

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ А.И. ЕВДОКИМОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
МАЛЫГИН Владимир Леонидович

Научный консультант:
доктор медицинских наук, доцент
ДУДИНА Кристина Романовна

Москва – 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ:

ВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	11
1.1 Общая характеристика и клинические особенности течения хронического вирусного гепатита С.....	11
1.2 Нежелательные явления хронического вирусного гепатита С.....	15
1.3 Внутренняя картина болезни больных хроническим вирусным гепатитом С .	19
1.4 Современные представления о мотивации к лечению больных хроническим вирусным гепатитом С.....	26
1.5 Современные подходы повышения мотивации к лечению больных хроническим вирусным гепатитом С.....	33
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	37
2.1. Методологические принципы и подходы исследования	37
2.2 Общая характеристика обследуемых	37
2.3 Основные этапы и методы исследования	48
2.4. Психодиагностические методики исследования	51
2.5 Статистические методы исследования	57
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	59
3.1 Особенности внутренней картины болезни и мотивации к лечению больных хроническим вирусным гепатитом С	59
3.1.1 Чувственный компонент внутренней картины болезни	59
3.1.2 Эмоциональный компонент внутренней картины болезни	61
3.1.3 Когнитивный компонент внутренней картины болезни	65
3.1.4 Мотивационный компонент внутренней картины болезни.....	70
3.1.5 Влияние особенностей характерологических черт на мотивацию к лечению	72
3.1.6 Многофакторная модель мотивации к лечению у больных ХВГС (на основе процедуры логит-регрессия модуля нелинейное оценивание)	75
3.2. Внутренняя картина болезни и мотивация на лечение у больных ХВГС	

получающих и не получающих противовирусную терапию	85
3.2.1 Чувственный компонент внутренней картины болезни	86
3.2.2 Эмоциональный компонент внутренней картины болезни	87
3.2.3 Когнитивный компонент внутренней картины болезни	89
3.2.4 Мотивационный компонент внутренней картины болезни	91
3.3 Психологическая коррекция мотивации к лечению у больных хроническим вирусным гепатитом С	96
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	110
ВЫВОДЫ	116
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	118
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	119
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	120
ПРИЛОЖЕНИЯ	140

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность и степень разработанности темы исследования

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). Как известно эффективность лечения зависит не только от назначенного курса терапии, но и от степени мотивации пациента к лечению, и 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 пациента от лечения (Данилов Д.С. 2014, Тихонова Ю. Г. 2009, Nakamura T. 2007, Valentine A. D. 2005, Meyers C. A. 2005). Кроме этого, стигматизация, стресс, связанный с информацией о болезни, тревога и депрессия также способствуют 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 правильному режиму лечению и снижению побочных эффектов.

Клинические рекомендации по ведению пациентов с гепатитом С включают: регулярное посещение врача, прохождение лабораторных тестов, прохождение психиатрического обследования, отказ от употребления алкоголя

(Monto A, Patel K, Bostrom A et al. 2004) ограничения в приеме пищи и физической нагрузки (Hickman IJ, Jonsson JR, Prins JB et al. 2004). В то же время у многих пациентов может не хватать навыков или знаний, чтобы выполнить эти рекомендации (Groessl EJ, Weingart KR, Kaplan RM, et. al. 2008).

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, Максимова М.Ю. и соавт. 2014, Подосинова Т.В. 2011, Ильмухина Л.В., Киселева Л.М. 2009, Каминская С.Н. 2005).

Остаются малоисследованными связи мотивации на лечение с различными компонентами внутренней картины болезни. Практически не изучено влияние преморбидных психологических свойств больных на адаптацию к заболеванию, формированию мотивации и приверженности к лечению. Не отражены гендерные особенности восприятия болезни и совладания с нею. Недостаточно описано влияние различных факторов на формирование 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 характерологических 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 исследования

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 хроническим вирусным гепатитом С 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 динамике 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. Данные проведенного исследования являются научным обоснованием разработки и практического применения психокоррекционных программ, мотивирующих пациентов на лечение, психологического сопровождения и поддержания мотивации к лечению больных хроническим вирусным гепатитом С, 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.

Участие в программе повышает мотивацию к лечению, улучшает качество

жизни больных, создает более доверительные отношения с медицинским персоналом.

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.

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: 1) сочетанием низкого уровня тревоги, оптимизма, пассивного отношения к лечению, дезадаптивными стратегиями совладания «бегство-избегание» и 2) 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.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты, полученные в ходе исследования внедрены в практическую работу ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница №1 ДЗ г. Москвы» и в ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница №2 ДЗ г. Москвы», в педагогический процесс кафедры психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии и кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ.

Апробация работы

Основные положения, выводы и результаты исследования докладывались и обсуждались на заседаниях кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава РФ. Материалы исследования были представлены в публикациях и докладах 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). Диссертация апробирована на совместном заседании кафедр «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

Основные положения представлены в 10 научных работах, из них 5 опубликованы в рекомендованных журналах ВАК.

Объем и структура диссертации

Диссертация состоит из введения, трех глав («Обзор литературы», «Материалы и методы исследования», «Результаты собственных исследований»), заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложения. Работа содержит 168 страниц текста, включая приложения. Содержит 48 таблиц и 4 рисунка. Список литературы состоит из 180 источников, из них 84 отечественных и 96 зарубежных авторов.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1 Общая характеристика и клинические особенности течения вирусного гепатита С

Вирусный гепатит С (ВГС) представляет собой антропонозную инфекционную болезнь, характеризующуюся гемоконтактным механизмом передачи возбудителя, легким или субклиническим течением в остром периоде болезни, а также частым формированием хронического гепатита С, с возможным развитием цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы [78], лечение которых требует трансплантации печени [92].

Коды по МКБ – 10: B17.1 - острый гепатит С; B18.2 - хронический гепатит С.

На настоящий момент распространенность ВГС в мире изучена достаточно подробно, однако существуют пробелы, свидетельствующие об отсутствии достаточной информации об этом заболевании. В мире насчитывается около 200 млн человек, страдающих хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС). Россия относится к странам, в которых от 2% до 3% населения инфицированы этим вирусом. У 80% лиц, перенёвших острую форму болезни, происходит формирование хронического гепатита.

С начала двухтысячных инфицированность хроническим вирусом гепатита С на территории РФ увеличилась более чем в три раза. По данным ЦНИИ Эпидемиологии, за весь период официальной регистрации инфекции в РФ было выявлено суммарно более 500 тыс. больных ХВГС и 1,8млн носителей вируса гепатита С [51]. Согласно официальной статистике Роспотребнадзора, в 2016 году зарегистрировано 1807 случаев заболевания острой формой гепатита С и 52 887 – хронической [72].

Единственный источник возбудителя инфекции – человек, больной острым или хроническим гепатитом. Вирусный гепатит С относится к кровоконтактным инфекциям. Механизмы заражения включают естественный, вертикальный,

контактный и искусственный. Заражение искусственным путем происходит при переливании инфицированной крови и при любых парентеральных манипуляциях (медицинского и немедицинского характера), которые сопровождаются нарушениями целостности кожи и слизистых оболочек, при условии, если манипуляция проводилась инструментами, которые ранее контактировали с кровью, содержащей вирус гепатита С и не были стерилизованы.

Естественный путь заражения вирусным гепатитом С встречается реже, чем при вирусном гепатите В, так как при гепатите В концентрация HCV в биологических субстратах более низкая. Вероятность заражения ребёнка от инфицированной матери - 2%, при наличии РНК HCV в крови беременной риск заражения увеличивается до 7%, употребление наркотиков повышает вероятность заражения до 10% и до 20%, если у беременной регистрируют коинфекцию HCV и ВИЧ. Грудное вскармливание возможно при отсутствии трещин на сосках. Вирус гепатита крайне редко передается от ребёнка к ребёнку, следовательно, нет ограничений для ребенка в посещении школы и занятиями контактными видами спорта. Отсутствует необходимость ограничения всех бытовых контактов, кроме тех, которые влекут за собой контакт с зараженной кровью (общая зубная щетка, бритва, маникюрные принадлежности и др.).

Инфицирование половым путем происходит настолько редко, что некоторые специалисты не считают использование презервативов обязательным, однако с увеличением количества половых партнеров, возрастает вероятность заражения.

Частота заражения вирусом гепатита С повышена у людей, злоупотребляющих психоактивными веществами, бездомных и принадлежащих к бедным слоям населения [104, 117, 164, 165]. Особое внимание привлекает к себе распространенность заражения вирусом гепатита С при внутривенном введении наркотических препаратов и не соблюдении правил безопасной инъекционной практики. Большинство вновь зарегистрированных больных ОГС (70-85%) указывают на наличие в анамнезе внутривенного использования наркотических средств. Увеличение количества инфицированных вирусным гепатитом С в

России в 90-х годах обусловлено распространением наркомании. В настоящее время около 3 миллионов лиц, употребляют наркотические и психотропные вещества. Данная группа лиц особо опасна как источник гепатита С так как среди них число анти-НСV позитивных увеличилось за последние годы в 3-4 раза. Также группу риска составляют следующие пациенты: больные с онкологической и гематологической патологией и другие, находящиеся на длительном и многократном стационарном лечении, медицинский персонал, который имеет контакт с кровью, и доноры. Также известны случаи заражения НCV при переливании инфицированной крови, но в последнее время определение анти-НСV у доноров стало обязательным, что привело к сокращению числа, зараженных после гемотрансфузий до 1-2% из всех случаев инфицирования. В последние годы внедрен метод карантинизации препаратов донорской крови, так как использование метода иммуноферментного анализа (ИФА) не исключает вероятность передачи инфекции гепатита С. Имеется опыт проведения за рубежом тестирования донорской крови на наличие РНК НCV методом ПЦР. Следует помнить, что инфицирование возможно не только при различных медицинских манипуляциях, но и при проведении косметологических процедур [78].

Длительность инкубационного периода вирусного гепатита С составляет от 2 до 12 недель, а в ряде случаев и до 26 недель. Болезнь может протекать полностью бессимптомно. Желтушный синдром отмечается лишь в 14-37 % случаев.

Для гепатита С характерно постепенное начало заболевания. Интоксикация в преджелтушном периоде слабо выражена или полностью отсутствует. Основные симптомы проявляются слабостью, легкой тошнотой, снижением аппетита, иногда ощущение тяжести в эпигастрии и правом подреберье, что нередко встречается при других гастроэнтерологических заболеваниях и может затруднять своевременное обращение больного за помощью. Преджелтушный период в среднем длится около 10 дней. Для желтушного периода характерны незначительная общая интоксикация и минимальные проявления желтухи,

длящейся 10 -20 дней. Также возможны и фульминантные формы вирусного гепатита С.

Из-за преобладания легких форм, частых случаев перехода болезни в хроническую форму, риска развития гепато-карциномы гепатит С принято называть "ласковый убийца".

Естественная восприимчивость людей к ХВГС высока. Вероятность заражения во многом зависит от размера инфицирующей дозы. Антитела, которые выявляются у инфицированного больного, не обладают защитными свойствами, а их обнаружение не означает, что иммунитет сформирован (повторное инфицирование HCV возможно как иным, так и гомологичным штаммом).

По своей генетической структуре (структура РНК), вирус гепатита С подразделяется на несколько генотипов («видов»), в настоящее время достоверно известно шесть, при этом каждый генотип включает один или несколько подтипов. Обычно, человек инфицирован только одним генотипом, но на самом деле генотип - это «смесь» близких по строению вирусов, называемых квази-видами. Эти самые квази-виды очень быстро мутируют, при этом вырабатывается невосприимчивость к лекарственным средствам. Эта особенность вируса гепатита С объясняет сложность лечения и отсутствие эффективной вакцины.

Наиболее распространенным в России является генотип 1b, далее генотипы 3, 2 и 1a (по убыванию распространенности).

Генотип является важным фактором в определении длительности лечения гепатита С. На данный момент оптимальный вариант лечения - это терапия с применением интерферона и рибавирина, в кругу специалистов, называемые «золотым стандартом» [3, 4, 14]. При генотипе 2 и 3 длительность лечения комбинацией интерферона и рибавирина, как правило, составляет 24 недели (около полугода). Терапия при генотипе 1, как правило, длится дольше и в зависимости от результатов ПЦР анализа, составляет 24, 36 или 48 недель (от полугода до года) [174].

Генотип важен не только для определения длительности лечения, но и для выбора препаратов и расчета их доз. Рекомендованная доза рибавирина для

больных с генотипом 2 и 3 составляет 800 мг/сутки, а при генотипе 1 она может варьироваться от 800 мг/сутки до 1400 мг/сутки в зависимости от веса тела. Считается, что генотип 1b обуславливает более тяжелое течение ХВГС и хуже поддается лечению. Так, например, пациенты с 1b генотипом с высокой «вирусной нагрузкой» и фиброзом печени на стандартную терапию практически не отвечают [102].

Не стоит забывать о том, что проводимое лечение сопровождается частыми побочными эффектами, а также большими финансовыми затратами, что приводит к снижению приверженности пациентов к лечению. Именно поэтому исследователи заинтересованы не только в повышении эффективности противовирусной терапии, но и в снижении частоты развития побочных эффектов, проявляющихся во время лечения [131, 136, 143].

Хроническая HCV-инфекция – это масштабная медико-социальная проблема нашего времени. Этот факт подтверждают её широкое распространение в России и мире. Постоянно регистрируются новые случаи инфицирования вирусом гепатита С, высок риск неблагоприятного исхода заболевания (с формированием цирроза печени и карциномы печени (гепатоцеллюлярной карциномы - ГЦК). Кроме того, свой вклад вносят высокие затраты на лечение в сочетании с отсутствием возможности вакцинации [10, 125, 159]. Полноценно оценить масштаб проблемы невозможно, так как в нашей стране не ведётся официальная регистрация вирусных циррозов. Но, отмечая высокий рост заболеваемости ХВГС, можно спрогнозировать значительное увеличение числа больных с неблагоприятными исходами [75, 77, 80].

1.2 Нежелательные явления хронического вирусного гепатита С

Депрессивное расстройство, которое также называется клинической депрессией, часто является единственным симптомом хронического гепатита С, появляющимся еще до определения основного диагноза, и является одним из внепеченочных проявлений вирусного гепатита, который сейчас принято

рассматривать как системное заболевание с множеством внепеченочных соматических и психических проявлений.

Депрессивные расстройства, которые чаще всего наблюдаются у больных ХВГС, следует отнести к категории промежуточных (лекарственных) депрессий. Однако, у больных вирусным гепатитом С она нередко проявляется в период до инициирования ПВТ. Положительный результат определения маркеров ХВГС является сильным стрессовым фактором, что способствует еще большему снижению настроения [180]. Как известно при инфицировании больного активируются интерфероновый механизм и цитокиновая система, которые являются фактором риска развития депрессии. Существует гипотеза, предполагающая иммунное подавление активности серотонинэргической системы, что может способствовать развитию депрессивных симптомов [8, 49].

Типичным проявлением депрессии является классическая депрессивная триада: тоска, моторная и идеаторная заторможенность. Признаки триады, как правило, равно выражены. Характерной чертой указанного типа депрессий является чувство «витальности» переживаний. Больные жалуются на ощущение физической тоски. События прошлого, настоящего и будущего расцениваются в мрачных красках. Самооценка больных резко снижена; часто больные высказывают идеи самоунижения, самообвинения и осуждения. Депрессивные идеи иногда имеют не бредовый, а сверхценный характер, особенно на начальных этапах развития синдрома. Больные крайне преувеличивают свои недостатки, мелкие факты из прошлого, придавая им первостепенное значение. Типичные для данного синдрома являются отчетливые суточные колебания настроения с улучшением во второй половине дня. В периоды вечерних улучшений часто уменьшается интенсивность сниженной самооценки и депрессивных идей. Характерны также соматические расстройства: запор, утомляемость, боли в мышцах, сухость слизистых оболочек, расстройства сна и аппетита, потеря веса.

На данный момент ПВТ является единственным эффективным методом лечения ХВГС. Однако, ПВТ имеет ряд побочных эффектов, которые значительно снижают качество жизни (далее - КЖ) пациентов [119, 120]. По результатам

клинических испытаний, лечение гепатита С может привести к полному излечению в высоком % случаев [112, 113], но в обычной врачебной практике отмечается существенно более низкая частота полного излечения [130].

В настоящее время стандартом лечения ХВГС является комбинированная терапия пегилированным интерфероном и рибавирином. Применение в лечении ХВГС «золотого стандарта» сопровождается множеством нежелательных реакции, возникающих на фоне терапии, наиболее распространенными из которых являются гематологические нежелательные явления и интерферон-индуцированная депрессия.

Противовирусное лечение интерферонами требует длительного четкого выполнения пациентом рекомендаций лечащего врача, а также готовность к временному соматическому и эмоциональному дискомфорту, т.к. применение интерферонов более чем у половины пациентов провоцирует возникновение психоэмоциональных нарушений (интерферон-индуцированная депрессия). Основные проявления интерферон-индуцированной депрессии - это снижение настроения, заторможенность, гиперсомния или бессонница, эмоциональная лабильность, повышенная утомляемость, ангедония, раздражительность, потеря аппетита, когнитивные нарушения, астения, редко - маниакальное или психотическое состояние [9, 22, 89, 103, 131, 143].

Частота аффективных расстройств колеблется в пределах от 23% до 57%, при этом наиболее часто развивается депрессия, и количество этих случаев увеличивается при лечении больных с отягощенным психиатрическим анамнезом [11, 17, 23, 26, 35, 38, 88, 103, 107, 124, 131, 132, 135, 137, 140, 145, 149, 152, 156, 161]. Депрессии, развивающиеся при проведении ПВТ у больных ХВГС, отличаются быстротой развития, значительной тяжестью и суицидальным риском. Наличие психических расстройств до момента начала лечения до сих пор остается для многих врачей основным для отказа от проведения ПВТ.

Нейтропения среди других лабораторных изменений, является наиболее частым побочным (18-20%) эффектом ПВТ.

Также, пегилированные интерфероны могут способствовать развитию

аутоиммунных заболеваний или ухудшать течение аутоиммунных расстройств.

