Государственный научный центр Российской Федерации - Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна".

Защита диссертации состоится 26 сентября 2017 года в 11.00 на заседании диссертационного совета Д 850.019.01 при ГБУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДМЗ» по адресу: 107120, г. Москва, Земляной вал, д. 53. С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГБУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДМЗ» по адресу: 107120, г. Москва, Земляной вал, д. 53. и на сайте <http://cmrgvsm.ru>

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 года

Ученый секретарь диссертационного совета,  
доктор медицинских наук, профессор

Юрова Ольга Валентиновна

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

**Актуальность.** Одной из наиболее значимых медико-социальных проблем в России является вирусный гепатит С. Это обусловлено его широким распространением, постоянной регистрацией новых случаев инфицирования, риском развития тяжёлых осложнений, отсутствием вакцины и высокой стоимостью лечения. По последним данным в нашей стране вирусом гепатита С инфицировано от 2 до 3% населения (Ющук Н.Д., Климова Е.А., Знойко О.О. 2015). У 80% лиц, перенёвших острую форму болезни и не получивших противовирусную терапию, происходит формирование хронического гепатита, с частым развитием цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы (Ющук Н.Д., и др 2014). При этом лишь 20% больных делают попытки приема противовирусной терапии (Ho S.B., Groessl E., Dollarhide A. et al., 2008). Как известно эффективность лечения зависит не только от назначенного курса терапии, но и от степени мотивации пациента к лечению, его приверженности к терапии. Бессимптомное течение гепатита С, большое количество побочных эффектов противовирусной терапии, высокая стоимость препаратов снижают мотивацию больных к лечению и нередко приводят к полному отказу от лечения (Данилов Д.С. 2014, Тихонова Ю. Г. 2009, Nakamura T. 2007, Valentine A. D. 2005, Meyers C. A. 2005). Стигматизация, стресс, связанный с информацией о болезни, тревога и депрессия, переживаемые больными гепатитом С, также способствуют их отказу от обращения к врачу. Ключевым фактором, повышающим готовность к обращению больного за помощью, является обеспечение пациентов информацией о болезни со стороны медицинского персонала и получение пациентом формальной и неформальной поддержки (B.J.Stewart, A.A.Mikocka-Walus, H.Harley, 2012). Поддержанию комплаенса при лечении ХВГС благоприятным образом способствуют индивидуальная психологическая поддержка больного и регулярное проведение образовательных программ (Данилов Д.С., 2011), направленных на обучение.

### **Степень разработанности темы**

Повышение уровня мотивации к лечению невозможно без знания особенностей совладающего с болезнью поведения пациента и понимания феномена внутренней картины болезни. При этом внутренняя картина болезни пациентов, страдающих вирусным гепатитом С, их мотивация на лечение и

совладание с болезнью в отечественных исследованиях до настоящего времени являются недостаточно изученными. Имеются лишь отдельные работы, посвященные различным психологическим нарушениям, качеству жизни, психологическим характеристикам пациентов с вирусным гепатитом С (Бузина Т.С., 2016; Подосинова Т.В., 2011; Ильмухина Л.В., Киселева Л.М., 2009; Каминская С.Н., 2005;). Остаются малоисследованными связи мотивации на лечение с различными компонентами ВКБ и восприятия болезни. Практически не изучено влияние преморбидных психологических свойств больных гепатитом С на адаптацию к заболеванию, формированию мотивации и приверженности к лечению (Максимова М.Ю. и соавт., 2014). Малоисследовано влияние различных факторов на формирования комплаенса, как предиктора успешной мотивации на лечение. Недостаточно разработаны и практически не применяются программы психологической коррекции низкой мотивации к лечению и психологического сопровождения больных гепатитом С. Все это определяет актуальность дальнейших исследований этой проблемы.

**Цель исследования:** выявление особенностей внутренней картины болезни и разработка психокоррекционной программы мотивации к лечению больных хроническим вирусным гепатитом С.

#### **Задачи исследования**

1. Исследовать особенности многоуровневой структуры внутренней картины болезни у больных вирусным гепатитом С.
2. Изучить влияние отдельных компонентов внутренней картины болезни на мотивацию к лечению больных хроническим вирусным гепатитом С.
3. Сравнить внутреннюю картину болезни и особенности мотивации на лечение больных хроническим вирусным гепатитом С получающих противовирусную терапию и не получающих противовирусную терапию.
4. Исследовать влияние психологических свойств на мотивацию к лечению больных хроническим вирусным гепатитом С.
5. Разработать комплексную дифференцированную программу психологической коррекции мотивации к лечению больных хроническим вирусным гепатитом С.

#### **Научная новизна**

Впервые в отечественных исследованиях проведен системный анализ психологических факторов, влияющих на мотивацию к лечению у больных хроническим вирусным гепатитом С.

Обнаружены достоверные связи отдельных компонентов внутренней картины болезни с мотивацией на лечение больных хроническим вирусным гепатитом. Впервые в отечественных исследованиях выявлена динамика мотивации к лечению больных ХВГС на различных этапах терапии.

Впервые выявлены и описаны психологические факторы обуславливающие низкую мотивацию к лечению у больных хроническим вирусным гепатитом С и предложена теоретическая модель психологических механизмов формирования низкой мотивации к лечению у больных хроническим вирусным гепатитом С.

Впервые в отечественных исследованиях выявлены и описаны отдельные характерологические свойства больных хроническим вирусным гепатитом С, влияющие на их внутреннюю картину болезни и мотивацию к лечению.

Впервые в отечественных исследованиях разработана комплексная дифференцированная психокоррекционная программа повышения и поддержания мотивации к лечению у больных хроническим вирусным гепатитом С на различных этапах терапии.