Гемолитическая анемия - наиболее частый побочный эффект рибавирина. Коррекция дозы препарата необходима в таком случае для 9–15% пациентов.

Эритроцитарные факторы роста (эритропоэтин) могут немного улучшить самочувствие больных и уменьшить необходимость снижения дозы, однако положительный эффект в отношении достижения УВО не подтвержден доказательными данными; не доказана безопасность их применения. Применение их, хотя и редко, приводит к тромбозам, красноклеточной аплазии, прогрессированию ряда онкологических заболеваний и наступлению смертельного исхода.

Около 75% пациентов во время лечения ИНФ имеют гриппоподобные побочные симптомы, проявляющиеся мышечными и суставными болями, головной болью, ознобом и повышением температуры тела. Наиболее часто указанная симптоматика наблюдается в течение 2-24 часов после выполнения инъекции. Симптомы наиболее выражены в начале курса лечения.

ПВТ приводит к нарушению сна у многих пациентов. Отсутствие сна приводит к другим побочным эффектам: головная боль, слабость, раздражительность, ухудшение настроения.

На фоне проводимого лечения пациент может чувствовать тревожность и нервное напряжение. Это может быть побочным эффектом препаратов и его сложно предупредить. Многие пациентов начинают раздражать вещи, не вызывающие в обычных случаях эмоциональной реакции. Такое может случаться и с теми людьми, которые ранее отличались спокойным характером. Пациент может обнаружить, что кричит на людей в транспорте, хотя это ранее никогда с ним не случалось. Чувство беспомощности и виновности сопровождает многие хронические заболевания, в том числе и хронический гепатит С. Прием ИНФ приводит к появлению депрессивной симптоматики, тяжесть которой может колебаться от умеренного снижения настроения, до клинически очерченной депрессии, в 1-4% случаев отмечаются суицидальные действия. Большой депрессивный эпизод в соответствии с критериями DSM-IV, возникает у 23,2-

40,7% больных [161]. При развитии психической симптоматики рекомендуется консультация психиатра. Так, Е.Н. Никулкина и соавт. (2004) отмечают, что при комбинированной ПВТ пегилированным интерфероном и рибавирином у 29 пациентов с хроническим вирусным гепатитом депрессивные расстройства отмечались в 41,4% случаев [48]. Психоэмоциональные нарушения представляют собой целый спектр различных симптомов. Но в скором времени, после завершения лечения все побочные эффекты полностью исчезают [63]. В тоже время многие авторы считают, что при развитии депрессивной симптоматики следует прекратить лечение интерфероном [21, 23, 38, 50, 107, 152, 154, 168].

1.3 Внутренняя картина болезни больных хроническим вирусным гепатитом С

В настоящее время, среди множества понятий, позволяющих описать и отразить суть системы отношений «личность-болезнь» наиболее изученной в отечественной литературе является концепция внутренней картины болезни (ВКБ). Множество теорий ВКБ стали теоретическим базисом в многочисленных исследованиях той или иной патологии [1, 2, 12, 13, 20, 27, 28, 30, 36, 39, 53, 59, 60, 64, 65, 66, 73, 74, 81, 83, 84].

Апогеем в исследованиях ВКБ стали труды немецкого ученого, физиолога Альфреда Гольдшейдера (1929), в которых описывается механизм изменения психической деятельности на фоне заболевания и реакция личности на него [118].

По А. Гольдшейдеру, психическое отражение человеком своего заболевания складывается из аллопластической (объективной) картины болезни, т.е. комплекса действительных морфологических и функциональных изменений организма и аутопластической (субъективной) картины заболевания, т.е. сочетания субъективных представлений и переживаний на фоне болезни, которые разделяются на два уровня - сенситивный (включающий эмоции и переживания в связи с болезнью) и интеллектуальный (комплекс знаний и представлений о заболевании) [118].

В работах выдающегося терапевта, профессора Р.А. Лурии (1977)

представления А. Гольдшейдера о субъективности реакции личности на болезнь получили дальнейшее развитие. Отечественный исследователь считает неправильным говорить отдельно о субъективных жалобах и объективных симптомах болезни, а предлагает рассматривать внешнюю и внутреннюю картину болезни. Внешнюю картину болезни автор рассматривает не только как подробный детализированный внешний вид больного, играющий важную роль в диагностике, но и все данные, которые врач способен получить, используя доступные ему методы исследования, включая результаты клинических показателей и анализов. В соответствии с определением Р.А. Лурия, внутренняя картина заболевания - это «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом его к врачу, — весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [32].

Однако стоит отметить, что ВКБ, в первую очередь, представляет детальное изучение личности пациента, а не только сводится к сбору анамнеза пациента. В структуре реагирования личности на болезнь Лурия Р.А. отмечает два уровня: сенситивный и интеллектуальный. Сенситивный уровень определяется сложным комплексом телесных ощущений, переживаемых пациентом во время болезни, который играет в формировании внутренней картины болезни, обеспечивая центростремительный поток импульсов от внутренних органов в психику больного. Интеллектуальный уровень по мнению авторов обеспечивает центробежное движение, в рамках которого психика способна вмешиваться в течение болезни и психологический генез симптоматики. Интеллектуальный уровень является собственным продуктом психики больного, некоей надстройкой по отношению к сенситивному уровню, являясь некоей системой когнитивных представлений больного об имеющемся болезненном состоянии, причине его возникновения, характере течения, возможных исходах, а также о роли болезни в

жизни пациента, способах преодоления связанного с болезнью стресса.

Заболевания ятрогенного генеза, по мнению Р.А. Лурия - яркий пример формирования внутренней картины болезни. На фоне имеющейся психотравмы – часто недостаточной или малопонятной для пациента информации о заболевании, происходит формирование когнитивной конструкции субъективного представления, в результате у инфицированного происходят изменения и выстраивание новых телесных ощущений, и даже появляются нарушения в функционировании органов [32].

Исследователями Р. Конечным и М. Боухалом (1982) термин «аутопластическая картина болезни» использовался не только для подчеркивания «горизонтального расчленения» картины болезни на уровни (сенситивный, эмоциональный, волевой, рационально-информативный), которые во многом обусловлены аффективным реагированием больного. Также авторы выдвинули гипотезу «вертикальной» классификации типов картины болезни, включающей нормальную (соответствующую объективному состоянию пациента); пренебрежительную (отражающую недостаточную оценку степени тяжести заболевания); отрицающую (связанную с игнорированием наличия заболевания); нозофобную (осознание преувеличенности опасений, которые, однако, не могут быть преодолены пациентом); ипохондрическую (характеризуемую погружением и уходом в болезнь); нозофильную (с получением удовольствия от болезни в результате избегания обязанностей); утилитарную (с получением материальной или моральной выгоды от наличия заболевания) [29].

Положения психологии отношений В.Н. Мясищева (1960) стали основой для дальнейшего развития концепции ВКБ. С этой точки зрения внутреннюю картину болезни можно рассмотреть, как результат адаптации личности к условиям жизни, продиктованным заболеванием, определяющий контроль психического функционирования и поведения пациента. Автор считает, что внутренняя картина болезни является «акцептором результатов», который отражает возникшие явления болезни и определяет дальнейшее их развитие [37].

Внутренняя картина болезни с точки зрения Т.Н. Резниковой и В.М.

Смирнова (1976, 1983) является психологическим феноменом, который включает в себя внутриличностный психологический компонент и определенную нейрофизиологическую основу. Представления о ВКБ были расширены авторами, предложившими понятие «церебральное информационное поле болезни». Основой этого понятия является «схема тела», в которой произошли изменения, связанные с болезнью и на основе которой происходит формирование «психологической зоны информационного поля болезни» [57, 61].

Тип эмоционального отношения человека к собственному телу и проявляющиеся через него признаки заболевания, имеют особое значение в формировании ВКБ [62].

В.А. Ташлыков (1997) считает, что ВКБ определяется наличием когнитивного, эмоционального и мотивационно-волевого аспекта и выполняет защитную функцию, которая проявляется в снижении эмоционального напряжения и в преодолении трудностей, вызванных болезнью.

Соматическая и психогенная концепция болезни формирует когнитивный аспект ВКБ, образующийся в результате анализа патологических ощущений и переживаний пациентом. Соматическая концепция является следствием доминирующего представления больного об органических нарушениях функционирования нервной системы или внутренних органов. Психогенная концепция раскрывает представления больного о причине своего заболевания, которая связана с самооценкой жизненных трудностей и взаимоотношением с обществом. Защитное функционирование личности приводит к тому, что больные видят причину своей психотравматизации вовне, при этом они отрицают свою роль в развитии конфликтных ситуаций и отношений [67].

Депрессивный и фобический типы доминирующего переживания болезни, являются составляющими эмоционального аспекта. Заключительным, определяющим особенности ВКБ, по мнению Ташлыкова В.А., является мотивационно-волевой аспект, проявляющийся механизмами психологической защиты и копинга в связи с болезнью, приверженностью к терапии и уровнем комплаенса [67].

Л.И. Вассерман и соавт. (2008) предлагают рассмотреть ВКБ как «структурно сложный многомерный психологический феномен, являющийся ключом к пониманию переживаний, уровня и конкретных механизмов нарушения психической адаптации пациента в связи с заболеванием» [6, 7]. Также картина болезни оказывает влияние на многие сферы качества жизни пациента.

Среди множества имеющихся подходов, позволяющих описать внутреннюю картину болезни, наиболее теоретически и методологически обоснованными являются многоуровневые теоретические модели внутренней картины болезни, разработанные представителями отечественными клиническими психологами В.В. Николаевой (1987); А.Ш. Тхостова и Г.А. Ариной (1990), и послужившие основой данного исследования.

В продолжение исследований А.Ш. Тхостова В.В. Николаева (1976, 2009) определяет ВКБ как психическое отражение болезни в психике заболевшего. Автор выделяет следующие уровни в структуре ВКБ: чувственный, эмоциональный, когнитивный и мотивационный:

Чувственный уровень определяется содержанием перцептивных переживаний больного в связи с заболеванием и проводимым лечением.

Эмоциональный уровень характеризуется аффективным реагированием больного на наличие болезни, сопровождающие ее симптомы и последствия.

Когнитивный уровень связан со знаниями больного о своей болезни и ее тяжести, а также представлением о причинах заболевания и о его возможных последствиях.

Мотивационный уровень определяет отношение больного к своей болезни, а также изменение поведения и образа жизни в условиях болезни, деятельность больного, направленного на восстановление здоровья [40, 41, 44, 45].

Между уровнями возможно существование различных соотношений. Особое внимание следует уделить следующим понятиям: «адекватность» и «редукция» ВКБ. Адекватность определяют, как соответствие (но не совпадение) объективных показателей течения заболевания его субъективному отражению. Редукция - это недооценка внешней картины болезни для «облегчения»

переживаний, составляющих внутреннюю.

По определению В.В. Николаевой болезнь - это реализация психического профиля личности в определенных жизненных условиях. Автор обращает внимание на индивидуальность психического профиля личности и предопределенность его конституцией и наследственностью [43].

Наиболее важные факторы, оказывающие влияние на формирование ВКБ: преморбидная личность больного, актуальная жизненная ситуация, прогностические признаки, оказывающие особое влияние на формирование аномальных психических состояний, личностных расстройств и характерологических сдвигов.

Исходя из этого, ВКБ стоит рассматривать так же, как и вторичный симптомокомплекс, нередко осложняющий течение болезни и препятствующий успешности проводимого лечения, замедляющий процесс реабилитации и часто выступающим в роли инвалидизирующего фактора. Именно поэтому ВКБ - центральное психологическое образование, требующее в первую очередь психокоррекционных воздействий [42].

В исследованиях А.Ш. Тхостова и Г.А. Ариной (1990) ВКБ рассматривается как сложное многоуровневое динамическое образование, не являющееся простым отражением внешней, объективной картины заболевания, в формировании которого значимую роль играет познавательная деятельность больного (соматоперцепция). Кроме того, составляющие ВКБ компоненты рассматриваются не автономно, а в тесной взаимосвязи.

Авторы подразделяют ВКБ на несколько компонентов. Во-первых, выделяют чувственную ткань, характеризуемую неопределенными и труднолокализуемыми ощущениями, исходящими от внутренних органов и имеющими эмоциональную окраску. Эти ощущения составляют сенсорный базис ВКБ и могут проявляться как болями, так и чувством дискомфорта. Авторы уделяют особое внимание семантическим особенностям интрацепции. Во-вторых, определяют «первичное означение», т.е. определение ощущений в рамках модальности, локализации, степени выраженности и др. Таким образом

ощущения становятся вербально оформленными, конкретными и тем самым доступными для оперирования ими на уровне сознания. В-третьих, происходит «вторичное означение», в рамках которого наблюдаемые субъективные ощущения встраиваются в «концепцию болезни» и интерпретируются вне рамок перцептивной квалификации, с формированием собственного представления о причинах возникновения заболевания, поражении отдельных органов и т.д). Этот уровень означения определяется имеющимися культурными взглядами на различные болезни, «мифами о болезнях», представлениями о причинах их происхождения и методах лечения. В качестве четвертого компонента авторы выделяют личностный смысл заболевания, т.е. влияние болезни на потребности и мотивацию, повседневную деятельность человека. Личностный смысл болезни представляет собой взаимосвязь проявлений заболевания и мотивов деятельности больного. Данный компонент является определяющим для формирования поведенческих установок на фоне осмысления процесса лечения. Тхостов А.Ш. выделяет позитивный, негативный и смыслы, приписываемые пациентом болезни [69, 70].

Выделенные уровни функционирования ВКБ представляют собой одновременно и этапы ее формирования. Это динамическая система, составленная из тесно взаимодействующих чувственной ткани и личностного смысла.

Исходя из вышеизложенного, внутреннюю картину болезни можно определить как субъективное отношение больного к имеющемуся патологическому состоянию, которое формируется на уровне внешнего проявления заболевания, неприятных или болезненных ощущений, а также субъективного восприятия механизмов их формирования, степени выраженности и значимости для будущего, с учетом типа реагирования на болезнь [70].

Эффективность терапии больных хроническим вирусным гепатитом С характеризуется тесной взаимосвязью с мотивацией и приверженностью пациентов к лечению [18, 19]. В тоже время повышение уровня приверженности к лечению и готовности к совладанию с болезнью невозможно без знания особенностей совладающего с болезнью поведения пациента и понимания

феномена ВКБ.

1.4 Современные представления о мотивации к лечению больных хроническим вирусным гепатитом С

Бессимптомное течение гепатита С, большое количество побочных эффектов противовирусной терапии, приводящих к снижению качества жизни, и высокая стоимость препаратов снижают мотивацию больных к лечению и нередко приводят к полному отказу пациента от лечения [16, 68, 91, 108, 143, 146, 150, 157, 177].

Кроме этого значительное число пациентов не получает лечение из-за противопоказаний, отказов от лечения, неудачного лечения или в отношении них проводится выжидательная тактика [123].

Согласно оценкам, лишь 20% больных делали попытки приема противовирусной терапии [130]. Совершенно очевидно, что эффективность лечения зависит не только от назначенного курса терапии, но и от степени мотивации пациента к лечению, и его приверженности к терапии. В свою очередь мотивация к лечению непосредственным образом связана с внутренней картиной болезни, формирование которой может определяться различными факторами: личностными характеристиками и преморбидными особенностями пациента; природой и специфическими особенностями болезни; характеристиками лечебного процесса; социально-психологическими факторами – на уровне изменения привычных межличностных взаимодействий и социального статуса пациента. Мотивация на лечение и совладание с болезнью больных вирусным гепатитом С в отечественных исследованиях до настоящего времени является недостаточно разработанной. Изучены лишь отдельные факторы, влияющие на мотивацию к лечению и стратегии совладания с болезнью пациентов с ХВСГ [5, 24, 25, 33, 46, 47, 53, 55, 71].

В частности, в диссертационном исследовании Т.С. Подосиновой, отмечается недостаточная включенность телесного компонента в картину

внутренней картины болезни (ВКБ) больных вирусным гепатитом С, что затрудняет осознание ими болезни и мотивацию их на лечение, так как заболевание гепатитом не находит у них отражения на чувственном уровне ВКБ [53]. В исследовании М.Ю. Максимовой и соавт. (2014) описывается влияние характерологических свойств на мотивацию к лечению больных ХВГС. Авторы описали при ХВГС различные типы отношения пациентов к заболеванию с учетом имеющихся личностных особенностей. Авторами были выделены следующие три характерологических типа личностных девиаций: эмоционально нестабильный, тревожный и шизоидный. Пациенты первого типа характеризовались импульсивностью, склонностью к деструктивному и аутодеструктивному поведению, а также снижением социальной адаптации. Для пациентов с эмоциональной нестабильностью были свойственны анозогностический, эгоцентрический и дисфорический варианты отношения к болезни. Для пациентов с эмоциональной нестабильностью были свойственны анозогностический, эгоцентрический и дисфорический варианты отношения к болезни. Низкий уровень приверженности к лечению выражался в регулярных пропусках очередных визитов в клинику. В группе больных тревожного спектра преобладали психастенические, тревожные и ананкастные характерологические черты. У больных ХВГС тревожного спектра отмечалось преобладание тревожного, неврастенического и ипихондрического отношения к заболеванию, а приверженность к лечению носила хотя и высокий, но, одновременно и амбивалентный характер. Пациенты с преобладанием шизоидных черт личности сформировали третью группу. Больные данной группы демонстрировали амбивалентный уровень приверженности к лечению. Таким образом, как считают авторы исследования, обнаруживается явная связь особенностей личностных свойств больных со структурой ВКБ и уровнем комплаенса. В тоже время в проведенном исследовании уровни внутренней картины болезни недостаточно структурированы, а степень мотивации на лечение и уровень комплаенса исследованных больных дан описательно, без использования психодиагностических методик. Е.Н. Усова и соавт. (2015) связывает тип

отношения к болезни с особенностями таких характерологических свойств, как интернальность-экстернальность. В частности, выявлено, что для анозогнозического типа отношения к болезни характерна высокая степень интернальности.