### **Теоретическая значимость работы**

Теоретическая значимость исследования заключается в расширении научных представлений о внутренней картине болезни у больных хроническим вирусным гепатитом С, её уровнях и динамики и влиянии на мотивацию к лечению. Полученные результаты углубляют представления о факторах, влияющих на мотивацию к лечению и подходах к психологической коррекции низкой мотивации к лечению у больных ХВГС. Данные проведенного исследования являются научным обоснованием разработки и практического применения психокоррекционных программ, мотивирующих пациентов на лечение, психологического сопровождения и поддержания мотивации к лечению больных ХВГС, проходящих противовирусную терапию.

### **Практическая значимость работы**

На основе полученных данных о внутренней картине болезни и факторах, влияющих на мотивацию к лечению разработана психокоррекционная программа

психологической реабилитации, психологического сопровождения и повышения мотивации к лечению больных хроническим вирусным гепатитом С. Разработанная программа внедрена в практику медицинских учреждений и показала свою эффективность на различных этапах терапии и реабилитации больных хроническим вирусным гепатитом С.

Предложенный комплекс психологических мероприятий по дальнейшему сопровождению больных с хроническим вирусным гепатитом С, проходящих противовирусную терапию позволяет избежать у них закономерного снижения у мотивации к лечению, удержать больного в терапии и повысить эффективность терапии.

Практическая значимость работы заключается в предложенной своевременной диагностике психологических факторов, снижающих мотивацию к лечению и разработанной комплексной дифференцированной системе психологической коррекции и реабилитации больных хроническим вирусным гепатитом С с низкой мотивацией к лечению.

#### **Методология и методы исследования**

Работа представляет собой исследование, выполненное с учетом этических норм, в котором приняли участие больные хроническим вирусным гепатитом С. Изучались особенности внутренней картина болезни, характерологические свойства и уровень мотивации к лечению на различных этапах терапии больных хроническим вирусным гепатитом С. Для оценки компонентов, входящих в структуру внутренней картины болезни, уровня мотивации к лечению и характерологических свойств больных вирусным гепатитом С использовались специально подобранные психодиагностические методики. Для подтверждения достоверности результатов использованы методы математической статистики.

#### **Положения, выносимые на защиту**

1. Внутренняя картина болезни у больных хроническим вирусным гепатитом С имеет свои особенности: характеризуется редуцированным чувственным уровнем и значительным влиянием эмоционального и когнитивного уровней на мотивационный.

2. Значимое влияние на мотивацию к лечению у больных хроническим вирусным гепатитом С оказывает уровень переживаемой ими тревоги,

когнитивные способы регуляции эмоций, особенности эмоционального реагирования на болезнь, уровень терапевтического альянса, осмысленность жизни, настойчивость в достижении целей. Низкая мотивация на лечение у больных хроническим вирусным гепатитом С обусловлена двумя механизмами: сочетанием низкого уровня тревоги, оптимизма, пассивного отношению к лечению, дезадаптивными стратегиями совладания «бегство-избегание» и высоким уровнем тревоги, дезадаптивными стратегиями «катастрофизация», «руминация», «обвинения других».

3. У больных, получающих противовирусную терапию отмечается снижение мотивации к лечению, что требует психокоррекционных вмешательств в процессе терапии. Своевременная и дифференцированная психологическая помощь больным хроническим вирусным гепатитом С оказывает положительное влияние на динамику мотивации к лечению, уровень терапевтического альянса и способствуют улучшению качества их жизни.

#### **Степень достоверности результатов**

Степень достоверности научных положений, сформулированных в диссертации, основана на изучении достаточного объема исследований (140 больных хроническим вирусным гепатитом С и 50 больных желчнокаменной болезнью, многообразием методов, адекватных предмету и задачам исследования, сочетанием методов количественного и качественного анализа. В работе использованы современные методы исследования и статистической обработки данных.

#### **Апробация работы**

Материалы исследования были доложены и обсуждены на XXXVII Итоговой научной Конференции молодых ученых (Москва. 2015); VIII Ежегодном Всероссийском Конгрессе по инфекционным болезням с международным участием (Москва 2016); Форуме университетской науки (Москва 2016); XXXIX Итоговой научной Конференции молодых ученых (Москва 2017). Результаты, полученные в ходе исследования, используются в ГБУЗ «Инфекционной клинической больнице №1 ДЗ г. Москвы», ГБУЗ «Инфекционной клинической больнице №2 ДЗ г. Москвы», в ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ в педагогическом процессе кафедры психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии и кафедры

ФДПО психиатрии, наркологии и психотерапии. «Психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии», «Общей психологии» и кафедры «Психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО» ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России (протокол №7 от 29.06-2017г.).

### **Публикации**

Материалы диссертации представлены в 10 научных работах, в том числе 5 опубликованы в журналах, рекомендуемых ВАК.

### **Объем и структура диссертации**

Диссертация состоит из введения, трех глав («Обзор литературы», «Методология и методы исследования», «Результаты собственных исследований», главы «Психологическая коррекция мотивации к лечению у больных с хроническим вирусным гепатитом С), заключения, выводов, практических рекомендаций, библиографии и приложения. Работа содержит 168 страниц текста, включая приложения, 48 таблиц и 4 рисунка. Список литературы состоит из 180 источников, из них 84 отечественных и 96 зарубежных авторов.

### **Материал и методы исследования**

В исследование было включено 190 больных: 140 больных хроническим вирусным гепатитом С (шифр по МКБ-10 В 18.2) и 50 больных желчнокаменной болезнью (группа сравнения) - шифр по МКБ-10 К 80. Больные ХВГС в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст -  $39,36 \pm 9,27$  лет), из них 106 мужчин (75,71%) и 34 женщины (24,29%), проходили плановое стационарное (62 человека, 44,29%), амбулаторное (40 человек, 28,57%) обследование и лечение (38 человек, 27,14%), получавших амбулаторно противовирусную терапию в рамках клинических исследований. Все больные хроническим вирусным гепатитом С наблюдались у сотрудников кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России на базе ГКУЗ ИКБ №1 ДЗ г. Москва.