В других исследованиях отмечается влияние самой болезни на психологическое состояние больных вирусным гепатитом С [24, 25, 47, 55]. В частности, отмечается, что с нарастанием патологических процессов в печени, обусловленных хроническим вирусным гепатитом С, одновременно происходит и рост личностной и реактивной тревожности больных, депрессивных расстройств, нарастает их социально-психологическая дезадаптация. Выявленные психологические нарушения могут оказывать непосредственное влияние на мотивацию к лечению, однако данная важная тема не нашла отражения в указанных исследованиях.

Д.С. Данилов (2014), отмечает, что на приверженность к лечению больных вирусным гепатитом С оказывает влияние первичная мотивация больного к лечению, на которую, в свою очередь, существенное влияние оказывают массовые образовательные программы и умение врача разъяснить больному отдаленные тяжелые последствия инфицирования вирусным гепатитом С, несмотря на бессимптомность его течения. В другом исследовании особое значение в мотивации больного к лечению и совладанию с болезнью придается особенностям смысложизненных ориентаций больного: жизненным целям, насыщенности жизни и удовлетворенности самореализацией [76].

Одним из распространенных диагностических инструментов по изучению мотивации к лечению (готовности к изменениям в процессе терапии) является шкала «Оценка изменений Университета Род-Айленд» (URICA) McConaughy, J.O. Prochaska и W.F. Velicer (1983), основанной на транстеоретической модели поведения. Шкала была создана группой авторов (McConaughy, Prochaska, Veliser) в начале 80-х годов XX века для оценки изменений мотивации (готовности к изменениям по отношению к своей болезни) в процессе психотерапии у больных алкоголизмом [54]. Поскольку структура опросника

носит неспецифический характер, он стал эффективно применяться и в других областях медицины: общей практике, кардиологии, эндокринологии, курортологии [58, 160, 163]. Опросник URICA дает возможность определить 3 терапевтические стадии изменений (предваряющих размышлений, размышлений, действий). С помощью методики можно проводить непрерывное исследование отношений и установок пациентов в процессе психотерапии, изменений, характерных для каждой стадии характерные признаки нескольких стадий.

Более полно влияние различных факторов на мотивацию к лечению у пациентов вирусным гепатитом С представлено в зарубежных исследованиях. Эмоциональная реакция на болезнь прежде всего проявляется стрессом, который испытывает пациент вследствие информирования о диагнозе гепатита С и после этого, связанный со стигматизацией и наличием угрожающего жизни хронического заболевания [100, 101].

По данным В.Ж. Stewart с соавт. (2012) шоковая реакция на болезнь, стигматизация и опасения пациентов по поводу заразности заболевания и возможности его прогрессирования снижают готовность обращения к врачу. Стигматизация, как правило, вызвана тем, что гепатит С ассоциируется у людей с приемом инъекционных наркотических средств, ВИЧ-инфекцией и возможностью заразиться гепатитом С от его носителя [105, 106, 126, 133, 134].

Вследствие стигматизации принятие решения об обращении к врачу может быть очень сложным и может служить источником стресса и напряжения [105].

G. Butt с соавт. (2008) выявили, что пациенты с гепатитом С часто испытывают чувство вины и из-за этого скрывают наличие заболевания. Часть пациентов не афишируют наличие заболевания из-за того, что боятся быть воспринятыми как наркозависимые. Это приводит к отказу пациентов от обращения к врачу [90].

М.Р. Kraus с соавт. (2000) при изучении 113 пациентов с непрогрессирующим гепатитом С обнаружили, что у 22,4% пациента наблюдались высокие показатели по шкале депрессии и, а у 15,2% - по шкале тревоги. Причина заболевания гепатитом С (в частности, наркотическая

зависимость в анамнезе) и стадия заболевания гепатита не влияли на показатели по шкалам депрессии и тревоги. Более высокие показатели по шкале депрессии наблюдались у пациентов старше 50 лет ($p=0.024$). У пациентов с недавно диагностированным гепатитом (от 4 недель до 6 месяцев) отмечались более низкие показатели по шкалам депрессии ($p=0.003$) и тревоги ($p=0.001$). Пациенты, которым не рекомендовали терапию интерфероном, демонстрировали более высокие показатели по шкалам депрессии ($p=0.001$) и тревоги ($p=0.028$). Высокие показатели по шкалам тревоги и депрессии повышали риск применения неадаптивных поведенческих копинг-стратегий [144].

Таким образом, стигматизация, стресс, связанный с информацией о болезни, высокие показатели по шкалам тревоги и депрессии способствуют отказу от обращения к врачу. В противоположность этому эмоциональная поддержка со стороны членов семьи, друзей, групп взаимопомощи способствуют принятию решения о начале лечения [139, 155, 173].

Важное влияние на обращение к врачу и комплайнс оказывает когнитивный компонент восприятия болезни, в частности осознание опасности заболевания. Особенностью клинической картины острой фазы гепатита является то, что в большинстве случаев на начальных этапах болезнь протекает в безжелтушной или субклинической форме, что способствует недооценке опасности болезни [77, 174].

Так Н.Ж. Cho и Е. Park (2016) выделяют 4 типа реакции на получение информации об инфицированности гепатитом С: 1) «болезнь была обнаружена случайно». Для этих пациентов характерна недооценка опасности заболевания и концентрация на ошибках, приведших в прошлом к инфицированию 2) «болезнь надломил жизнь» - характерно обвинение медицинского персонала в недостаточном объяснении опасности болезни и опасения по поводу дальнейшего развития болезни. 3) «опасения по поводу обязательного лечения, сопровождающегося побочными эффектами». Для пациентов характерны возможность поиска альтернативных методов лечения. 4) «осознание ценности своей жизни, которую важно не потерять». Пациенты демонстрируют готовность к радикальным изменениям понимания смысла жизни. Характерны надежда на

медленное развитие заболевания при условии правильного приема препаратов. Пациентов воодушевляет поддержка близких. Австралийскими учеными ожидаемые проблемы со здоровьем в отсутствие лечения гепатита С оцениваются как наиболее важный фактор, подталкивающий к началу лечения [151]. Отмечается, что к началу лечения пациентов с гепатитом С подталкивают 2 фактора: 1) осознание летальности заболевания 2) личный опыт взаимодействия с людьми, которые впоследствии скончались от гепатита С [167].

Ключевым фактором, повышавшим готовность к обращению за помощью, были обеспечение пациентов информацией о болезни со стороны медицинского персонала и получение пациентом формальной и неформальной поддержки. Пациенты отмечали, что для сохранения контактов с врачом важное значение имеют отношения в системе врач-пациент: врач должен быть эмпатичен, сочувствующим и информировать пациента доступным для понимания языком, учитывать эмоции пациента и уделять консультации достаточно времени. Тип отношений в системе врач-пациент, крайне негативно влияющий на готовность продолжать лечение, характеризовался дискриминацией пациентов, назначением неподходящего лечения, укороченным по времени приемом и расхождением во мнениях врача и пациентам при принятии решений о лечении [171].

Еще одним важным фактором обращения к врачу являются ожидания относительно эффективности и безопасности лечения. Согласно результатам исследований, возможное влияние гепатита С на здоровье в будущем и ожидания пациента относительно эффективности и безопасности лечения определяют принятия решений о начале лечения и его прекращении, что может быть использовано для мотивирования пациентов на лечение и приверженность к лечению [111, 138].

В то же время врачи часто недооценивают, насколько для пациентов важна информация о прогнозе эффективности и побочных эффектов лечения гепатита С, что делает актуальным активное информирование врачами пациентов об этих аспектах лечения [99]. Актуальность коммуникаций врача с пациентами определяется также важностью рекомендаций со стороны врача как фактора

начала терапии [111].

Факторы принятия решения о начале лечения включают: ожидания высокой эффективности лечения, опасения прогрессирования заболевания, доступность лечения [151, 172]. Напротив, препятствуют принятию решения о начале лечения отсутствие симптомов заболевания, опасения побочных эффектов лечения и наличие депрессии [141].

Поддержанию комплаенса при лечении ХВГС благоприятным образом способствуют индивидуальная психологическая поддержка больного и регулярное проведение образовательных программ, направленных на обучение правильному режиму лечению и снижению побочных эффектов. Результатом образовательных программ является снижение тревоги у пациентов по поводу лечения и повышение частоты начала лечения со стороны пациентов [16, 109].

Отдельные исследования посвящены изучению взаимосвязи эмоционального, когнитивного и мотивационного компонентов восприятия болезни. L. Fusfeld с соавт. (2013) изучали факторы, способствующие началу лечения пациентами гепатитом С и препятствующие началу лечения [114]. Способствуют началу лечения ощущение угрозы здоровью из-за заболевания (относительная вероятность начала лечения ОВ повышается в 4,8 раза), наличие у пациента волевых качеств (ОВ=4,1), совет врача (ОВ=4,1), вероятное негативное влияние гепатита на достижение жизненных целей (ОВ=3,6), получение информации о прогнозируемой эффективности лечения (ОВ=3,5). Снижают вероятность начала лечения: опасения побочных эффектов (ОВ снижается в 3 раза), усталость (ОВ снижается в 2,9 раза), наличие депрессии (ОВ снижается в 2,4 раза) и в случае если хотя бы один из препаратов является инъекционным (ОВ снижается в 2 раза). Остаются открытыми вопросы о механизмах влияния эмоций на поведенческие стратегии совладания с болезнью. Так, D.F. Cellar с соавт. (2016) не выявили статистически значимых корреляций между эмоциональной стабильностью и копинг-стратегиями «планирование решения проблемы» и «бегство-избегание» по тесту Лазаруса. [93].

1.5 Современные подходы к повышению мотивации к лечению больных хроническим вирусным гепатитом С

У больных, находящихся на противовирусной терапии, нередко отмечается значительное снижение мотивации к лечению и отказ от терапии. Часто это решение обусловлено негативными социо-психологическими последствиями [94, 110, 121, 122].

В связи с этим, как отмечается в многочисленных зарубежных исследованиях, крайне актуальным является необходимость психологической поддержки таких больных [130, 142, 170].

По данным J.L. Rodis с соавт. (2010) больные ХВГС отмечают высокую значимость доступности медицинского персонала. Им важно иметь возможность получать ответы на волнующие их вопросы, поддержку во время прохождения терапии, как в стационарном, так и амбулаторном режиме [162].

Клинические рекомендации по ведению пациентов с гепатитом С как правило включают регулярное посещение врача, прохождение лабораторных тестов, прохождение психиатрического обследования [93], отказ от употребления алкоголя [95, 99, 153, 158], ограничения в приеме пищи и некоторых лекарств, физической нагрузки [85, 100, 101, 105, 106, 116, 128, 129,].

Также пациенту нужно принять решение относительно начала противовирусной терапии [108]. У многих пациентов может не хватать навыков или знаний, чтобы выполнить эти рекомендации [120, 179].

Как и при других хронических заболеваниях, есть социальные, поведенческие и когнитивные навыки, которые пациент может использовать, чтобы более эффективно участвовать в лечении гепатита С. Эти стратегии самопомощи позволяют пациентам справляться с симптомами, улучшать повседневное функционирование, принимать информированные решения о лечении и потенциально могут предотвратить передачу вируса другим людям. Несмотря на необходимость использования этих подходов, проводились лишь отдельные исследования способности самостоятельно справляться с

заболеванием. Самопомощь при заболеваниях – более широкое явление, чем традиционное обучение пациентов в следующих аспектах: пациенты лучше информированы, самопомощь больше фокусируется на мотивировании пациентов к активным действиям, обучении навыкам решения проблем в противовес обычному информированию и вовлекают пациента в ежедневное ведение своего заболевания. [87, 109]. Программы самопомощи изначально основаны на теории социального когнитивного обучения [86, 111, 114, 175]. Теория социального когнитивного обучения включает различные направления изменений, такие как повышение самоэффективности и мотивации, обучение знаниям и навыкам ведения определенных заболеваний, получение поддержки от социального окружения и отслеживание своих симптомов и эмоций [126, 178]. Хорошие программы самопомощи обычно направлены на 1) ведение заболевания, прием препаратов, поддержание общего здоровья; 2) управление ролями, которые пациент исполняет в жизни и 3) управление эмоциями [134, 166]. Пациенты учатся выявлять проблемы и расставлять приоритеты по их решению, принимать компетентные решения и получать помощь, необходимую для решения этих проблем совместно с врачами и членами семьи.

Психообразовательные и психокоррекционные программы формирования адаптивных поведенческих стратегий совладания пациентов с болезнью в период после выписки основывается на следующих принципах: выделение адаптивных и дезадаптивных стратегий совладания с болезнью; стимуляция активности поведения пациента в отношении здоровья как ключевого фактора формирования поведенческих стратегий совладания с болезнью; акцент на выделенных клинико-психопатологических и личностно-психологических особенностях пациентов, влияющих на формирование поведенческих стратегий совладания с болезнью; учет механизмов влияния копинг-стратегий Лазаруса на формирование поведенческих стратегий совладания с болезнью при проведении психокоррекции; индивидуальный учет вероятности применения пациентом поведенческих стратегий совладания с болезнью [34].

Компоненты программы, направленные на повышение активности

поведения в отношении здоровья, строились исходя из концепции активности пациентов J. Hibbard (2004), включающей 4 уровня активности в отношении здоровья:

Первый уровень – недооценка собственного значения для лечебного процесса.

Второй уровень – недостаточный набор знания, необходимых для самостоятельного принятия решения.

Третий уровень – малый опыт активной деятельности в отношении собственного здоровья.

Четвертый уровень – возникновение трудностей в осуществлении верного поведенческого стереотипа в отношении здоровья в некоторых ситуациях.

В период нахождения в медицинской организации пациенты могут приобрести знания о важности собственной роли в лечении (что соответствует переходу с 1-го на 2-ой уровень активации) и знания и навыки для принятия самостоятельных решений и действий после выписки (переход со 2-го на 3-ий уровень активации). Дальнейшая активация происходит по мере приобретения пациентом опыта совладания с болезнью [127].

Программы проводятся совместно медицинским работником и опытным пациентом с гепатитом С. Более ранние исследования показали, что опытный пациент с гепатитом С при прохождении обучения может быть хорошим ведущим тренингов самопомощи, т.к. пациенты больше доверяют людям с аналогичными проблемами [97, 147, 148].

Следует отметить, что комплексных отечественных программ психокоррекции низкой мотивации к лечению больных ХВГС практически не существует, за исключением отдельных психологических тренингов, ограниченных воздействием на эмоциональную сферу больных [15].

Таким образом, проведенный обзор отечественной и зарубежной литературы обнаружил явно недостаточную разработанность проблемы мотивации к лечению больных хроническим вирусным гепатитом С. Так остаются малоисследованными связи мотивации на лечение с различными компонентами

ВКБ и восприятия болезни. Практически не изучено влияние преморбидных психологических свойств больных на адаптацию к заболеванию, формированию мотивации и приверженности к лечению. Недостаточно исследованы психологические механизмы формирования мотивации к лечению. Остается малоизученным влияние различных факторов на формирования комплаенса, как предиктора успешной мотивации на лечение. Недостаточно разработаны и практически не применяются программы психологической реабилитации больных хроническим вирусным гепатитом С, психологической коррекции низкой мотивации их к лечению, психологического сопровождения больных гепатитом С в процессе лечения. Все это определяет актуальность дальнейших исследований этой проблемы.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Методологические принципы и подходы исследования

Теоретико-методологическую основу исследования составили принципы системного подхода, целостности психического и телесного здоровья, концепция внутренней картины болезни, биопсихосоциальная теория личности, теория деятельности А.Н. Леонтьева (Лурия А.Р., Мясищев В.Н., Николаева В.В., Тхостова А.Ш., Арина Г.А., Клониджер Р., Леонтьев А.Н.).

Анализировались современные исследования, посвященные отдельным компонентам внутренней картины болезни (Ялтонский В.М., Сирота Н.А., Бузина Т.С., Garnefski et al.), факторам, влияющим на мотивацию к лечению и комплаентности больных вирусным гепатитом С (Данилов Д.С.; Подосинова Т.В.; Максимова М.Ю.; Fufeld L, Aggarwal J, Dougher C; ChoH-J., Park E.), современным программам психологической коррекции, реабилитации и психологического сопровождения больных вирусным гепатитом С (J. Hibbard; Evon DM, Simpson K, Kixmiller S, et al; Гузова М.В.)

2.2. Общая характеристика обследуемых

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 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. С целью уточнения особенностей

интрацептивных ощущений среди больных гепатитом С дополнительно обследовано 50 больных желчнокаменной болезнью, находящихся на консервативном лечении (группа сравнения).

Критерии включения и исключения пациентов в исследование:

Критерии включения:

1. Обнаружение антител к вирусу гепатита С в течение 6 месяцев и более;
2. Наличие РНК вируса гепатита С в крови;
3. Возраст от 18 лет;

Критерии не включения

1. Наличие ВИЧ-инфекции, ко-инфекции с HBV;
2. Наличие зависимости от наркотиков и алкоголя
3. Наличие тяжелой соматической и аутоиммунной патологий, тяжелого органического поражения головного мозга.

Критерии исключения:

1. Высокие показатели по шкале депрессивности
2. Отказ от участия в исследовании

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. (таблица 1).

В дальнейшем, в соответствии с задачами исследования, были выделены следующие группы: группа 3 (n=38) - больные, получающие противовирусную терапию, и группа 4 (n=92) – больные, не получающие противовирусную терапию.

Таблица 1 - Количественное распределение больных ХВГС по выделенным группам

Группа	Кол-во	Всего	Пол		Генотип вируса			Средний возраст
			М	Ж	1	2	3	
Общая группа ХВГС								
Общая	Абс.	140	102	38	104	9	27	39,36±19,27
	%	100,0	72,9	27,1	74,3	6,4	19,3	
Разделение по стадиям готовности к изменению терапевтического поведения								
Группа 1 – отсутствие мотивации к лечению	Абс.	70	58	12	51	5	14	38,39±10,01
	%	100,0	82,9	17,1	72,9	7,1	20,0	
Группа 2 – высокая мотивации к лечению	Абс.	60	40	20	43	4	13	40,5±9,92
	%	100,0	66,7	33,3	71,7	6,7	21,6	
Разделение по группам, получавших и не получавших противовирусную терапию								
Группа 3 - получающие ПВТ	Абс.	38	29	9	16	7	15	39,02±8,89
	%	100,0	76,3	23,7	42,1	18,4	39,5	
Группа 4 - не получающие ПВТ	Абс.	102	77	25	88	2	12	40,26±10,3
	%	100,0	75,5	24,5	86,3	1,9	11,8	

Учитывая специфику и динамику мотивации у больных ХВГС, нами был разработана двухэтапная программа психокоррекции «Формирование мотивации к лечению». Целью программы являлось формирование мотивации на лечение, лечебного альянса и создание перспективы нового образа жизни.

Теоретической основой программы «Формирование мотивации к лечению» явились четырехкомпонентная модель ВКБ В.В. Николаевой, модель стресса и совладающего поведения Р. Лазаруса и С.Фолькман (Lazarus R.& Folcman S., 1966-1991), модель регуляции эмоций Гросса (Gross, Thompson, 2007), теория социального научения А. Бандуры (Bandura A., 1977), программа мотивационного консультирования [169].

Программа состояла из двух независимых этапов работы, каждый этап - 10 двухчасовых групповых (8-12 человек) занятий, с частотой проведения один раз в

неделю. Дополнительно с некоторыми пациентами проводились индивидуальные консультации. Психокоррекционная программа проводилась на базе ГБУЗ ИКБ №1 ДЗ г. Москва в период с 01. 2015 по 03.2017 года.

Первый этап программы – «Работа с мотивацией» был направлен на преодоление анозогнозии. Для первого этапа психокоррекционной программы была отобрана группа больных ХВГС, находящихся на обследовании и не получающих ПВТ (102 человека), которая была обследована с помощью методики «Шкала оценки изменений Университета Род-Айленд» (URICA) McConnaughy, J.O. Prochaska и W.F. Velicer (1983) в адаптации В.М. Ялтонского (2004). По результатам данной методики было выделено 2 группы с разным уровнем мотивационной готовности: группа 1, n= 70, с отсутствием мотивации к лечению (больные, находящиеся на стадии предваряющих размышлений в отношении болезни) и группа 2, n=32, с высокой мотивацией к лечению (больные, находящиеся на стадии действий).

Больные ХВГС с отсутствием мотивации к лечению (n=70), были включены в первый этап психокоррекционной программы «Работа с мотивацией».

Критерии отбора в группу:

- отсутствие мотивации к лечению
- отсутствие опыта прохождения противовирусной терапии
- добровольное желание принять участие в программе

Критериями исключения было наличие психоневрологических расстройств и/или зависимости от ПАВ.

В группу 2 вошли 32 больных ХВГС, направленных на ПВТ.

Критерии отбора в группу:

- высокий уровень мотивации к лечению
- отсутствие опыта прохождения противовирусной терапии
- добровольное желание принять участие в исследовании

Группы сравнения были сопоставимы по основным половозрастным, социально-демографическим показателям.

Больные из обеих групп были включены в программу противовирусной

терапии, на момент нашего исследования получили консультацию лечащего врача инфекциониста о своем заболевании, особенностях течения и возможностях ПВТ. Также для каждого из пациентов был определен план визитов к лечащему врачу, все пациенты проинформированы о необходимости посещения врача, обращения при появлении побочных эффектов или других медицинских вопросов. С пациентами, включенными в группу 2 была проведена разовая консультация психолога, направленная на информирование о психологических аспектах заболевания и противовирусной терапии.

Больные, вошедшие в группу 1 приняли участие в разработанной нами психокоррекционной программе.

Первый этап психокоррекционной программы «Работа с мотивацией» состоял из 4 основных блоков:

1. Психообразовательный (2 занятия). Для больных ХВГС характерна слабая информированность о своем заболевании, характере его развития и возможных последствиях. Данный блок был реализован совместно с врачами инфекционистами. Два занятия (4 часа) проходили в виде лекций.

Лекция №1. Хронический вирусный гепатит С. Эпидемиология. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Виды течения. Диагностика. Последствия.

Лекция №2. Противовирусная терапия ХВГС. Особенности проведения. Побочные эффекты.

2. Работа с эмоциональной сферой (2 занятия). Включала в себя развитие способностей осознавать и определять свое эмоциональное состояние, выражать собственные чувства. Этот блок состоял из 2 групповых занятий, группы по 8-12 человек, продолжительность сеанса 2 часа. Особое внимание уделялось работе с тревогой, как фактором, влияющим на мотивацию к лечению. С целью снижения уровня тревоги были использованы упражнения арт-терапии («Мое состояние»), гештальт-терапии («Здесь и сейчас», «Проекция»), телесно-ориентированной терапии («Глубокое дыхание», «Страсти, чувства, мысли», «Контролируемая агрессия», «Без слов»), приемы аутотренинга. Определенное время отводилось обучению методам релаксации: методика прогрессирующей мышечной

релаксации Джексона и техники расслабляющего дыхания для развития саморегуляции.

Последовательность упражнений соответствовала следующей схеме: 1. Обучение пациентов навыку дифференцировать и определять свое эмоциональное состояние. 2. Развитие способности выражать свои эмоции. 3. Развитие конгруэнтного переживания эмоций и их телесных проявлений. 4. Развитие навыков саморегуляции.

3. Когнитивный (2 занятия). Был направлен на принятие и совладание с болезнью. Практической основой психокоррекционного воздействия являлись приемы психологического дебрифинга с привлечением пациентов ранее проходивших противовирусную терапию. В процессе группового обсуждения участники группы определяли пути и способы совладания с болезнью. Этот блок также состоял из 2 групповых занятий продолжительностью 2 часа каждый. По форме являлся тренингом копинг-эффективности и был направлен на развитие инструментального способа совладания с болезнью посредством расширения способности обращаться за помощью и поддержкой со стороны других людей и принимать эту помощь. Общение с более опытными пациентами активизировало механизмы социального научения у больных, и расширяло репертуар их поведенческих стратегий.

4. Мотивационный (4 занятия). Был построен на принципах мотивационного интервью и направлен на развитие у пациента стремления поговорить о возможности изменении поведения или собственной личности и снижение сопротивления при взаимодействии с врачом. Вскрытие амбивалентности отношения к собственной болезни обеспечивается эмпатией, перефразированием, усилением акцентов в восприятии проблемы и отсутствием давления в отношении конкретных путей изменения (пути изменения определяются самим пациентом). Акцентировалось внимание на внутренней амбивалентности пациента, которая не осознается им.

Стратегия программы:

- активация проблем связанных с болезнью путем использования релаксации и

воображения;

- оценка проблем, вызванных болезнью, и перевод их в заявление о целях;
- представление и оценке различных аспектов реабилитации;
- выделение основных целей;
- выводы относительно мотивационной структуры в процессе обратной связи с фокусировкой на структуре и содержании спорных целей. Во внимание принимаются предыдущие попытки их достижения и особенности саморегуляции пациентов;
- конструирование иерархии целей и определение конкретных подцелей.

Второй этап программы – «Реабилитация» был направлен на удержание в терапии, снижение психологических последствий болезни и социальную адаптацию больного. Для прохождения второго этапа программы, нами была отобрана группа пациентов больных ХВГС, получающих противовирусную терапию и у которых во время прохождения терапии, отмечалось снижение мотивации на лечение. Данная психокоррекционная программа была направлена на преодоление лечебного кризиса, возникающего в процессе противовирусной терапии. Психологическая коррекция была адресно направлена на увеличение готовности к изменениям, что позволяет больным рассчитывать на улучшение качества жизни, получение ПВТ, более доверительные отношения с медицинским персоналом, что обеспечивает и удовлетворенность лечением.

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).

Критериями отбора в психокоррекционную программу (2 этап) – «Реабилитация» являлись (группа 1):

- Нахождение пациента на противовирусной терапии не менее 3 месяцев

- Мотивация на лечение на стадии предваряющих размышлений
- Добровольное желание принять участие в программе

Критериями исключения были – наличие психоневрологических расстройств и зависимости от ПАВ, наличие ярко выраженных побочных эффектов ПВТ.

Критерии отбора в группу 2:

- Нахождение пациента на противовирусной терапии не менее 3 месяцев
- Мотивация на лечение на стадии действий
- Добровольное желание принять участие в исследовании

Критериями исключения были – наличие психоневрологических расстройств и зависимости от ПАВ, наличие ярко выраженных побочных эффектов ПВТ. Группы сравнения были сопоставимы по основным половозрастным, социально-демографическим показателям.

С группой 2 были проведены единичные индивидуальные консультации психолога по вопросам побочных эффектов ПВТ, взаимодействия с медицинским персоналом и близкими, проведено обучение техникам релаксации и аутотренинга для регуляции состояния.

Группа 1 проходила второй этап психокоррекционной программы.

Второй этап Психокоррекционной программы - «Реабилитация» состоял из 4 основных блоков:

1.Подготовительный (4 занятия). Так как не все пациенты, получающие противовирусную терапию проходили первый этап психокоррекционной программы, и, учитывая, что наши исследования показали прямую связь между уровнем тревожности и стадией мотивации на лечение, в этом блоке психокоррекционной программы нами решались следующие две задачи: работа с эмоциями и информирование о болезни.

Данный блок состоял из 2-х лекций (каждая по 2 часа), проводимых врачами-инфекционистами, где большое внимание уделялось особенностям противовирусной терапии, возможным побочным эффектам и способам их преодоления. Работа с эмоциями была аналогична данному блоку первого этапа

программы. Проводилась в режиме групповой терапии 2 занятия по 2 часа каждое, где в группах (8-12 человек), применялись упражнения из арт-терапии, телесно-ориентированной терапии, участники обучались навыкам саморегуляции эмоций и техникам релаксации.

2.Экзистенциальный (2 занятия). Этот блок был направлен на формирование более глубокого ценностно-смыслового уровня мотивации и принятия своей болезни. Хронический вирусный гепатит С заболевание с возможным смертельным исходом, и эта особенность является своеобразным смысловым вызовом для больных ХВГС. В соответствии со стадиями принятия известия о тяжелом заболевании, и отсутствием клинических проявлений болезни, больные ХВГС оказываются в более тяжелой ситуации, по сравнению, например, с онкологическими пациентами, где развитие болезни способствуют более активному продвижению на пути принятия болезни. Полученные нами данные по методике СЖО Леонтьева, отражают у больных ХВГС с высокой мотивацией на лечение наличие устойчивых целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу и свидетельствует о том, что они принимают ответственность за достижение этих целей. Данные ценности могут быть реальной психокоррекционной опорой для формирования более глубокого уровня мотивации на лечение у больных ХВГС и способствовать более зрелому отношению к своей болезни. Для этого нами проводились групповые дискуссии на темы: «Кто я?», «Смысл моей болезни», «Моя жизненная цель», «Я автор своей жизни».

3.Коммуникативный (2 занятия). Данный блок продолжительностью два 2-х часовых групповых (8-12 человек) занятия, был направлен на развитие коммуникативных навыков и поддержание терапевтического альянса. Для развития коммуникативных способностей пациентов, были использованы приемы поведенческого тренинга коммуникаций, включающие упражнения «Слепой-поводырь», «Я тебя вижу», «Рондо», «Борьба-смирение», групповой рисунок, ролевые игры. Стратегия тренинга: 1. Развития способности доверять партнеру. 2. Развитие навыков самораскрытия.3. Развитие эмпатического ответа. 4. Развитие

навыков сотрудничества.

4.Социальный (2 занятия). Хронический вирусный гепатит С относится к группе социально-значимых заболеваний, и часто больные оказываются подвержены негативным реакциям со стороны своего окружения. Само заболевание, его инфекционная природа, возможный риск заражения, угроза утраты функций могут вызывать напряжение в отношениях между пациентом, его семьей и близкими. Больные ХВГС переживают фрустрацию, чувство вины и страх отвержения. Это является мощным психотравмирующим фактором. Поэтому в рамках программы особое внимание уделялось осознанию и формированию новой социальной реальности больного. Этот блок программы, состоящий из двух 2-х часовых групповых встреч (8-12 человек), проводился совместно с медицинским работником и опытным пациентом с гепатитом С. По желанию, принять участие в данном этапе приглашались родственники пациентов. Можно предположить, что клиент-ориентированный подход междисциплинарной команды специалистов, вероятно, лучший способ увеличить удовлетворенность лечением и, следовательно, комплаенс у пациентов ХВГС. (95).

Для преодоления социального кризиса и возможной социальной изоляции больных ХВГС использовались принципы тренинга социальных навыков. Применялись упражнения из телесно-ориентированной терапии – «Я и социум», арт-терапии - «Я и мой здоровый образ жизни», коллаж «Научись быть счастливым», групповые дискуссии. Стратегия тренинга: 1. Развитие навыков преодоления стресса. 2. Формулирование новых целей. 3. Развитие навыков планирования будущего.

Общая продолжительность второго этапа психокоррекционной программы составила 10 групповых занятий (8-12 человек), с частотой 1 раз в неделю, в течение 10 недель. Группа 2, не проходившая психокоррекцию, была протестирована через 10 недель после консультации психолога. Дизайн исследования представлен на рисунке 1.

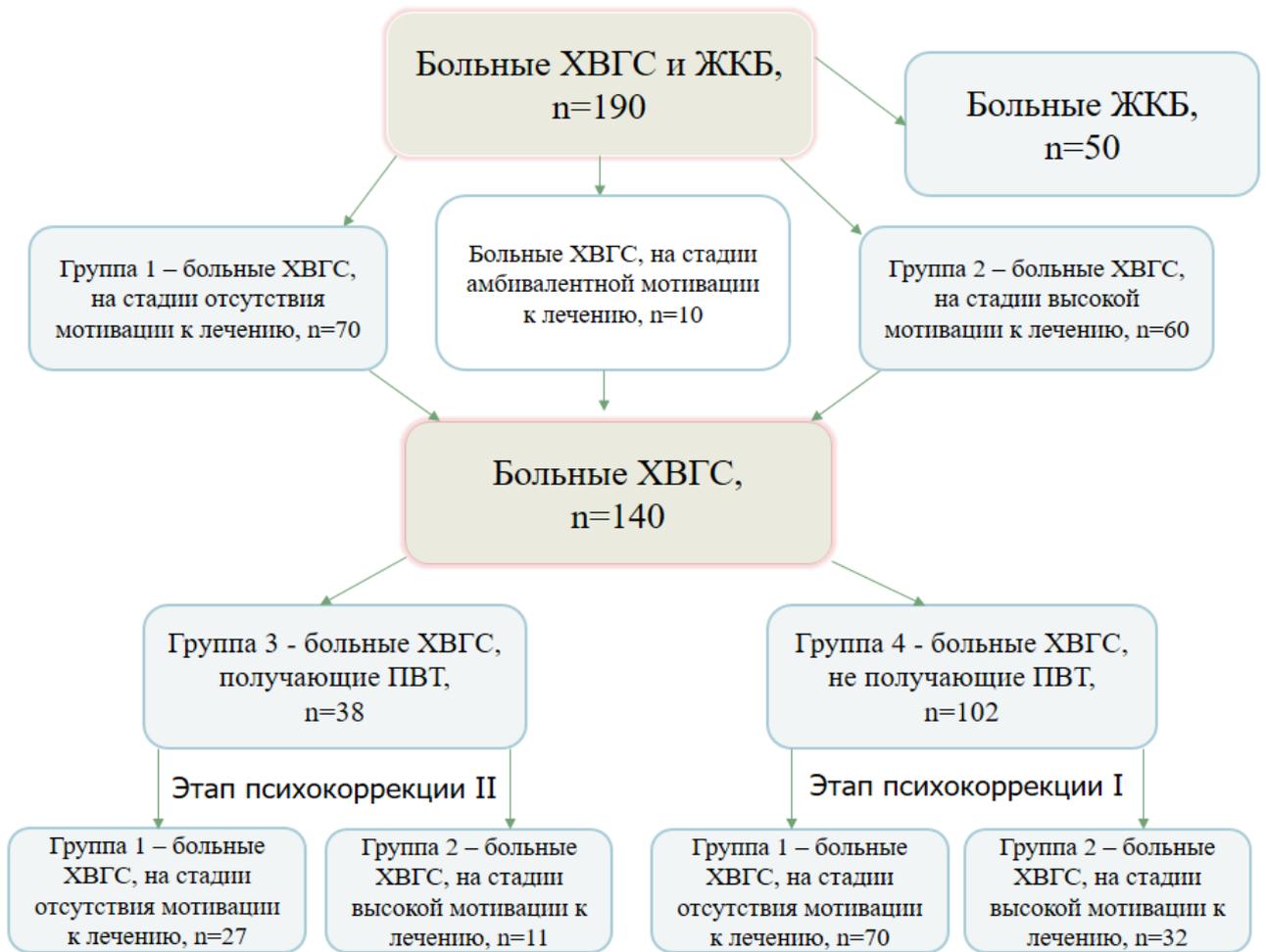


Рисунок 1 - Дизайн исследования

2.3. Основные этапы и методы исследования

Структура проводимого эмпирического исследования больных ХВГС включала четыре этапа, которые отображены в таблице 2.

Таблица 2 - Этапы эмпирического исследования

Этапы исследования	Содержание этапа исследования
1 этап. Сбор анамнестических данных	Получение и подписание информированного согласия на участие в исследовании от пациента. Предварительный сбор истории болезни, беседы с лечащим врачом и/или родственником пациента.
2 этап. Клинико-психологическое Интервью	Особое внимание в беседе уделялось «психологическим» жалобам, связанным с заболеванием. Объяснение структуры и задач исследования. Информирование о важности плановых визитов к лечащему врачу даже в тех случаях, когда жалобы отсутствуют.
3 этап. Психодиагностическое Исследование	Заполнение пациентами опросников согласно предъявляемой инструкции. Фиксирование результатов.
4 этап. Разработка и проведение психокоррекционной программы повышения мотивации к лечению.	Психокоррекционная работа с группами больных на различных этапах лечения и реабилитации.