В соответствии с поставленными задачами все больные были распределены по группам: группа 1 (n=70) – больные ХВГС, находящиеся, по данным шкалы «Оценка изменений Университета Род-Айленд» на стадии предваряющего размышления (отсутствие мотивации к лечению); группа 2 (n=60) – больные, находящиеся на стадии действий (высокая мотивация к лечению); группа больных

с амбивалентной мотивацией к лечению (стадия размышлений), n=10. Группа с амбивалентной мотивацией к лечению (n=10) из дальнейшего исследования была исключена, т.к. ее размер являлся недостаточным для статистического анализа. В дальнейшем, в соответствии с задачами исследования были выделены следующие группы: группа 3 (n=38), больные, получающие противовирусную терапию, и группа 4 (n=92), не получающие противовирусную терапию. Учитывая специфику и динамику мотивации у больных ХВГС, нами была разработана двухэтапная программа психокоррекции «Формирование мотивации к лечению». Целью программы являлось формирование мотивации на лечение, лечебного альянса и создание перспективы нового образа жизни. Первый этап программы – «Работа с мотивацией» был направлен на преодоление анозогнозии. С коррекцией 2 механизмов, связанных с низкой мотивацией: 1) защитных механизмов, обеспечивающих низкий уровень реактивной тревоги, 2) неадаптивных когнитивных стратегий совладания с болезнью, высокий уровень личностной тревоги. Вторым этапом программы – «Реабилитация» был направлен на удержание в терапии, снижение психологических последствий болезни и социальную адаптацию больного.

Психокоррекционная программа проводилась на базе ГБУЗ ИКБ №1 ДЗ г. Москва, период с 01. 2015 по 03.2017 года. Для первого этапа психокоррекционной программы из общей группы больных, направленных на ПВТ (n=102) было выделено 2 группы: группа 1, n= 70, отсутствие мотивации к лечению; группа 2, n=32, высокая мотивация к лечению. Диагностика уровня мотивации на лечение, тревожности и терапевтического альянса проводилась в начале и конце первого и второго этапа работы. Для второго этапа психокоррекционной программы была отобрана группа из 38 больных ХВГС получающих противовирусную терапию (ПВТ). Продолжительность ПВТ на момент отбора в группе составляла  $3 \pm 0,8$  месяца. По результатам методики «Шкала оценки изменений Университета Род-Айленд» (URICA) данная группа, была разделена на две, группа 1 (n= 27), с отсутствием мотивации к лечению и группа 2 (n=11), с высокой мотивацией к лечению (больные, находящиеся на стадии действий).

Для выполнения поставленных задач были использованы следующие методики: «Шкала оценки изменений Университета Род-Айленд» (URICA)

McConaughy, J.O. Prochaska и W.F. Velicer (1983) в адаптации В.М. Ялтонского (2004); тест «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» А.Ш. Тхостова, С.П. Елшанского (2009); шкала субъективной оценки реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина (1978); опросник «Эмоциональное реагирование на болезнь» В.М. Ялтонский (2007); опросник «Когнитивная регуляция эмоций» Garnefski et al., 2002, в адаптации Е. И. Рассказовой, А. Б. Леоновой, И. В. Плужникова (2011); опросником «Способы совладающего поведения» Лазаруса в адаптации Л.И. Вассермана (2009); тест смысложизненных ориентаций Д. Крамбо и Л. Махолик (1968), в адаптации Д.А.Леонтьева (1992); «Опросника для оценки помогающего альянса II (НАq-II) J.P. Barber (1996), в адаптации П.В. Тучина; шкала импульсивности Барратта (BIS - 11), (1987), в адаптации Т.И. Медведевой, С.Н. Ениколопова (2015); диагностическая методика TCI-125 «Структура характера и темперамента» Р.Клонинджера (1991), в адаптации Н.А. Алмаева, Л.Д. Островской (2005).

Статистическая обработка результатов проводилась при помощи пакета статистических программ Microsoft Excel, IBM SPSS Statistics 17 © SPSS Inc. (2009). Использовались следующие процедуры: дескриптивный анализ, анализ значимости различий по критерию U-Манна-Уитни; корреляционный анализ по критерию R-Спирмена; логит-анализ многофакторной модели мотивации к лечению.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

Исследование особенностей внутренней картины болезни и мотивации к лечению у больных ХВГС выявило следующее. Чувственный компонент ВКБ у больных вирусным гепатитом С носит редуцированный характер, на что указывает достоверно меньшая частота выбор интрацептивных ощущений ( $39,80 \pm 14,96$  и  $45,09 \pm 6,3$ , соответственно  $p < 0,05$ ), болезненных ощущений ( $19,12 \pm 10,99$  и  $22,69 \pm 4,89$ , соответственно,  $p < 0,05$ ) больными ХВГС, по сравнению с больными ЖКБ. Корреляционный анализ обнаружил отрицательную связь ( $r = -0,310$ ,  $p < 0,05$ ) количества испытываемых больными ХВГС интрацептивных ощущений с высоким уровнем мотивации к лечению. Отсутствие болезненных ощущений при гепатите затрудняет осознание их непосредственной связи с болезнью и снижает мотивацию к совладанию с болезнью.