В задачи исследования не входило патопсихологическое и нейропсихологическое обследование пациентов и не исследовались особенности и возможные нарушения их высших психических функций, однако, в ходе установления контакта и проведения клинико-анамнестического интервью, возможным стало описание основных черт обобщенного «психологического портрета» больного ХВГС. (таблица 3).

Таблица 3 - Обобщенный психологический портрет больного хроническим вирусным гепатитом С

Характеристика	Описание
Контакт с экспериментатором	В контакт с экспериментатором пациент с ХВГС вступает более охотно по предварительной рекомендации лечащего врача. В большинстве случаев больной встревожен и интересуется подробной информацией об исследовании (со слов пациента: «Почему именно я включен в исследование?», «Будет ли гарантирована анонимность результатов исследования?» «Зачем мне это нужно и что от этого я смогу получить?»). В целом, без демонстрируемого сопротивления пациент предоставляет информацию о себе, течении заболевания и социодемографические данные. В ходе заполнения опросников и анкет работает старательно., Размышляет над вопросами, уточняет неясные для него нюансы. Инструкции усваивает полностью, при решении трудных заданий обращается за помощью к экспериментатору.
Эмоциональная сфера	Общий эмоциональный фон пациента соответствует ситуации обследования, в результате которого отмечались тревожные реакции (фиксация взгляда на экспериментаторе, задавание уточняющих вопросов). Пациенты, проходившие наблюдение амбулаторно, в большинстве случаев отмечали свое эмоциональное состояние снижением общего фона настроения.
Когнитивная сфера	Представления о заболевании и критичности к своему состоянию инфантильны. Пациент недооценивает все риски протекания данной патологии. При более длительном периоде с момента информирования об инфицировании больной менее внимателен к течению своего заболевания. Это проявляется в пренебрежениях к рекомендациям врача, в соблюдении необходимого режима (со слов пациента: «Меня ничего не беспокоит, поэтому могу позволить себе выпить»). Из-за невозможности получать дорогостоящую противовирусную терапию пациент ограничивается плановыми визитами к инфекционисту.

продолжение таблицы 3

Мотивационная сфера	Пациент заинтересован в проведении исследования и в большинстве случаев хочет узнать его результаты. Довольно часто отмечается мотивация сотрудничества с экспериментатором, как представителем медицинского персонала. Во многих эпизодах больные интересуются о результатах и рисках своего заболевания, а также о возможности получить льготу на ПВТ.
Трудности в общении	При проведении исследования стоит отметить эмоциональные всплески некоторых пациентов, связанные с большим объемом психодиагностических материалов (со слов пациента: «Зачем эти все опросники нужны, мне все равно от них не станет лучше», «Дайте мне лучше должное лечение, чем эти бумажки»).

Сбор клинико-anamнестических данных

Методы исследования включали сбор клинико-anamнестических данных, клинико-психологическое интервью, психологическое тестирование и статистическую обработку данных. Все пациенты проходили исследование в индивидуальном порядке при наличии информированного согласия на участие в исследовании. При обследовании каждого больного ХГВС учитывался ряд клинических показателей (уровень печеночных ферментов АЛТ и АСТ, степень выраженности фиброза, генотип вируса), полученных из истории пациента или личной беседы с лечащим врачом. Перед началом сбора клинико-anamнестических данных, пациент был информирован обо всех этапах проведения исследования и о том, что вся полученная информация конфиденциальна, после чего больному предлагалось подписать информированное согласие на участие в исследовании.

Каждый пациент перед проведением тестирования принимал участие в клинико-психологическом интервью, целями которого было установление контакта исследователя с испытуемым и получение требующейся информации. В соответствии с задачами исследования наибольший интерес представляли

вопросы, связанные с субъективными переживаниями и ощущениями пациентов, обусловленных их заболеванием и имеющими отношение, как к соматическому, так и к психологическому состоянию больных. Также интервью содержало вопросы о возрасте, месте проживания, образовании, трудоустройстве, семейном положении.

2.4 Психодиагностические методики исследования

Набор психодиагностических опросников, шкал и методик, используемых в исследовании больных ХВГС, соответствовал поставленным задачам. Каждый блок методик позволяет в полном объеме описать каждый уровень внутренней картины болезни. Бланки методик представлены в приложениях.

Мотивация к лечению исследовалась с помощью шкалы «Оценка изменений Университета Род-Айленд» (URICA) McConaughy, J.O. Prochaska и W.F. Velicer (1983) в адаптации В.М. Ялтонского (2004), основанной на транстеоретической модели поведения. Опросник URICA дает возможность определить 3 терапевтические стадии изменений (предваряющих размышлений, размышлений, действий). С помощью методики можно проводить непрерывное исследование отношений и установок пациентов в процессе психотерапии, изменений, характерных для каждой стадии. На основании результатов исследования определяется стадия психотерапевтического процесса, на которой находится в данный период пациент, или выделяются характерные признаки нескольких стадий. Пациент может находиться одновременно на нескольких стадиях, однако ведущей является стадия, по которой набрано наибольшее количество баллов.

Большинство больных, находящихся на стадии предваряющих размышлений, не понимают или не до конца понимают характер своих проблем или вовсе не признают у себя проблем, которыми следовало бы заниматься. Больной не испытывает желания что-либо менять в себе или в ближайшем будущем, не понимает, каким образом сам способствовал возникновению своих

трудностей, не видит смысла в лечении. Члены семьи, друзья, коллеги, напротив, понимают, что пациент имеет определенные проблемы. Часто только под влиянием окружения, зачастую использующего угрозы или даже угрозы, пациент соглашается обратиться к психотерапевту и даже демонстрирует некоторые изменения в поведении — до тех пор, пока сохраняется давление на него со стороны значимых людей. Пациенты, находящиеся на данной стадии, могут заявлять о своем желании измениться, что вовсе не означает серьезных намерений сделать это. Соппротивление пониманию и разрешению проблемы — отличительная черта данной стадии.

На стадии размышлений пациент признает наличие проблемы и всерьез интересуется, возможно ли разрешить ее, поможет ли терапия, но готовность действовать выражена недостаточно. Другой важный аспект стадии размышления — взвешивание «за» и «против» между проблемой и ее решением. Пациенты, находящиеся на стадии размышления, часто раздумывают: стоит ли избавление от проблемы, усилий, энергетических и временных затрат, необходимых для борьбы с ней. Тем не менее, центральный аспект данной стадии — серьезное намерение разрешить проблемы.

Пациенты на стадии действий активно изменяют свое поведение, поступки и окружение с целью преодоления проблемы. Стадия действий предполагает наиболее явные, открытые поведенческие изменения и требует значительных затрат времени и энергии. Характерная черта стадии действия — модификация привычного образа восприятия и поведения, и применение значительных усилий для изменения.

Методика включает 32 пункта, предназначенных для измерения четырех стадий терапии. К каждой стадии относится 8 высказываний, которые оцениваются пациентом по 5-балльной шкале: 1- совсем не согласен, 2-не согласен, 3- не решил, 4-согласен, 5- совсем согласен. Любое высказывание содержит описание того, что человек может чувствовать, когда начинает лечение или подходит к решению своих жизненных проблем. Количество баллов по каждой шкале переводится в стандартизированные показатели (Т).

Исследование чувственного уровня ВКБ.

Для исследования чувственного уровня внутренней картины болезни применялся тест «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» Тхостова А.Ш., Елшанского С.П. (Тхостов А.Ш., 2009). Методика представляет собой вариант теста «Классификация ощущений» (А.Ш. Тхостов, О.В. Ефремова, 1989; А.Ш. Тхостов, 1991). Опросник применяется для исследования особенностей или нарушений вербализации внутреннего опыта. Процедура исследования: испытуемому предлагается 80 слов, из которых он должен выбрать подходящие для описания внутренних телесных ощущений; из подходящих для описания внутренних телесных ощущений дескрипторов, испытуемый выбирает те ощущения, которые он переживал сам и те, которые для него наиболее важны; из тех, которые он переживал сам, испытуемый выбирает описывающие болезненные ощущения, а из «болезненных ощущений» – опасные, угрожающие здоровью и те, которые часто встречаются. При применении бланкового варианта методики, дескрипторы предъявляются одновременно на специальном бланке и вместе с этим бланком испытуемому дается соответствующая инструкция (в письменной форме или устно экспериментатором).

Исследование эмоционального уровня ВКБ.

Анализ показателей эмоционального уровня внутренней картины болезни осуществлялся с помощью комплекса методик, позволяющих диагностировать как уровень выраженности личностной и реактивной тревожности, так и степень эмоционального реагирования пациентов на свою болезнь. В данном исследовании применялась шкала самооценки уровня тревожности Спилбергера Ч.Д. в адаптации Ханина Ю.Л. (1978) Шкала самооценки состоит из двух частей, каждая из которых представлена 20 вопросами, оценивающими реактивную и личностную тревожность. Пациенту предлагается оценить свое состояние по 4 балльной шкале. Личностная тревожность относительно стабильна и не связана с ситуацией, поскольку является свойством личности. Реактивная тревожность характеризуется конкретной ситуацией. Также на данном этапе применялся опросник «Эмоциональное реагирование на болезнь» [82]. Методика позволяет

определить и дифференцировать спектр и интенсивность эмоциональных реакций больного на свое заболевание. Испытуемым предлагается отметить ту эмоцию из предложенного списка, которую они переживали в связи со своим заболеванием и оценить её интенсивность по 10 балльной шкале.

Исследование когнитивного уровня ВКБ.

При описании когнитивного уровня ВКБ у пациентов с ХВГС использовался опросник «Когнитивная регуляция эмоций» («Cognitive Emotion Regulation Questionnaire» [115], в адаптации Рассказовой Е.И., Леоновой А.Б., Плужникова И.В., 2011 [56]. С помощью опросника диагностируется 9 основных когнитивных стратегий регуляции эмоций, разделенные на две разными категории: способствующие успешной адаптации (или «эффективные» стратегии) – 1) принятие того, что случилось, 2) позитивная перефокусировка, 3) фокусирование на планировании, 4) позитивная переоценка, 5) рассмотрение в перспективе; и препятствующие адаптации и усиливающие дезадаптационные эффекты (– 6) самообвинение, 7) руминации/навязчивые мысли о событии, 8) катастрофизация, (9) обвинение других [56].

Исследование мотивационного уровня ВКБ.

Мотивационный уровень ВКБ исследовался с помощью методики «Смыслоразнозначные ориентации» Леонтьева Д.А., основанном на тесте “Цель в жизни” (Purpose-in-Life Test, PIL, Джеймс Крамбо и Леонард Махолик, 1964) В первоначальном виде диагностический инструмент представлял собой личностный опросник Дж. Крамбо и Л. Махолика, разработанный в 1964 году. Теоретической основой методики послужила концепция «Стремления к смыслу» В.Франкла. Опросник создавался с целью эмпирического подтверждения ряда представителей этой теории, в частности предположений о существовании «экзистенциального вакуума» и «ноогенных неврозов». Суть этих представлений заключается в том, что неудачи человека в поиске смысла своей жизни «экзистенциальная фрустрация» и вытекающее ощущение утраты смысла «экзистенциальный вакуум» являются причиной особого рода психических заболеваний - ноогенных неврозов. Переживание индивидуумом онтологической

значимости жизни, то есть степень экзистенциального вакуума, и является, по мнению Дж. Крамбо и Л. Махолика, основным объектом диагностики.

Опросник состоит из 20 шкал, каждая из которых является утверждением с раздваивающимся окончанием. Два противоположных варианта окончания дают полюса оценочной шкалы, между которыми возможны семь градаций предпочтения.

Испытуемому предлагают выбрать наиболее подходящую для него градацию. Обработка результатов сводится к суммированию числовых значений каждой из шкал. На бланке обследования восходящая последовательность градаций чередуется с нисходящей, причем максимальный балл (семь) всегда соответствует полюсу наличия цели в жизни, а минимальный (один) - полюсу ее отсутствия.

Для анализа результатов применяется пять субшкал, которым присвоены соответствующие номера вопросов: субшкала 1 (цели в жизни) характеризуется наличием или отсутствием в жизни испытуемого целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. Низкий балл по этой шкале при высокой осмысленности жизни характеризует человека как живущего вчерашним или сегодняшним днем. Высокий балл по этой шкале говорит о целеустремленности человека или характеризует его как человека, планы которого не имеют реальной опоры в настоящем и не подкрепляются личностной ответственностью за их реализацию. Субшкала 2 (процессы жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни) сообщает о том, воспринимает ли человек свою жизнь как насыщенную и эмоционально окрашенную, наполненную смыслом, или нет. Высокий балл по этой шкале и низкий по остальным характеризует человека как гедониста, живущего сегодняшним днем. Низкий балл - неудовлетворенность своей жизнью, при этом ей могут придавать полноценный смысл воспоминания о прошлом или нацеленность в будущем. Субшкала 3 (результативность жизни или удовлетворенность самоактуализацией) характеризует оценку пройденного отрезка жизни, ощущение того, насколько продуктивно и осмысленно была

прожита ее часть. Высокие баллы по этой шкале и низкие по остальным характеризуют человека, который доживает свою жизнь, у которого все в прошлом, но прошлое способно придать смысл остатку его жизни. Низкие баллы свидетельствуют о неудовлетворенности прожитой частью жизни. Высокие результаты по субшкале 4 (локус контроля - Я или Я - хозяин жизни) свидетельствуют представлению о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о смысле жизни. Низкие баллы характеризуют неверие в свои силы контролировать события собственной жизни. Высокий балл по субшкале 5 (локус контроля - жизнь или управляемость жизни) интерпретируется как убеждение в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь. Низкие баллы - фатализм, убежденность в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что свобода выбора иллюзорна и бессмысленно что-либо загадывать на будущее. Общий показатель (осмысленность жизни (ОЖ)) рассчитывается путем суммы результатов двадцати вопросов [31].

Исследование личностных и характерологических особенностей больных ХГВС.

Основой для исследования личностных особенностей больных ХГВС послужил опросник структуры характера и темперамента К.Р. Клонинджера (в адаптации Ениколопова С.Н. и Ефремова А.Г., 2001 г.), включающий в себя 125 вопросов с вариантами ответов «да» или «нет». Оценка личностных особенностей осуществлялась благодаря психобиологической модели американского психиатра С.Р. Cloninger, 1987 которая была разработана с использованием опросников «Tridimensional Personality Questionnaire» (TPQ) и «Temperament and Character Inventory» (TCI). Данная модель темперамента включает четыре свойства: «избегание ущерба (опасности)» (harm avoidance), «поиск новизны (нового)» (novelty seeking), «зависимость от награды (вознаграждения)» (reward dependence), «упорство (постоянство)» (persistence). Обнаружены связи трех первых свойств с биохимическими (медиативными) системами мозга и полиморфизмом

определенных генов. Психобиологическая модель характера включает три свойства, которые формируются под влиянием семьи и полностью раскрываются у взрослых, влияя на эффективность личной и социальной деятельности путем интуитивного научения: «самодисциплина» (self-discipline), «способность к сотрудничеству» (collaboration), «трансцендентность я, самотрансценденция» (self-transcendence) [96].

Также в данном исследовании использовался опросник «Шкала импульсивности Барратта» – (BIS-11) (в адаптации Ениколопова С.Н., 2015), (Barratt et al., 1997), направленный на оценку импульсивности, которую в общем случае можно рассматривать как предрасположенность к быстрой, незапланированной реакции на внутренние или внешние стимулы и неспособность адекватно оценить негативные последствия этой реакции для себя или других. Вся шкала состоит из 30 вопросов и разделена на 3 фактора второго порядка, каждый из которых включает в себя несколько факторов первого порядка. Таким образом, фактор второго порядка «импульсивность внимания» включает в себя два фактора первого порядка – «внимание» и «когнитивная нестабильность», фактор второго порядка «импульсивность действия» - «движение (моторная импульсивность)» и «настойчивость», такие факторы первого порядка как «самоконтроль» и «когнитивная сложность» описывают заключительный фактор второго порядка «непланирование».

2.5 Статистические методы исследования

Статистическая обработка результатов проводилась при помощи пакета статистических программ Microsoft Excel, IBM SPSS Statistics 17 © SPSS Inc. (2009).

Использовались следующие процедуры:

- ❖ дескриптивный анализ: вычисление и описание средних значений (Me), стандартных отклонений (SD);
- ❖ анализ значимости различий: вычисление и описание различий между

исследуемыми группами по критерию U-Манна-Уитни;

- ❖ корреляционный анализ по критерию R-Спирмена;
- ❖ Логит-анализ многофакторной модели мотивации к лечению. Логит-анализ проводился на основании показателей теста URICA путем построения уравнения логит-регрессии. Логистическая регрессия или логит-регрессия (logit model) – это статистическая модель, используемая для предсказания вероятности возникновения интересующего события с помощью логистической функции. Для построения логит-модели копинг-стратегий, представляемых в виде качественных признаков, использовали процедуру Логит-регрессия модуля Нелинейное оценивание. Адекватность построенной модели оценивалась по значениям статистик итоговых потерь.

С целью отбора признаков для включения в многофакторную модель предварительно при помощи дисперсионного анализа проводился анализ связи стадии по тесту URICA с факторами, потенциально влияющими на стадию. В анализ включались факторы, демонстрировавшие статистически значимую связь со стадией по тесту URICA ($p < 0,05$).

Различия между группами и достоверность корреляционных связей считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1 Особенности внутренней картины болезни и мотивации на лечение больных хроническим вирусным гепатитом С

На первом этапе исследования была проведена оценка уровня мотивации обследуемых больных хроническим вирусным гепатитом С (n=140). По результатам шкалы «Оценка изменений Университета Род-Айленд» (URICA) обнаружено, что 50,0% (n=70) всех обследованных больных с хроническим вирусным гепатитом С находилось на стадии отсутствия мотивации, 42,9% (n=60) на стадии высокой мотивации и 7,1% (n=10) на стадии амбивалентной мотивации к лечению. Группа с амбивалентной мотивацией к лечению (n=10) из дальнейшего исследования была исключена, т.к. ее размер являлся недостаточным для статистического анализа. Выявленная значительная распространенность отсутствия мотивации к лечению среди больных ХВГС определила дальнейший ход исследования: изучение факторов, влияющих на мотивацию к лечению и разработку психокоррекционных программ, направленных на повышение мотивации к лечению больных хроническим вирусным гепатитом С. В соответствие с задачами исследования были изучены и описаны все 4 компонента, составляющие внутреннюю картину болезни больных ХВГС: чувственный, эмоциональный, когнитивный и мотивационный.