Изучение эмоционального уровня ВКБ выявило, что показатели личностной тревожности среди больных ХВГС, с отсутствием мотивации к лечению достоверно выше по сравнению с больными ХВГС с высоким уровнем мотивации (54,41 и 43,6 соответственно,  $p < 0,05$ ). Корреляционный анализ связей тревожности и мотивации выявил положительную связь личностной тревожности с отсутствием мотивации к лечению ( $r = 0,163$ ,  $p < 0,001$ ) и отрицательную связь реактивной тревожности с высокой мотивацией к лечению ( $r = -0,315$ ,  $p < 0,05$ ). Полученные данные свидетельствуют о негативном влиянии высокого уровня тревоги на мотивацию к лечению. Анализ данных опросника эмоционального реагирования на болезнь (табл. 1) выявил следующее: среди больных с низкой мотивацией к лечению показатели по шкалам оптимизм и облегчение были достоверно выше, чем у больных, находящихся на стадии «высокая мотивация». Переживаемые этими больными эмоции по отношению к своей болезни отличались, по сравнению с пациентами с высокой мотивацией к лечению выраженным равнодушием к своему состоянию и меньшей готовностью к борьбе.

Таблица 1.

Показатели интенсивности использования эмоций по отношению к болезни у больных с отсутствием мотивации к лечению и с высокой мотивацией к лечению.

Эмоции	Группа 1, отсутствие мотивации (n=70)	Группа 2, высокая мотивация (n=60)	Значимость различий. Критерий Манна Уитни
Оптимизм	1,78±1,09	0,92±0,95	p=0,045
Равнодушие к своему состоянию	1,11±1,36	0,54±0,78	p=0,049
Облегчение	0,78±0,44	0,31±0,48	p=0,03
Беспомощность	1,0±0,71	1,46±1,05	p=0,048
Чувство готовности к борьбе	2,0±0,71	2,38±0,51	p=0,049

Значимость различий  $p < 0,05$

В свою очередь больные с высокой мотивацией к лечению испытывали более выраженную беспомощность по отношению к болезни, меньшее облегчение и оптимизм, с одновременно более выраженной готовностью к борьбе. Таким образом, больные ХВГС, находящиеся на стадии «отсутствие мотивации» менее обеспокоены своим состоянием, недооценивают его тяжесть, проявляя необоснованный оптимизм и отчасти равнодушие к своему состоянию, что во

многим определяет их неготовность к каким - либо действиям. Корреляционный анализ выявил множественные связи между эмоциональным реагированием на болезнь и готовностью (неготовностью) к действиям по совладанию с болезнью. Положительные связи с готовностью к действиям в отношении болезни имели такие эмоциональные реакции, как тревога ( $r=0,680$ ), страдание ( $r=0,696$ ), печаль ( $r=0,599$ ), беспомощность ( $r=0,645$ ) и готовность к борьбе ( $r=0,478$ ). Отрицательную связь демонстрировали оптимизм ( $r= -0,451$ ), спокойствие ( $r= -0,477$ ), облегчение ( $r= -0,583$ ) и разочарование ( $r= -0,649$ ). Со стадией отсутствие мотивации положительно были связаны оптимизм ( $r=0,615$ ), спокойствие ( $r=0,443$ ), уверенность в своих силах ( $r=0,610$ ) и разочарование ( $r=0,564$ ). Отрицательная связь прослеживалась с тревогой ( $r= -0,620$ ), страданием ( $r= -0,795$ ), беспомощностью ( $r=-0,673$ ), печалью ( $r= -0,685$ ), готовностью к борьбе ( $r= -0,555$ ). Выявленное противоречие между более высоким уровнем личностной тревоги по тесту Спилбергера-Ханина среди больных с низкой мотивацией к лечению и проявляемый ими оптимизм спокойствие, уверенность в своих силах по отношению к болезни отражает активизацию механизмов психологических защит, что, в свою очередь, препятствует осознанию и принятию болезни, снижая мотивацию к лечению. В противоположность этому осознание, принятие и переживание негативных эмоций способствует принятию решений по совладанию с болезнью, повышает мотивацию к лечению и вероятность обращения за помощью. Полученные данные могут являться целями-мишенями психотерапии, направленной на повышение мотивации к лечению.

Когнитивный компонент ВКБ изучался при помощи опросника «Когнитивная регуляция эмоций» и опросника «Способы совладающего поведения» Лазаруса. Обнаружено (рис. 1), что среди больных гепатитом С, находящихся на стадии «высокая мотивация» достоверно выше показатели по шкале «Принятие», отражающей, согласно характеристикам опросника, адаптивную стратегию принятия ситуации, связанной с болезнью, и «Фокусирование на планировании» что может способствовать процессам совладания со стрессом, в частности планированию действий, направленных на преодоление болезни.



Рисунок 1. Показатели опросника когнитивной регуляции эмоций в группах больных ХВГС на стадии «отсутствие мотивации» – группа 1 и стадии «высокая мотивация» – группа 2

В то время, как показатели шкал «Катастрофизация» и «Обвинение других» были достоверно выше среди больных с низкой мотивацией к лечению, по сравнению с больными с высокой мотивацией к лечению. По данным опросника «Способы совладающего поведения» среди больных с низкой мотивацией, по сравнению с больными с высокой мотивацией к лечению достоверно чаще ( $p=0,02$ ) отмечалась неадаптивная стратегия «бегство-избегание». Корреляционный анализ выявил, что «отсутствие мотивации к лечению» положительно связана с такими неадаптивными стратегиями, как «Катастрофизация» ( $r=0,23$ ,  $p=0,01$ ), «Обвинение других» ( $r=0,234$ ,  $p=0,01$ ) и отрицательно с адаптивной стратегией «Фокусирование на планировании» ( $r= -0,309$ ,  $p<0,05$ ). В то время, как готовность к действиям (высокая мотивация к лечению) положительно связана со стратегией «Принятие» ( $r=0,29$ ,  $p<0,05$ ) и «Фокусировании на планировании» ( $r=0,173$ ,  $p<0,05$ ), что обусловлено менее интенсивным переживанием катастрофы по отношению к болезни, принятием своей ответственности за случившееся и готовностью к действиям по совладанию с болезнью. По результатам методики СЖО Леонтьева между больными ХВГС, с отсутствием мотивации к лечению и больными с высокой мотивацией выявлены достоверные различия следующих показателей:

(108,14±20,04 и 99,27±18,41,  $p=0,004$ , соответственно), цели жизни (35,39±6,53 и 30,77±6,8, соответственно,  $p=0,0001$ ), нацеленности на результат (27,7±5,16 и 25,38±5,07, соответственно  $p=0,012$ ) и локус-контроля «Я» (21,9±5,18 и 20,6±4,29, соответственно,  $p=0,043$ ). Полученные данные отражают наличие у больных с высокой мотивацией к лечению устойчивых целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. В то время как больные с отсутствием мотивации характеризуются неверием в свои силы и пассивностью. Пациенты с высокой мотивацией к лечению чаще обнаруживали более высокий уровень терапевтического альянса, по сравнению с пациентами с отсутствием мотивации к лечению (83,0% и 69,0% соответственно).

Исследование характерологических черт по методике «Структура характера и темперамента» Клониджера выявило, что среди пациентов с высокой мотивацией к лечению преобладают «избегание вреда» (10,04±5,04 и 8,61±3,0  $p<0,049$ ) и «зависимость от вознаграждения» (8,7±2,93 и 7,52±2,39  $p<0,011$ ). Это говорит о более внимательном отношении к здоровью и открытости, легкости в общении, способности к эмпатии, что способствует формированию терапевтического альянса. Корреляционный анализ выявил положительные связи «готовности к действиям» и черт темперамента «Настойчивость», ( $r=0,202$ ,  $p<0,05$ ), «Самонаправленность» ( $r=0,224$ ,  $p<0,05$ ), что отражает социальную зрелость, принятие ответственности за выбор, целеустремленность больных ХВГС с высокой мотивацией на лечение.

Результаты исследования мотивации к лечению у больных вирусным гепатитом С группа 3 ( $n=38$ ) - получающих противовирусную терапию и группа 4 ( $n=92$ ) - не получающих противовирусную терапию представлены в табл. 2.

Выявлено, что среди больных, получающих ПВТ отмечается снижение количества больных, находящихся на стадии «высокая мотивация» и, соответственно увеличивается доля больных, находящихся на стадии «отсутствие мотивации». Данная категория больных наиболее часто нарушала режим приема противовирусных препаратов.

Таблица 2.

Показатели шкалы «Оценка изменений Университета Род-Айленд» в группах больных, получающих и не получающих противовирусную терапию

Уровень мотивации	Группа 3, получающая противовирусную терапию, (n=38)		Группа 4, не получающая противовирусную терапию, (n=92)	
	Абс.	%	Абс.	%
Отсутствие мотивации	27	71,1	43	42,0
Высокая мотивация	11	28,9	49	48,0

По данным опросника реактивной и личностной тревожности Ч.Д.Спилбергера и Ю.Л.Ханина (таблица 3) обнаружено, что среди больных ХВГС, не получавших терапию (группа 4) выраженность реактивной и личностной тревоги была достоверно выше (группа 3).

Таблица 3

Значимые различия психологических характеристик больных ХВГС получающих и не получающих ПВТ

Показатели методик	Группа 3, получающая противовирусную терапию (n=38)	Группа 4, не получающая противовирусную терапию, (n=92)	Значимость различий Критерий Манна Уитни
<b>Шкала субъективной оценки реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина</b>			
Реактивная	37,89±10,81	45,42±11,65	p=0,01
Личностная	39,03±7,94	46,11±11,59	p=0,01
<b>Опросник для оценки терапевтического альянса II НАq-II (J.P. Barber, 1996), в адаптации П.В. Тучина</b>			
Терапевтический альянс	98,03±9,06	87,21±12,38	p=0,01

Значимость различий  $p < 0,05$

Высокий уровень тревоги, оказывает негативное влияние на планирование действий по совладанию с болезнью. Исследование терапевтического альянса выявило, что в группе 3 (больные, получающие ПВТ) показатели достоверно выше, чем в группе 4 (больные без ПВТ): 98,03±9,06 и 87,21±12,38,  $p < 0,01$  – таблица 3.

Для дальнейшего уточнения факторов влияния на мотивацию к лечению была использована процедура построения многофакторной модели мотивации к

лечению у больных ХВГС (на основе процедуры Логит-регрессия модуля нелинейное оценивание). Факторами, повышающими вероятность формирования отсутствия мотивации к лечению, являлись: длительность заболевания более одного года, пребывание в стационаре вне терапии, умеренная реактивная тревожность и, одновременно, спокойное реагирования на болезнь, копинг-стратегия «обвинение других». Факторами, снижающими вероятность формирования отсутствия мотивации к лечению, являлись: низкая реактивная тревожность и, одновременно, реагирование на болезнь тревогой, высокий уровень терапевтического альянса, наличие устойчивых целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу, а также удовлетворенность прожитым отрезком жизни, такая характерологическая черта, как «Настойчивость». Факторами, повышающими вероятность формирования высокой мотивации к лечению, являлись: низкая реактивная тревожность, эмоциональное реагирование на болезнь тревогой или спокойствием, наличие устойчивых целей в будущем, нацеленность на результат, такая черта темперамента, как зависимость от вознаграждения. Факторами, снижающими формирование высокой мотивации к лечению, являлись: длительность заболевания более года, копинг-стратегия обвинение других, низкий самоконтроль.