3.1.1 Чувственный компонент внутренней картины болезни

Изучение чувственного компонента внутренней картины болезни проводилось с использованием психосемантической методики «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» Тхостова А.Ш., Елшанского С.П. (Тхостов А.Ш., 2009). Проведенное сравнительное исследование особенностей интрацептивных ощущений среди больных гепатитом С и больных желчнокаменной болезнью, находящихся на консервативном лечении, выявило

достоверно большую частоту выбора различных интрацептивных ощущений (испытанных, важных и значимых ощущений, болезненных ощущений) у больных с ЖКБ, по сравнению с больными вирусным гепатитом С (таблица 4).

Таблица 4 - Показатели распространенности интрацептивных ощущений у больных хроническим вирусным гепатитом С и больных желчнокаменной болезнью

Количество дескрипторов, подходящих для описания:	ХВГС, (n=130)	ЖКБ, (n=40)	Статистическая значимость (критерий Манна-Уитни)
	M±SD		
интрацептивных ощущений	39,80±14,96	45,09±6,3	p=0,034
испытанных ощущений	30,34±13,35	34,5±6,25	p=0,042
болезненных ощущений	19,12±10,99	22,69±4,89	p=0,036
важных, значимых ощущений	1,73±1,76	4,59±15,73	p=0,02

Полученные данные отражают имеющиеся различия в телесном восприятии болезни у больных вирусным гепатитом С и желчнокаменной болезнью. Больные ХВГС испытывают достоверно меньшее количество интрацептивных ощущений, по сравнению с больными ЖКБ, что свидетельствует о том, что чувственный компонент ВКБ у больных хроническим вирусным гепатитом С носит стертый характер. Невыраженность симптомов болезни у больных ХВГС препятствует ее осознанию и может оказывать непосредственное влияние на формирование мотивации к лечению. Проведенное в последующем сравнительное исследование распространенности количества интрацептивных ощущений в группах больных с отсутствием мотивации к лечению и высокой мотивацией к лечению выявило следующее (таблица 5). Выявлено, что больные ХВГС с отсутствием мотивации к лечению выделяют достоверно большее количество дескрипторов, подходящих для описания болезни, чем больные с высокой мотивацией к лечению. При этом отмечены слабые положительные корреляционные связи количества дескрипторов, подходящих для описания интрацептивных ощущений ($r=0,260$, $p<0,05$), количества дескрипторов, подходящих для описания испытанных ощущений ($r=0,284$, $p <0,05$) и количества дескрипторов, подходящих для описания болезненных ощущений ($r=0,234$, $p<0,05$) с выраженностью реактивной

тревоги.

Таблица 5 - Распространенность интрацептивных у больных ХВГС с различным уровнем мотивации к лечению

Количество дескрипторов, подходящих для описания:	Отсутствие мотивации к лечению n=70	Высокая мотивация к лечению n=60	Статистическая значимость (критерий Манна-Уитни)
	M±SD		
Интрацептивных ощущений	49,44 ±13,76	32,67 ±11,78	p=0,001
испытанных ощущений	38,13 ±12,45	25,68 ±9,76	p=0,0005
болезненных ощущений.	25,31 ±10,57	14,43 ±7,25	p=0,0002
опасных, угрожающих здоровью ощущений	10,83 ±7,96	6,59 ±5,82	p=0,011

Вероятно, именно тревога заставляет больных вирусным гепатитом С прислушиваться к своим телесным ощущениям и концентрировать на них внимание. В тоже время корреляционный анализ обнаружил достоверную отрицательную зависимость средней степени выраженности ($r = -0,310$, $p < 0,05$) количества интрацептивных ощущений (в абсолютных значениях) с показателями высокой мотивации к лечению и слабую положительную зависимость ($r = 0,222$, $p < 0,05$) с показателями отсутствия мотивации к лечению.

Таким образом, несмотря на выявляемую концентрацию внимания на телесных ощущениях у больных с отсутствием мотивации к лечению, неопределенность и диффузность телесных ощущений у больных ХВГС затрудняет понимание ими непосредственной связи имеющихся телесных симптомов с болезнью и препятствует повышению мотивации к лечению.

3.1.2 Эмоциональный компонент внутренней картины болезни

Изучение эмоционального компонента внутренней картины болезни выявило, что показатели личностной тревожности среди больных ХВГС, с отсутствием мотивации к лечению, достоверно выше, а показатели реактивной

тревожности достоверно выше (35,46 и 46,78, $p=0,002$), чем у больных ХВГС с высокой мотивацией к лечению (54,41 и 43,6, соответственно, $p=0,001$) (таблица 6).

Таблица 6 - Показатели реактивной и личностной тревожности у больных хроническим вирусным гепатитом С, в зависимости от мотивации к лечению

Тревожность	Высокая мотивация n=70	Отсутствие мотивации n=60	Статистическая значимость (критерий Манна-Уитни)
	M±SD		
Реактивная	35,46±10,38	46,78±13,37	$p=0,002$
Личностная	54,41±11,4	43,6±10,83	$p=0,001$

Проведенный корреляционный анализ показателей тревожности и уровня мотивации к лечению (готовность к изменениям опросника URICA) выявил слабую положительную зависимость между показателями личностной тревожности и показателями отсутствия мотивации к лечению ($r=0,163$, $p=0,001$) и отрицательную средней степени зависимость показателей реактивной тревожности с показателями высокой мотивацией к лечению ($r=-0,315$, $p=0,03$). Полученные данные свидетельствуют о негативном влиянии высокого уровня личностной тревожности на мотивацию к лечению (таблица 7).

Таблица 7 - Корреляционные связи шкалы субъективной оценки реактивной и личностной тревожности с мотивацией к лечению у больных хроническим вирусным гепатитом С

Тревожность	Корреляционные связи в группе с отсутствием мотивации к лечению		Корреляционные связи в группе с высокой мотивацией к лечению	
	r	p	r	p
Реактивная	0,085	0,004	-0,205	0,005
Личностная	0,163	0,001	-0,315	0,03

Анализ данных опросника эмоционального реагирования на болезнь (таблица 8) обнаружил следующие результаты: среди больных с отсутствием мотивации к лечению показатели по шкалам оптимизм и облегчение были

достоверно выше, чем у больных с высокой мотивацией к лечению ($1,78 \pm 1,09$ и $0,92 \pm 0,95$, соответственно, $p=0,049$; $0,78 \pm 0,44$ и $0,31 \pm 0,48$, соответственно, $p=0,03$).

Таблица 8 - Показатели эмоционального реагирования на болезнь у больных ХВГС с отсутствием мотивации к лечению и с высокой мотивацией к лечению

Эмоции	Отсутствие мотивации n=70	Высокая мотивация n=60	Статистическая значимость (критерий Манна-Уитни)
	M±SD		
Печаль	1,22±0,83	1,62±0,87	p>0,5
Надежда на лучшее	2,22±0,83	2,46±0,78	p>0,5
Страх	1,44±0,53	1,23±0,44	p>0,5
Депрессию	1,22±0,44	1,23±0,73	p>0,5
Чувство радости от преодоленных трудностей	1,11±1,17	1,31±1,03	p>0,5
Гнев	1,44±0,53	1,54±0,52	p>0,5
Оптимизм	1,78±1,09	0,92±0,95	p=0,045
Отчаяние	1,44±1,13	1,46±0,78	p>0,5
Равнодушие к своему состоянию	1,11±1,36	0,54±0,78	p=0,049
Разочарование	1,22±0,44	1,0±0,71	p>0,5
Облегчение	0,78±0,44	0,31±0,48	p=0,03
Беспомощность	1,0±0,71	1,46±1,05	p=0,048
Покорность	0,67±0,87	1,0±0,91	p>0,5
Удивление	1,11±0,78	0,69±0,75	p>0,5
Уверенность в себе и своих силах	1,44±0,88	1,23±0,83	p>0,5
Тревогу	1,78±0,44	2,08±0,64	p>0,5
Чувство готовности к борьбе	2,0±0,71	2,38±0,51	p=0,049
Вину, стыд	1,67±0,87	1,85±0,38	p>0,5
Благодарность за оказываемую заботу и поддержку	2,56±0,53	2,62±0,51	p>0,5
Страдание	1,22±0,44	1,62±0,87	p>0,5
Спокойствие	1,0±0,71	0,92±0,64	p>0,5
Презрение к себе	1,44±0,88	1,23±0,73	p>0,5

Переживаемые ими эмоции по отношению к болезни, по сравнению с пациентами с высокой мотивацией к лечению, сочетались с более выраженным равнодушием к своему состоянию ($1,11 \pm 1,36$ и $0,54 \pm 0,78$, соответственно,

$p=0,049$) и меньшей готовностью к борьбе ($2,0\pm 0,71$ и $2,38\pm 0,51$, соответственно $p=0,045$) (таблица 8).

Больные с высокой мотивацией к лечению испытывали более выраженную беспомощность ($1,46\pm 1,05$ и $1,0\pm 0,71$, $p=0,042$) по отношению к болезни, меньшее облегчение и оптимизм ($0,31\pm 0,48$ и $0,78\pm 0,44$, соответственно, $p=0,03$), с одновременно более выраженной готовностью к борьбе ($2,38\pm 0,51$ и $2,0\pm 0,71$, соответственно, $p=0,045$).

Таким образом, больные ХВГС с низкой мотивацией к лечению менее обеспокоены своим состоянием, недооценивают его тяжесть, проявляя необоснованный оптимизм и отчасти равнодушие к своему состоянию, что во многом определяет их неготовность к каким - либо действиям.

Корреляционный анализ выявил множественные корреляционные связи между показателями шкал эмоционального реагирования на болезнь и показателями мотивации к лечению. Сильную положительную зависимость с показателями высокой мотивации к лечению имели такие эмоциональные реакции, как тревога ($r=0,680$), страдание ($r=0,696$), печаль ($r=0,599$), беспомощность ($r=0,645$) и среднюю степень зависимости готовность к борьбе ($r=0,478$). Отрицательную зависимость средней и сильной степени выраженности демонстрировали: оптимизм ($r= -0,451$), спокойствие ($r= -0,477$), облегчение ($r= -0,583$) и разочарование ($r= -0,649$). Выявлена сильная положительная зависимость отсутствия мотивации к лечению с о следующими показателями: оптимизм ($r=0,615$), спокойствие ($r=0,443$), уверенность в своих силах ($r=0,610$) и разочарование ($r=0,564$). Отрицательная сильная 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 отсутствием мотивации 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. В

противоположность этому осознание, принятие и переживание негативных эмоций способствует принятию решений по совладанию с болезнью и повышает мотивацию к лечению и вероятность обращения за помощью. Напротив, отрицание проблемы, отсутствие реактивной тревоги за свое состояние и будущее, спокойное отношение к болезни, излишний оптимизм, самоуверенность и недооценка серьезности заболевания снижают мотивацию на лечение. Полученные данные могут являться целями-мишенями психотерапии, направленной на повышение мотивации к лечению.

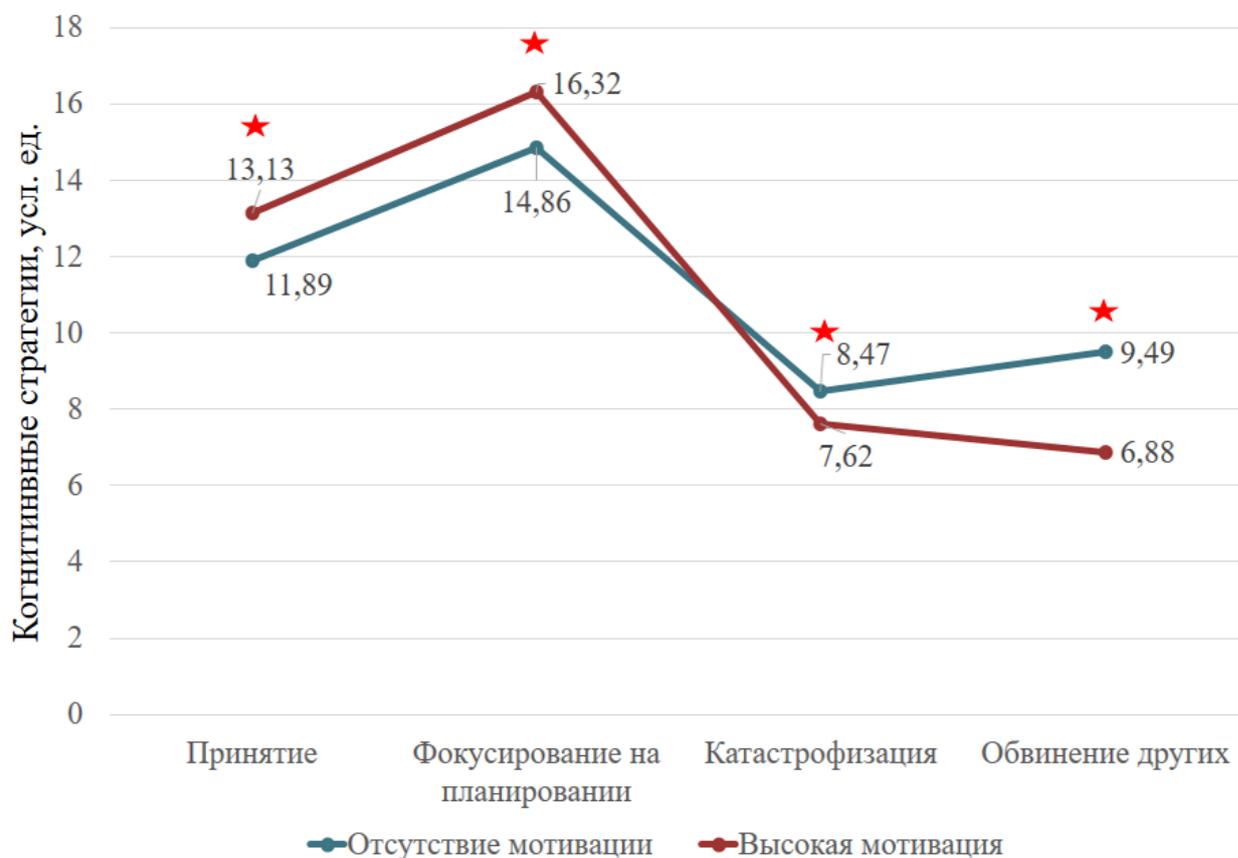
3.1.3 Когнитивный компонент внутренней картины болезни

Когнитивный компонент ВКБ изучался при помощи опросника «Когнитивная регуляция эмоций», направленного на выявление аффективной и когнитивной составляющей в формировании стратегий поведения, направленных на совладание с болезнью и методики для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями Лазаруса.

Таблица 9 - Показатели когнитивной регуляции эмоций у больных хроническим вирусным гепатитом С в зависимости от мотивации к лечению

Шкалы опросника	Отсутствие мотивации n=70	Высокая мотивация n=60	Статистическая значимость (критерий Манна-Уитни)
	M±SD		
Самообвинение	11,1±2,99	10,67±3,2	p>0,05
Принятие	11,89±2,88	13,13±2,68	p=0,015
Руминации	10,76±3,02	11,22±3,42	p>0,05
Позитивная перефокусировка	12,80±3,37	12,45±3,95	p>0,05
Фокусирование на планировании	14,86±3,41	16,32±2,97	p=0,01
Позитивная переоценка	13,49±3,38	14,28±3,74	p>0,05
Рассмотрение в перспективе	12,73±3,42	13,27±4,07	p>0,05
Катастрофизация	8,47±2,98	7,62±2,94	p=0,026
Обвинение других	9,49±3,41	6,88±2,58	p=0,001

Анализ когнитивной регуляции эмоций среди обследованных больных (таблица 9 и рисунок 2) обнаружил, что среди больных хроническим вирусным гепатитом С с высокой мотивацией к лечению достоверно выше показатели по шкале «Принятие», отражающей, согласно характеристикам опросника, адаптивную стратегию принятия ситуации, связанной с болезнью. А также по шкале «Фокусирование на планировании». Адаптивные когнитивные стратегии совладания с эмоциями способствуют процессам совладания со стрессом, в частности планированию действий, направленных на преодоление болезни. Следует отметить, что показатели шкал «Катастрофизация» и «Обвинение других» также достоверно выше среди больных, с отсутствием мотивации к лечению, что показывает влияние эмоций и способа совладания с ними на процессы принятия решений.



★ - статистическая значимость, $p < 0,05$

Рисунок 2 - Показатели опросника когнитивной регуляции эмоций в группах больных хроническим вирусным гепатитом С

Согласно описания опросника «Когнитивная регуляция эмоций» данные когнитивные стратегии совладания с эмоциями относятся к неэффективным и деструктивным, препятствуя управлению негативными эмоциями и совладанию со стрессом. Использование деструктивных когнитивных стратегий совладания с эмоциями больными вирусным гепатитом С затрудняет принятие ими решений, направленных на совладание с болезнью и снижает мотивацию к лечению. Проведенный корреляционный анализ показателей опросника когнитивной регуляции эмоций с показателями мотивации к лечению (таблица 10), подтверждает полученные данные о влиянии различных стратегий когнитивной регуляции эмоций на показатели готовности к действиям по отношению к болезни.

Таблица 10- Корреляционный анализ опросника когнитивной регуляции эмоций и шкалы оценки изменений в группе больных ХВГС (n=130)

Копинг-стратегии	Отсутствие мотивации к лечению n=70	Высокая мотивация к лечению n=60
Самообвинение	-	-
Принятие	-	r=0,289
Руминации	-	-
Позитивное мышление	-	-
Планирование	r= -0,309	r=0,173
Положительный пересмотр	-	-
Помещение в перспективу	-	-
Катастрофизация	r=0,229	-
Обвинение других	r=0,235	-

Так отсутствие мотивации к лечению (стадия предваряющего размышления) слабо положительно связана с такими неадаптивными стратегиями, как «Катастрофизация» (r=0,23, p=0,01), «Обвинение других» (r=0,234, p=0,01) и в

средней степени выраженности отрицательно с адаптивной стратегией «Фокусирование на планировании» ($r = -0,309$, $p = 0,045$). В то время как высокая мотивация к лечению (стадия действия) слабо положительно связана со стратегией «Принятие» ($r = 0,29$, $p = 0,04$) и «Фокусировании на планировании» ($r = 0,173$, $p = 0,05$), что может быть обусловлено с менее интенсивным переживанием катастрофы по отношению к болезни и принятием своей ответственности за случившееся.