Полученные данные позволили предложить две теоретические модели психологических механизмов, формирующих отсутствие мотивации к лечению

(рис. 2). Первый обусловлен действием психологических защитных механизмов, направленных на снижение тревоги и проявляется недостаточным осознанием тяжести заболевания и принятия болезни, излишним оптимизмом и беспечностью по отношению к болезни. Второй связан с выбором неадаптивных когнитивных стратегий совладения с болезнью, что проявляется высоким уровнем тревоги, переживанием катастрофы по отношению к болезни и «параличом действий» по совладанию с болезнью.

На основе предложенных моделей психологических механизмов, формирующих отсутствие мотивации к лечению нами была разработана двухэтапная программа психокоррекции «Формирование мотивации к лечению».



Рисунок 2 - Модели психологических механизмов формирования отсутствия мотивации к лечению

Целью программы являлось формирование мотивации на лечение, лечебного альянса и создание перспективы нового образа жизни.

Первый этап программы – «Работа с мотивацией» был направлен на преодоление анозогнозии. С коррекцией 2 механизмов, связанных с низкой мотивацией: 1) защитных механизмов, обеспечивающих низкий уровень реактивной тревоги, 2) неадаптивных когнитивных стратегий совладания с болезнью, высокий уровень личностной тревоги. Для первого этапа психокоррекционной программы было отобрано 2 группы больных: группа 1, n=70, с отсутствием мотивации к лечению; группа 2, n=32, с высокой мотивацией к лечению. Больные из группы 1 прошли весь курс разработанной программы. С пациентами, включенными в группу 2 была проведена разовая консультация психолога, направленная на информирование о психологических аспектах заболевания и противовирусной терапии.

Второй этап программы – «Реабилитация» был направлен на удержание в терапии, снижение психологических последствий болезни и социальную адаптацию больного.

**Первый этап** психокоррекционной программы проходил в виде групповых занятий (12-14 человек), 1 раз в неделю (8 недель) и состоял из 4 разделов:

**1. Психообразовательный.** Информирование о заболевании, характере его развития и возможных последствиях, ПВТ.

**2. Работа с эмоциональной сферой.** Развитие способностей определять эмоциональное состояние, выражать чувства. Работа с тревогой, как фактором, влияющим на мотивацию к лечению.

**3. Когнитивный.** Принятие и совладание с болезнью. Практической основой психокоррекционного воздействия являлись приемы психологического дебрифинга с привлечением «опытных пациентов».

**4. Мотивационный этап.** Был построен на принципах мотивационного интервью.

Результаты динамики показателей мотивации к лечению по шкале «Оценка изменений Университета Род-Айленд» (URICA) в группах больных, участвующих (группа 1) и не участвующих (группа 2) в психокоррекционной программе, представлены в таблице 4. Как видно из таблицы к окончанию курса психокоррекционных мероприятий в группе 1, проходивших программу, значительно увеличилось количество больных с высокой мотивацией к лечению, что доказывает эффективность разработанной программы психокоррекции.

Таблица 4.

Динамика показателей мотивации к лечению по шкале «Оценка изменений Университета Род-Айленд» (URICA) у больных ХВГС

Уровень мотивации	группа 1, проходивших курс психокоррекции (n=70 чел.)		группа 2, не проходивших курс психокоррекции (n=32 чел.)	
	Начало курса	Окончание курса	Начало курса	Окончание курса
Отсутствие мотивации к лечению	100,0%	31,4%	84,4%	87,5%
Высокая мотивация к лечению	–	68,6%*	15,6%	12,5%

\* - различие статистически значимо при сравнении с началом курса (p<0,05)

Выявлено, что в процессе психокоррекционного курса (таблица 5) отмечается значимое снижение реактивной тревожности, негативно влияющей на мотивацию к лечению у больных ХВГС группы 1, и повышение таковой у больных из группы 2. Полученные данные отражают эффективность проводимых психокоррекционных мероприятий

Таблица 5.

Динамика показателей по шкале субъективной оценки реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина у больных ХВГС, проходивших курс психокоррекции

Тревожность	Группа 1, проходивших курс психокоррекции (n= 70 чел.)		Группа 2, не проходивших курс психокоррекции (n=32 чел.).	
	Начало курса	Окончание курса	Начало курса	Окончание курса
Реактивная	45,42±11,65	32,89±10,81*	43,34±10,3	46,21±9,45**
Личностная	46,11±11,59	37,03±7,94*	39,23±12,55	40,17±13,65

\* - различие статистически значимо при сравнении с началом курса ( $p<0,05$ ) \*\* - различие статистически значимо при сравнении с группой 1 ( $p<0,05$ )

Участие в психокоррекционной программе сказывало положительное влияние и на качество терапевтического альянса (таблица 6).

Таблица 6.

Динамика показателей опросника для оценки терапевтического альянса II НАq-II у больных ХВГС, проходивших курс психокоррекции

Показатель	группа 1, проходивших курс психокоррекции (n= 27 чел.)		группа 2, не проходивших курс психокоррекции (n=11 чел.)	
	Начало курса	Окончание курса	Начало курса	Окончание курса
Терапевтический альянс	79,31±11,28	97,02±10,26*	84,71±12,38***	63,42±11,24**

\* - различие статистически значимо при сравнении с началом курса ( $p<0,05$ )

\*\* - различие статистически значимо при сравнении с группой 1 ( $p<0,05$ )

\*\*\* - различие статистически значимо при сравнении с началом курса ( $p<0,05$ )

Полученные данные отражают достаточную эффективность программы психокоррекции для больных ХВГС. Дальнейшее сопровождение больных с ХВГС связано с появлением следующих проблем мотивации и лечения: редукция симптомов заболевания, длительность терапии, повышение внимания к побочным эффектам, а также социальные изменения в жизни больного. Работа с этими мишенями происходила на втором этапе психокоррекционной программы.

Для второго этапа программы, была отобрана группа больных ХВГС получающих ПВТ, у 71,7% пациентов, во время прохождения терапии, отмечалось снижение мотивации на лечение, нарушение лечебного режима.