Таким образом, выявляются два различных психологических механизма формирования отказа от действий по совладанию с болезнью. 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.

Исследование копинг-стратегий, применяемых больными ХВГС для совладания со стрессом при помощи методики для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями Лазаруса выявило следующее (таблица 11). Больные ХВГС с высокой мотивацией к лечению, по сравнению с больными, у которых отсутствовала мотивация к лечению, достоверно чаще использовали адаптивные копинг-стратегии совладания: поиск социальной поддержки и положительная переоценка, а также стратегию дистанцирования.

Стратегия поиска социальной поддержки предполагает попытки разрешения проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов, поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки. Характерны ориентированность на взаимодействие с другими людьми, ожидание внимания, совета, сочувствия. Положительные стороны: возможность использования внешних ресурсов для разрешения проблемной ситуации. Отрицательные

стороны: возможность формирования зависимой позиции и/или чрезмерных ожиданий по отношению к окружающим.

Таблица 11 - Использование стратегий совладающего поведения в группах больных ХВГС с отсутствием мотивации к лечению и высокой мотивацией к лечению

Копинг-стратегии	Отсутствие мотивации к лечению n=70	Высокая мотивация к лечению n=60	Статистическая значимость (критерий Манна-Уитни)
	M±SD		
Конфронтация	47,19±10,47	47,7±10,76	p>0,05
Дистанцирование	48,37±12,82	42,92±14,1	p=0,02
Самоконтроль	45,76±10,92	48,1±12,77	p>0,05
Поиск социальной поддержки	50,86±9,74	55,6±8,6	p=0,001
Принятие ответственности	44,76±10,86	43,55±12,12	p>0,05
Бегство-избегание	48,39±9,54	48,07±9,01	p>0,05
Планирование решения проблемы	48,06±11,6	50,95±10,72	p>0,05
Положительная переоценка	47,27±10,36	53,4±11,26	p=0,001

Копинг-стратегия «Положительная переоценка» основана на положительном пересмотре случившегося события и носит в целом адаптивный характер, снижая эмоциональное напряжение переживаемой ситуации и тем самым способствует преодолению стресса. Стратегия дистанцирования основана на преодолении негативных переживаний через снижение ее субъективной значимости, снижая эмоциональной вовлеченности в нее, что может способствовать более рациональному принятию решений. Таким образом больные ХВГС с высокой мотивацией к лечению демонстрируют более адаптивные способы совладания со стрессовой ситуацией, что может способствовать формированию более эффективных способов совладания с болезнью.

3.1.4 Мотивационный компонент внутренней картины болезни

Исследование мотивационного компонента внутренней картины болезни проводилось при помощи теста смысловых ориентаций Д. Крамбо и Л. Махолик, в адаптации Д.А.Леонтьева и «Опросника для оценки помогающего альянса II (НАq-II) J.P. Barber, в адаптации П.В. Тучина. По результатам методики СЖО Леонтьева (таблица 12) между больными ХВГС, находящимися на стадии с отсутствием мотивации к лечению и больными с высокой мотивацией к лечению выявлены достоверные различия следующих показателей: осмысленности жизни ($108,14 \pm 20,04$ и $99,27 \pm 18,41$, $p=0,004$, соответственно), цели жизни ($35,39 \pm 6,53$ и $30,77 \pm 6,8$, соответственно, $p=0,0001$), нацеленности на результат ($27,7 \pm 5,16$ и $25,38 \pm 5,07$, соответственно $p=0,012$) и локус-контроля «Я» ($21,9 \pm 5,18$ и $20,6 \pm 4,29$, соответственно, $p=0,043$).

Таблица 12 - Показатели теста «Смысловые ориентации» в группах больных ХВГС с отсутствием мотивации к лечению и высокой мотивацией к лечению

Показатели теста	Отсутствие мотивации к лечению n=70	Высокая мотивация к лечению n=60	Статистическая значимость (критерий Манна-Уитни)
	M±SD		
Цели жизни	30,77±6,8	35,39±6,53	p=0,0001
Процесс	29,24±5,88	29,71±7,56	p>0,05
Результат	25,38±5,07	27,7±5,16	p=0,012
Локус – контроля "Я"	20,6±4,29	21,9±5,18	p=0,043
Локус контроля – жизнь	28,75±5,96	30,48±7,78	p=0,091
Общий показатель осмысленности жизни	99,27±18,41	108,14±20,04	p=0,008

Полученные данные отражают наличие у больных из данной группы устойчивых целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. Высокие баллы по шкалам

"результат", "локус контроля-Я", "общий показатель осмысленности", свидетельствует о том, что они принимают ответственность за достижение этих целей. Отсутствие различий по шкале "процесс" жизни могут говорить о том, что у обеих групп имеется неудовлетворенность своей актуальной жизненной ситуацией, что, безусловно, связано и с заболеванием, однако у больных на стадии действий преобладает положительная оценка и важность прошлого опыта, а также ориентированность на собственную ответственность в изменениях. В то время как больные с отсутствием мотивации к лечению характеризуются отсутствием веры в свои силы и подчиненностью внешним обстоятельствам.

Корреляционный анализ обнаружил достоверные слабые положительные связи высокой мотивации к лечению со шкалами цели жизни ($r=0,245$, $p=0,04$), результат ($r=0,236$, $p=0,03$), локус контроля «Я» ($r=0,209$, $p=0,02$), общий показатель осмысленности жизни ($r=0,249$, $p=0,04$). И слабые отрицательные связи отсутствия мотивации к лечению со шкалами цели жизни ($r= -0,207$, $p=0,045$), общий показатель осмысленности жизни ($r=-0,192$, $p=0,03$) (таблица 13).

Таблица 13 - Результаты корреляционного анализа теста «Смысложизненные ориентации» и шкалы оценки изменений в группе больных ХВГС (n=130)

Показатели теста	Отсутствие мотивации к лечению n=70	Высокая мотивация к лечению n=60
Цели жизни	$r= -0,207$	$r=0,245$
Процесс	$r= -0,173$	-
Результат	-	$r=0,236$
Локус - контроля "Я"	-	$r=0,209$
Локус контроля – жизнь	-	$r=0,182$
Общий показатель осмысленности жизни	$r= -0,192$	$r=0,249$

Таким образом, больных, находящихся на высокой мотивации к лечению, характеризует наличие устойчивых целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. Это говорит о целеустремленности данных больных или характеризует их как людей, планы

которых являются весьма ценными, и, учитывая высокие баллы по шкалам "результат", "локус контроля-Я", "общий показатель осмысленности", они принимают ответственность за достижение этих целей и более мотивированы на совладение с болезнью. В то время как больные с отсутствием мотивации к лечению не предпринимают действий, направленных на преодоление болезни и формирование нового смысла.

Непосредственное отношение к мотивационному уровню ВКБ и готовности к действиям по совладению с болезнью имеет уровень терапевтического альянса. Выявлено, что пациенты с высокой мотивацией к лечению чаще обнаруживали более высокий уровень терапевтического альянса, по сравнению с пациентами с отсутствием мотивации к лечению (таблица 14).

Полученные данные свидетельствуют о значимости терапевтического альянса в диаде врач-больной. Доверие к врачу и назначенному им лечению повышает мотивацию на лечение и готовность больного к действиям по совладанию с болезнью.

Таблица 14 - Уровень терапевтического альянса в группах больных хроническим вирусным гепатитом С отсутствием мотивации к лечению и высокой мотивацией к лечению

Выраженность терапевтического альянса	Отсутствие мотивации к лечению n=70		Высокая мотивация к лечению n=60	
	n	%	N	%
Высокий уровень	48	69,0	50	83,0
Низкий уровень	22	31,0	10	17,0

3.1.5 Влияние особенностей характерологических черт на мотивацию к лечению.

Изучение влияния особенностей характерологических черт на мотивацию к лечению проводилось с использованием методики «Структура характера и

темперамента» Клониджера и «шкалы импульсивности Баррата».

По результатам методики «Структура характера и темперамента» Клониджера выявлено (таблица 15), что среди пациентов, находящихся на стадии высокой мотивации к лечению, достоверно преобладали такие свойства характера, как избегание вреда ($10,04 \pm 5,04$ и $8,61 \pm 3$, соответственно, $p=0,049$), отражающие тревожность и более внимательное отношение к своему здоровью и зависимость от вознаграждения ($8,7 \pm 2,93$ и $7,52 \pm 2,39$, соответственно, $p=0,011$) проявляющиеся открытостью, легкостью в общении, способностью к эмпатии, что может оказывать положительное влияние на уровень терапевтического альянса. А также трансцендентность Я ($5,34$ и $7,043$ соответственно, $p=0,033$), отражающая стремление к духовному поиску и самораскрытию собственного Я.

Исследование уровня импульсивности, как способности к планированию своих действий или склонности непреднамеренным поступкам выявило, что больные ХВГС с отсутствием мотивации к лечению характеризовались более выраженной импульсивностью, проявляющейся низким уровнем настойчивости и самоконтроля, сравнительно большими затруднениями в решении сложных задач (подшкала когнитивная сложность), неустойчивостью внимания.

Корреляционный анализ выявил слабую отрицательную зависимость высокой мотивации к лечению с показателями подшкалы настойчивость ($r= -0,229$, $p<0,05$), среднюю с подшкалой самоконтроль ($r= -0,303$, $p<0,05$), когнитивная сложность ($r= -0,360$, $p<0,05$) и общим баллом импульсивности ($r=-0,374$, $p<0,05$). Полученные данные свидетельствуют о меньшей устойчивости внимания, сниженном самоконтроле, настойчивости в достижении целей и затруднениях в решении сложных задач у больных ХВГС с отсутствием мотивации к лечению. Повышенный уровень импульсивности, проявляющийся недостаточной настойчивостью, низким самоконтролем, когнитивными затруднениями в решении сложных задач негативно влияет на мотивации к лечению.

Таблица 15 - Характерологические особенности больных ХВГС с отсутствием мотивации к лечению и высокой мотивацией к лечению

Названия шкал	Отсутствие мотивации	Высокая мотивация	Статистическая значимость (критерий Манна-Уитни)
Показатели методики «Структура характера и темперамента» Р. Клонинджера			
Поиск новизны	8,78±1,23	8,91±1,54	p>0,05
Избегание вреда	8,61±1,1	10,04±1,97	p=0,049
Зависимость от вознаграждения	7,52±0,98	8,69±1,6	p=0,011
Настойчивость	2,43±0,45	2,56±0,45	p>0,05
Самонаправленность	15,0±2,78	15,43±2,59	p>0,05
Сотрудничество	17,43±4,67	18,3±2,87	p>0,05
Трансцендентность Я	5,35±1,2	7,04±1,01	p=0,033
Показатели шкалы импульсивности Баррата			
Внимание	10,39±1,93	9,0±1,59	p=0,001
Когнитивная нестабильность	7,1±1,75	6,93±1,91	p>0,05
Движение (моторная нестабильность)	14,2±2,57	13,45±2,42	p>0,05
Настойчивость	7,43±1,8	6,65±1,54	p=0,01
Самоконтроль	13,74±3,4	10,3±2,6	p=0,001
Когнитивная сложность	13,06±2,84	11,48±2,51	p=0,001
Общая выраженность импульсивности	62,34±6,54	58,43±5,89	p=0,001

Корреляционный анализ выявил слабую положительную зависимость высокой мотивации к лечению с врожденной чертой темперамента «настойчивость», отражающей такие свойства, как принятие ответственности за свой выбор, целеустремленность и целенаправленность ($r=0,202$, $p=0,043$) и характерологической черты «самонаправленность», отражающей социальную зрелость личности ($r=0,224$, $p=0,03$). В тоже время обнаруживалась сильная положительная зависимость особенностей характерологических с отдельными показателями теста «Смыслжизненные ориентации». Выявлено, что среди больных с высокой мотивацией к лечению, такая черта характера, как

«самонаправленность» была положительно сильно связана с процессом жизни ($r=0,560$, $p=0,03$), нацеленностью на результат ($r=0,551$, $p=0,02$) и осмысленностью жизни ($r=0,501$, $p=0,04$). Полученные данные отражают влияние определенных черт характера на восприятие жизни, зрелость жизненных установок и целей. «Самонаправленность» также была положительно сильно связана с адаптивной стратегией когнитивной регуляции эмоций «положительная перефокусировка» ($r=0,651$, $p=0,04$), что показывает значение влияния таких свойств характера, как ответственность за себя и самоконтроль, на положительное переосмысление ситуации.

3.1.6 Многофакторная модель мотивации к лечению у больных ХВГС (на основе процедуры логит-регрессия модуля нелинейное оценивание)

С целью уточнения факторов, влияющих на мотивацию к лечению, на выборке из 108 больных была построена многофакторная модель мотивации к лечению у больных ХВГС (на основе процедуры Логит-регрессия модуля нелинейное оценивание).

Формирование многофакторной модели стадии по тесту URICA проводилось путем построения уравнения логит-регрессии.

Для построения логит-модели копинг-стратегий, представляемых в виде качественных признаков, использовали процедуру логит-регрессия модуля нелинейное оценивание. Адекватность построенной модели оценивалась по значениям статистик итоговых потерь.

С целью отбора признаков для включения в многофакторную модель предварительно при помощи дисперсионного анализа проводился анализ связи стадии по тесту URICA с факторами, потенциально влияющими на стадию. В анализ включались факторы, демонстрировавшие статистически значимую связь со стадией по тесту URICA ($p<0,05$).

По результатам анализа теста URICA, 59 (54,6%) пациентов находились на стадии отсутствие мотивации к лечению (стадия предваряющего размышления), 7

(6,5%) на стадии амбивалентной мотивации (стадия размышления) и 42 (38,9%) на стадии высокой мотивации к лечению (стадия действий). Многофакторные модели формировались для пациентов, находящихся на стадии отсутствия мотивации и на стадии высокой мотивации. Число пациентов, находящихся на стадии амбивалентная мотивация (n=7), было недостаточно для проведения анализа.

Многофакторная модель формирования отсутствия мотивации к лечению (стадия предваряющего размышления опросника «Оценка изменений Университета Род-Айленд» - URICA)

Для отбора факторов в качестве кандидатов для построения модели нахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению на первом этапе при помощи дисперсионного анализа проводился анализ связи факторов с нахождением на стадии отсутствия мотивации к лечению. Результаты дисперсионного анализа представлены в приложении.

Факторы, демонстрировавшие статистически значимую связь с нахождением на стадии отсутствия мотивации к лечению ($p < 0,05$), представлены в таблице 16. Эти факторы включались в анализ для построения логит-модели нахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению.

В результате логистического анализа было составлено уравнение логит-регрессии, с помощью которого можно прогнозировать вероятность нахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению по формуле:

$$p = \frac{1}{1 + e^{-y}}$$

p – вероятность ненахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению

$$Y = -1,9 + 0,5xС + 1,5xТ + 0,6xВД + 1xСДЗ - 1,8xВМ - 2,9xНРТ + 0,5xУРТ + 0,4xОбв. - 0,07xРБ-Т + 0,04xРБ-С - 0,07xСО-Р + 0,06xСО-Я - 0,7xКл-Н$$

Условные обозначения факторов, указанных в формуле, представлены в таблице 17.

Таблица 16 - Факторы, статистически значимо связанные с нахождением на стадии отсутствия мотивации к лечению

Факторы	F – критерий Фишера	Статистическая значимость
Стационар	4,74	p=0,032
Терапия	6,655	p=0,011
высокий достаток семьи	4,035	p=0,047
длительность заболевания 1-3 года	9,906	p=0,002
длительность заболевания	5,604	p=0,005
НАQ - II (Высокая мотивация)	7,584	p=0,007
Высокая реактивная тревожность	11,491	p=0,001
Высокая личностная тревожность	7,291	p=0,008
Когнитивная регуляция эмоций (Обвинение других)	1,853	p=0,046
Эмоциональное реагирование на болезнь (тревога)	2,135	p=0,029
Эмоциональное реагирование на болезнь (спокойствие)	3,09	p=0,004
Опросник смысложизненных ориентаций (Результат)	2,316	p=0,003
Опросник смысложизненных ориентаций (Локус-контроля "Я")	2,056	p=0,016
Опросник Клонинджера (Настойчивость)	2,77	p=0,029

Адекватность модели измерялась с помощью количества ошибок классификации наблюдений, осуществленной в соответствии с построенной моделью. Так, правильно предсказаны 75,5% пациентов со значением «находится на стадии отсутствия мотивации к лечению» и 86,4% пациентов со значением «не находится на стадии отсутствия мотивации к лечению». Общий процент верно классифицированных моделью больных равен 81,5%.

В таблице 17 указана относительная вероятность нахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению – этот показатель указывает, во сколько раз каждый из перечисленных в таблице факторов увеличивает вероятность нахождения пациента на этой стадии.

Наиболее выраженную связь с вероятностью нахождения пациента на стадии отсутствия мотивации к лечению демонстрирует низкая реактивная тревожность (по шкале реактивной тревожности) – она снижает эту вероятность в

16,7 раза. В то время как умеренная реактивная тревожность повышает вероятность нахождения пациента на стадии отсутствия мотивации к лечению в 1,67 раза.