С целью преодоления лечебного кризиса, проведен второй этап психокоррекционной программы «Реабилитация», оценена его эффективность. Выделено 2 группы: группа 1 n=27 – больные ХВГС на стадии «отсутствие мотивации», группа 2 n=11 – больные ХВГС на стадии «высокая мотивация».

**Второй этап** психокоррекционной программы проводился в виде групповых занятий (12-14 человек), 1 раз в неделю, 8 недель и состоял из 4 разделов:

**Подготовительный.** Работа с тревогой и информирование о болезни.

Для информирования пациентов ХВГС о заболевании привлекались врач-инфекционисты.

**Экзистенциальный.** Полученные нами данные по методике СЖО Леонтьева отражают наличие у больных ХВГС с высокой мотивацией на лечение, устойчивых целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. Указанные жизненные ценности использовались для формирования более глубокого уровня мотивации на лечение у больных ХВГС.

**Коммуникативный.** Развитие и поддержание терапевтического альянса. Больные ХВГС отмечают значимость доступности медицинского персонала. Для развития коммуникативных способностей пациентов, были использованы приемы поведенческого тренинга коммуникаций. Для развития доверия – «Слепой-поводырь», «Я тебя вижу», для развития способности самораскрытия – «Рондо».

**Социальный.** Осознание и формирование новой социальной реальности больного. Проводилось совместно с медицинским работником и опытным пациентом с гепатитом С. По желанию на данный этап приглашались принять участие родственники пациентов.

Результаты исследования по шкале «Оценка изменений Университета Род-Айленд» (URICA) в группах больных, участвующих (гр. 1) и не участвующих (гр. 2) в психокоррекционной программе 2 этапа представлены в таблице 7. Как видно из таблицы в группе больных, участвовавших в программе, отмечалось статистически достоверное увеличение количества больных на стадии «высокая мотивация», что говорит об эффективности проведенных мероприятий. В группе 1, не участвовавших в программе более половины больных демонстрировали снижение мотивации к лечению.

Таблица 7.

Динамика показателей мотивации к лечению по шкале «Оценка изменений Университета Род-Айленд» (URICA) больных ХВГС, проходивших курс психокоррекции (2 этап)

Уровень мотивации	Группа 1, (n= 27 чел.)		Группа 2, (n=11 чел.)	
	Начало курса	Окончание курса	Начало курса	Окончание курса
Отсутствие мотивации	100,0%	29,6%	–	54,5%
Высокая мотивация	–	70,4%*	100,0%	45,5%*

\* - различие статистически значимо при сравнении с началом программы ( $p<0,05$ )

При этом отмечалось достоверно значимое снижение показателей реактивной тревожности у больных ХВГС проходивших второй этап психокоррекционной программы, и повышение данного показателя у больных из группы 2, не участвовавших в программе (таблица 8).

Таблица 8.

Динамика показателей по шкале субъективной оценки реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина у больных ХВГС, проходивших курс психокоррекции (2 этап)

Тревожность	Группа 1, (n= 27 чел.)		Группа 2, (n=11 чел.)	
	Начало курса	Окончание курс	Начало курса	Окончание курса
Реактивная	45,42±11,65	32,89±10,81*	38,34±11,3	44,21±9,45**
Личностная	46,11±11,59	38,03±8,74*	36,23±12,45	37,19±12,65

\* - различие статистически значимо при сравнении с началом курса ( $p<0,05$ )

\*\* - различие статистически значимо при сравнении с группой 1 ( $p<0,05$ )

Улучшение качества контакта врач-больной было одной из важных задач нашей психокоррекционной программы. Участие в психокоррекционной программе значимо повышало уровень терапевтического альянса, чего не наблюдалось у больных группы 2, где уровень терапевтического альянса снижался (таблица 9).

Таблица 9.

Динамика показателей опросника для оценки терапевтического альянса II НАq-II у больных ХВГС, проходивших курс психокоррекции (2 этап)

Показатель	Группа 1 (n= 27 чел.)		Группа 2 (n=11 чел.)	
	Начало курса	Окончание курса	Начало курса	Окончание курса
Терапевтический альянс	79,31±11,28	97,02±10,26*	84,71±12,38	63,42±11,24**

\* - различие статистически значимо при сравнении с началом курса ( $p<0,05$ )

\*\* - различие статистически значимо при сравнении с группой 1 ( $p<0,05$ )

## ВЫВОДЫ

1. Внутреннюю картину болезни хронического вирусного гепатита С отличает специфика чувственного уровня, который в силу клинических особенностей болезни носит редуцированный характер, на что указывает существенное снижение выраженности интрацептивных ощущений у больных хроническим вирусным гепатитом С, по сравнению с больными желчнокаменной болезнью. Отсутствие явных болезненных ощущений, их диффузный характер затрудняет осознание их непосредственной связи с болезнью и снижает мотивацию к лечению, что подтверждается наличием отрицательной корреляционной зависимости средней степени ( $r=-0,310$ ,  $p<0,05$ ) между выраженностью интрацептивных ощущений и уровнем мотивации к лечению у больных хроническим вирусным гепатитом С.

2. Влияние эмоционального и когнитивного и мотивационного компонентов внутренней картины болезни, на формирование мотивации к лечению проявляется в виде двух типов реакций:

- сочетание низкого уровня тревоги и спокойного отношения болезни с излишним оптимизмом, отсутствием готовности к борьбе с когнитивной стратегией обвинение других и копинг-стратегией бегство-избегание, низкий уровень осмысленности жизни, отсутствие нацеленности на результат снижают уровень мотивации к лечению.

- сочетание высокого уровня тревоги с неадаптивными когнитивными стратегиями катастрофизация, руминация, обвинение других, недостаточном фокусировании к планированию действий, дистанцирование, а также низкий уровень осмысленности жизни, отсутствие нацеленности на результат снижают уровень мотивации к лечению.

3. Внутренняя картина болезни у больных хроническим вирусным гепатитом С, не получающих противовирусную терапию отличается существенно более высокими, в среднем на 16,6%, показателями реактивной тревожности и более низким, в среднем на 11,0% уровнем терапевтического альянса по сравнению с больными, получающими противовирусные препараты, что негативно влияет на мотивацию к лечению, появляясь отсутствием мотивации к лечению в 42,0% случаев. Среди больных проходящих противовирусную терапию также в 71,1%

случаев в процессе лечения отмечается снижение мотивации к лечению, обусловленное снижением субъективной значимости заболевания и сменой ближайших жизненных целей.

4. Такие черты характера, как направленность на сотрудничество, настойчивость, самонаправленность и зависимость от вознаграждения оказывают положительное влияние на мотивацию к лечению. Напротив, повышенный уровень импульсивности, проявляющийся неустойчивостью внимания, сниженным самоконтролем и затруднениями в решении сложных задач, а также недостаточная осторожность или напротив излишняя пассивность в своих действиях по отношению к своему здоровью снижают мотивацию на лечение и готовность к обращению за помощью.

5. Разработанная, на основе полученных в исследовании данных дифференцированная комплексная психокоррекционная программа, направленная на формирование мотивации к лечению на всех этапах сопровождения больного, позволяет эффективно снизить уровень реактивной тревоги в среднем на 27,7%, повысить уровень терапевтического альянса в среднем на 11,0%, повысить мотивацию на лечение у 68,6% больных хроническим вирусным гепатитом С.

### **Практические рекомендации**

Полученные в настоящем исследовании данные о клинико-психологических предикторах формирования мотивации к лечению могут быть использованы в клинике инфекционных болезней, а также в других клинических дисциплинах для своевременного выявления больных с отсутствием мотивации к лечению. Разработанная в процессе исследования программа психологической коррекции и психологического сопровождения может быть рекомендована для повышения уровня мотивации к лечению на различных этапах лечения и реабилитации больных хроническим вирусным гепатитом С.

### **Список публикаций по теме диссертации**

1. Огарев В.В., Малыгин В.Л. Факторы мотивации к лечению больных хроническим вирусным гепатитом С /Огарев В.В., Малыгин В.Л. //Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2017. – 2 (95). –С.14-17.
2. Огарев В.В., Малыгин В.Л. Особенности внутренней картины болезни и мотивации на лечение больных хроническим вирусным гепатитом С /Огарев В.В.,

Малыгин В.Л. Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2017. – N 2 (95). – С.60-69.

3. Огарев В.В., Дудина К.Р., Малыгин В.Л. Анализ частоты развития психопатологических расстройств у больных хроническим гепатитом С, получавших двойную противовирусную терапию /Огарев В.В., Дудина К.Р., Малыгин В.Л. //Психическое здоровье, 2014. –N. 11 -С.44-51.

4. Огарев В.В., Ющук Н.Д., Знойко О.О., Якушечкина Н.А., Дудина К.Р., и др. Оценка социально-экономического бремени гепатита С в Российской Федерации /Огарев В.В., Ющук Н.Д., Знойко О.О., Якушечкина Н.А., Дудина К.Р., Шутько С.А., Козина А.Н., Сафиуллина Н.В., Белый П.А., Луговских Е.А., Рахманова А.Г., Хубутия М.Ш., Пименов Н.Н., Чуланов В.П., Чесноков Е.В //Эпидемиология и вакцинопрофилактика, 2013. –N. 2 (69) –С.18-33.

5. Огарев В.В., Знойко О.О., Дудина К.Р., Козина А.Н., Шутько С.А., Калинина О.В., Ющук Н.Д. Диагностическая тактика и рекомендации по лечению больных хроническим гепатитом С, инфицированных генотипом вируса 2 ВГС /Огарев В.В., Знойко О.О., Дудина К.Р., Козина А.Н., Шутько С.А., Калинина О.В., Ющук Н.Д. //Лечащий врач, 2016. –N 2. –С.66-69.

6. Огарев В.В., Малыгин В.Л., Дудина К.Р. Анализ частоты развития депрессивных расстройств у больных ХГС, получавших двойную противовирусную терапию /Огарев В.В., Малыгин В.Л., Дудина К.Р. // Сборник научных трудов 62-й итоговой студенческой научной конференции 2014. –С.109.

7. Огарев В.В., Малыгин В.Л., Дудина К.Р. Особенности мотивации на лечение больных хроническим вирусным гепатитом С /Огарев В.В., Малыгин В.Л., Дудина К.Р. // Сборник научных трудов XXXVII Итоговой научной Конференции молодых ученых 2015. –С.236-238.

8. Огарев В.В., Малыгин В.Л., Дудина К.Р. Особенности мотивации и эмоционального реагирования на болезнь больных хроническим вирусным гепатитом С / Огарев В.В., Малыгин В.Л., Дудина К.Р. // Сборник научных трудов XXXVIII Итоговой научной Конференции молодых ученых 2016. –С.276-277.

9. Огарев В.В., Малыгин В.Л., Дудина К.Р. Особенности мотивации к лечению и эмоционального реагирования на болезнь больных хроническим вирусным гепатитом С / Огарев В.В., Малыгин В.Л., Дудина К.Р. // Сборник тезисов VIII Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням с международным участием 2016. –С.215.

10. Огарев В.В. Внутренняя картина болезни и мотивация к лечению больных хроническим вирусным гепатитом С /Огарев В.В.//Сборник научных трудов XXXIX Итоговой научной Конференции молодых ученых 2017 – С.297-298.