Таблица 17 - Относительная вероятность нахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению

$$Y = -1,9 + 0,5xС + 1,5xТ + 1xСДЗ - 2,9xНРТ + 0,5xУРТ + 0,4xОбв - 0,07xРБ-Т + 0,04xРБ-С - 0,07xСО-Р + 0,06xСО-Я - 0,7xКл-Н$$

Код	Фактор	Вес фактора	ОВ	Значения
Медицинские показатели				
С	Стационар	0,5	1,7	0/1
Т	Терапия	1,5	4,6	0/1
СДЗ	Длительность заболевания 1-3 года	1	2,7	0/1
Психологические характеристики				
ТА	Высокий уровень ТА	-1,8	0,17	0/1
НРТ	Низкая реактивная тревожность	-2,9	0,06	0/1
УРТ	Умеренная реактивная тревожность	0,5	1,7	0/1
Обв	Регуляция эмоций (обвинение других)	0,4	1,5	4-20
РБ-Т	Реагирование на болезнь (тревога)	-0,07	0,93	0-10
РБ-С	Реагирование на болезнь (спокойствие)	0,04	1,04	0-10
СО-Р	Смыслжизненные ориентации (результат)	-0,07	0,93	7-35
СО-Я	Смыслжизненные ориентации (локус-контроль Я)	0,06	1,06	7-35
Кл-Н	Клонинджер (настойчивость)	-0,7	0,5	0-11

■ - снижение вероятности; ■ - повышение вероятности.

ОВ- относительная вероятность применения копинг-стратегии

Выраженное влияние оказывал показатель по шкале «обвинение других» опросника «Когнитивная регуляция эмоций» (повышение вероятности в 1,5 раза при повышении показателя на 1 балл по этой шкале). При анализе влияния этого фактора необходимо учитывать, что значение по шкале варьирует в пределах от 4 до 20.

Фактором, выражено снижающим вероятность нахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению, является шкала «настойчивость» теста Клонинджера – при повышении показателя по этой шкале на 1 балл вероятность нахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению уменьшается в 2 раза. Значение по шкале «настойчивость» теста Клонинджера варьирует в пределах от 0 до 11.

Следующим по значимости фактором является высокая мотивация по тесту НАQ-II – у пациентов с этим фактором вероятность нахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению снижена в 5,9 раза. У пациентов, находящихся в стационаре вне терапии вероятность нахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению повышена в 4,6 и 1,7 раза соответственно.

Другими факторами, повышающими вероятность нахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению, являются длительность заболевания от 1 до 3 лет (в 2,7 раза), высокий достаток семьи (в 1,8 раза),

Повышение выраженности тревожного реагирования на болезнь на 1 балл из 10 возможных снижает вероятность нахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению в 0,93 раза, тогда как повышение выраженности спокойного реагирования на болезнь оказывает противоположное действие – повышение на 1 балл повышает вероятность нахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению в 1,04 раза.

Повышение выраженности по шкале «результат» теста на смысловые ориентации снижает вероятность нахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению в 0,93 раза, а повышение выраженности по шкале «локус-контроль Я» этого теста, напротив, повышает вероятность нахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению в 1,06 раза.

Многофакторная модель нахождения на стадии высокой мотивации к лечению (стадия действий опросника «Оценка изменений Университета Род-Айленд» -URICA) .

Для отбора факторов в качестве кандидатов для построения модели нахождения на стадии действий, на первом этапе при помощи дисперсионного анализа проводился анализ связи факторов с нахождением на стадии действий. Результаты дисперсионного анализа представлены в приложении.

Факторы, демонстрировавшие статистически значимую связь с нахождением на стадии действий ($p < 0,05$), представлены в таблице 18. Эти факторы включались в анализ для построения логит-модели нахождения на стадии действий.

Таблица 18 - Факторы, статистически значимо связанные с нахождением на стадии высокой мотивации к лечению

Факторы	F – критерий Фишера	Статистическая значимость
Длительность заболевания 1-3 года	5,887	$p=0,017$
Низкая реактивная тревожность	4,465	$p=0,037$
Когнитивная регуляция эмоций (Обвинение других)	2,037	$p=0,026$
Эмоциональное реагирование на болезнь (тревога)	2,349	$p=0,016$
Эмоциональное реагирование на болезнь (спокойствие)	2,376	$p=0,022$
Опросник смысло-жизненных ориентаций (Результат)	2,713	$p=0,001$
Опросник Клонинджера (Зависимость от вознаграждения)	2,437	$p=0,019$
Опросник Барратта (Самоконтроль)	2,287	$p=0,023$

В результате логистического анализа было составлено уравнение логит-регрессии, с помощью которого можно прогнозировать вероятность нахождения на стадии действий по формуле:

$$p = \frac{1}{1 + e^{-y}}$$

p – вероятность ненахождения на стадии высокой мотивации к лечению.

$$Y = 0,15 - 1,15 \times \text{СДЗ} + 1,15 \times \text{НРТ} - 0,32 \times \text{Обв.} + 0,04 \times \text{РБ-Т} + 0,01 \times \text{РБ--С} + 0,08 \times \text{СО-Р} - 0,01 \times \text{СО-Я} + 0,18 \times \text{Кл-З} - 0,33 \times \text{Б-С}$$

Условные обозначения факторов, указанных в формуле, представлены в таблице 19

Адекватность модели измерялась с помощью количества ошибок классификации наблюдений, осуществленной в соответствии с построенной моделью. Так, правильно предсказаны 83,3% пациентов со значением «находится на стадии высокой мотивации к лечению» и 57,1% пациентов со значением «не находится на стадии высокой мотивации к лечению». Общий процент верно классифицированных моделью больных равен 73,2%.

В таблице 19 указана относительная вероятность нахождения на стадии высокой мотивации – этот показатель указывает, во сколько раз каждый из перечисленных в таблице факторов увеличивает вероятность нахождения пациента на этой стадии.

Таблица 19 - Относительная вероятность нахождения на стадии высокой мотивации к лечению.

$$Y=0,15 - 1,15 \times \text{НРТ} - 0,11 \times \text{КП} - \text{БП} - 0,32 \times \text{Обв} + 0,04 \times \text{РБ-Т} + 0,01 \times \text{РБ-С} + 0,08 \times \text{СО-Р} - 0,01 \times \text{СО-Я} + 0,18 \times \text{Кл-З} - 0,33 \times \text{Б-С}$$

Код	Фактор	Вес фактора	ОВ	Значения
СДЗ	Длительность заболевания 1-3 года	-1,15	0,3	0/1
Психологические характеристики				
НРТ	Низкая реактивная тревожность	1,15	3,2	0/1
Обв	Регуляция эмоций (обвинение других)	-0,32	0,73	4-20
РБ-Т	Реагирование на болезнь (тревога)	0,04	1,04	0-10
РБ-С	Реагирование на болезнь (спокойствие)	0,01	1,01	0-10
СО-Р	Смыслжизненные ориентации (результат)	0,08	1,08	7-35
СО-Я	Смыслжизненные ориентации (локус-контроль Я)	-0,01	0,99	7-35
Кл-Н	Клонинджер (зависимость от вознаграждения)	0,17	1,2	0-11
Б-С	Баррат (самоконтроль)	-0,33	0,72	0-20

 - снижение вероятности;  - повышение вероятности.

ОВ- относительная вероятность применения копинг-стратегии

Выраженное влияние на вероятность нахождения на стадии высокой мотивации к лечению оказывали психологические факторы.

Наибольшее значение имеют показатели по шкале «самоконтроль» теста Баррата и шкале «обвинение других» теста «Когнитивная регуляция эмоций» - повышение показателя по каждой из этих шкал на 1 балл способствует снижению вероятности нахождения на стадии действий в 1,4 раза. Показатель по шкале «самоконтроль» теста Баррата варьирует в пределах от 0 до 20, по шкале «обвинение других» теста «Когнитивная регуляция эмоций» - от 4 до 20.

Повышение показателя по шкале «зависимость от вознаграждения» теста Клонинджера на 1 балл, напротив, повышает вероятность нахождения на стадии действий в 1,2 раза. Показатель по этой шкале варьирует в пределах от 0 до 11. Аналогично повышение показателя по шкале «результат» теста «Смыслжизненные ориентации» на 1 балл снижает вероятность нахождения на стадии действий в 1,08 раза. Показатель по этой шкале варьирует в пределах от 7 до 35. Низкая реактивная тревожность снижает вероятность нахождения на стадии высокой мотивации к лечению в 3,2 раза. Длительность заболевания от 1 до 3 лет снижали вероятность нахождения на стадии высокой мотивации к лечению в 2,8 и 3,3 раза соответственно.

Полученные данные логистического анализа подтверждают важность феномена тревоги в формировании мотивации к лечению. Особое значение имеет повышенный уровень реактивной тревожности, которая способствует снижению мотивации к лечению. Однако и спокойное эмоциональное реагирование на болезнь также повышает вероятность формирования отсутствия мотивации к лечению. При этом отмечается использование неадаптивных копен-стратегий совладания с эмоциями «обвинение других», которые способствуют снижению уровня тревоги, одновременно, затрудняя использование адаптивных стратегий совладания с болезнью и, тем самым, препятствуют переходу на стадию действий по отношению к болезни. Выявленное противоречие подтверждают полученные ранее данные о различиях психологических механизмов формирования мотивации к лечению, в которых. Важное значение в формировании мотивации к

лечению имеет также уровень терапевтического альянса, зрелость личности, наличие устойчивых жизненных целей, настойчивость, как свойство характера, которые повышают уровень мотивации к лечению. Обращает на себя внимание длительность заболевания: со времени от начала заболевания мотивация к лечению снижается. Данный фактор предопределяет необходимость раннего начала реабилитационных мероприятий, направленных на повышение мотивации к лечению у больных ХВГС.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что формирование мотивации к лечению у больных хроническим вирусным гепатитом С носит сложный и многофакторный характер. Телесный компонент ВКБ среди данных больных редуцирован и, в связи с не выраженностью и диффузностью симптомов, затрудняет осознание их непосредственной связи с болезнью, не оказывая существенного влияния на мотивацию к лечению. Эмоциональный, когнитивный и мотивационный компоненты ВКБ тесно связаны между собой и оказывают существенное влияние на мотивацию к лечению. Эмоциональный компонент ВКБ, проявляющийся тревогой, оказывает значимое влияние на готовность к действиям по совладанию с болезнью.

Полученные данные позволили предложить две теоретические модели психологических механизмов, формирующих отсутствие мотивации к лечению. Первый обусловлен действием психологических защитных механизмов, обеспечивающих низкий уровень реактивной тревоги, и проявляется недостаточным осознанием тяжести заболевания. Второй, обусловлен использованием неадаптивных когнитивных стратегий совладания с болезнью, что проявляется высоким уровнем личностной тревоги, переживанием катастрофы по отношению к болезни и «параличом действий» по совладанию с болезнью (Рисунок 3-4).



Рисунок 3 - Модель психологических механизмов формирования отсутствия мотивации к лечению №1

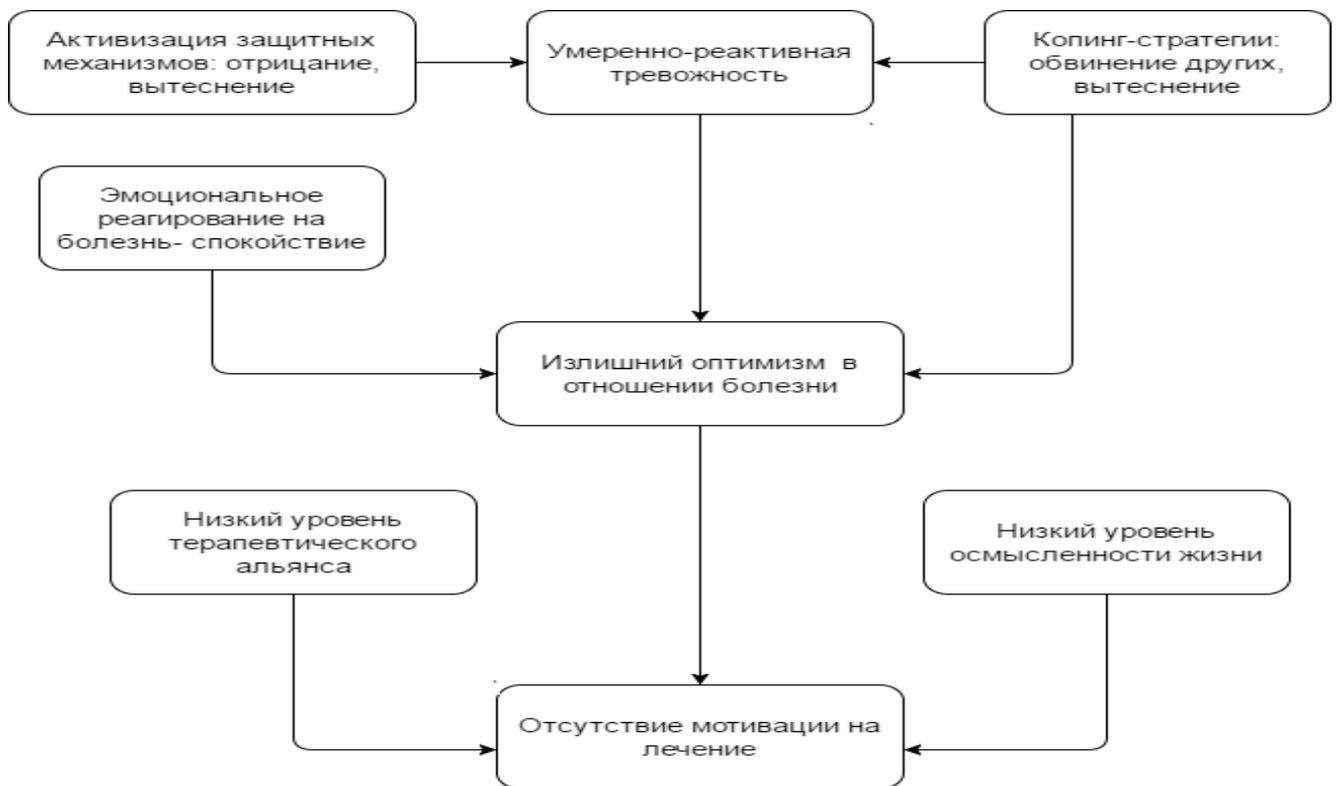


Рисунок 4 - Модель психологических механизмов формирования отсутствия мотивации к лечению №2

Когнитивный компонент ВКБ отражает наличие определенных связей с эмоциональным компонентом: реактивная и личностная тревога оказывают отрицательное влияние на использование адаптивных когнитивных стратегий совладания с болезнью и способствуют применению неадаптивных когнитивных стратегий. В свою очередь эффективная когнитивная регуляция эмоций способствует снижению уровня тревоги и обращению к адаптивным стратегиям совладания с болезнью: принятие ситуации, связанной с болезнью и фокусировании на планировании действий. В данном случае осознание болезни, принятие и переживание негативных эмоций повышает мотивацию к лечению и обращению за помощью. Мотивационный уровень ВКБ оказывает существенное влияние на готовность к действиям по совладанию с болезнью: наличие устойчивых жизненных целей, нацеленность на результат и высокий уровень локус контроля-я оказывает положительное влияние мотивацию больного к лечению. Высокий уровень терапевтического альянса положительно влияет на мотивацию к лечению. Особое влияние на готовность к лечению имеют характерологические свойства больных: направленность на сотрудничество, избегание вреда и зависимость от вознаграждения оказывают положительное влияние на мотивацию к лечению. Напротив, такие свойства темперамента, как повышенный уровень импульсивности, проявляющийся неустойчивостью внимания, сниженным самоконтролем и затруднениями в решении сложных задач снижают мотивацию на лечение и готовность к обращению за помощью. Характерологические свойства больных оказывают влияние на отдельные уровни ВКБ, за исключением чувственного.

3.2 Внутренняя картина болезни и мотивация на лечение у больных хроническим вирусным гепатитом С получающих и не получающих противовирусную терапию

В соответствии с задачами исследования был проведен анализ мотивации к лечению и внутренней картины болезни различных групп больных вирусным

гепатитом С: группа не получающих противовирусную терапию – группа 4 (n=92) и группа 3 (n=38), получающих противовирусную терапию (таблица 20).

Было выявлено, что среди больных (группа 3), получающих ПВТ отмечается снижение количества больных, находящихся на стадии высокой мотивации к лечению и, соответственно, увеличивается доля больных, находящихся на стадии отсутствия мотивации к лечению. Последующее клинико-психологическое интервью позволило уточнить характер восприятия болезни у данной группы больных. Большая часть больных (71,7%) считала, что на данном этапе проблема гепатита С для них решена и нет необходимости что-либо предпринимать.

Таблица 20 - Показатели шкалы «Оценка изменений Университета Род-Айленд» в группах больных получающих и не получающих противовирусную терапию

Выраженность мотивации	Группа 3, получающая ПВТ n=38		Группа 4, не получающая ПВТ n=92	
	n	%	N	%
Отсутствие мотивации к лечению	27	71,1	43	42,0
Высокая мотивация к лечению	11	28,9	49	48,0

При этом в результате исследования было обнаружено, что данная категория больных наиболее часто нарушала режим приема противовирусных препаратов. Необходимо отметить, что в момент психологического обследования у больных, находящихся на ПВТ вирус гепатита С по данным анализов, не обнаруживался. Напротив, для больных группы 4 актуальным являлось предпринять усилия для включения в группу больных, получающих противовирусную терапию.

3.2.1 Чувственный компонент внутренней картины болезни

Исследование чувственного компонента ВКБ, по данным опросника ВДИО

выявило, что больные ХВГС, не получающие терапию (группа 4), по сравнению с больными, находящимися на ПВТ (группа 3), достоверно чаще отмечают у себя различные интрацептивные ощущения, испытанные ощущения и болезненные ощущения (таблица 21). При этом больные, находящиеся на стадии предваряющих размышлений и не получающие терапию, достоверно чаще отмечают у себя наличие важных и значимых интрацептивных ощущений, по сравнению с больными, получающими ПВТ. Как будет показано ниже среди больных ХВГС, не получающих терапию показатели реактивной и личностной тревоги достоверно выше, чем у больных, получающих ПВТ. Вероятно, именно тревога заставляет их прислушиваться к своим различным телесным ощущениям.

Таблица 21 - Показатели теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» в группах больных получающих и не получающих противовирусную терапию

Дескрипторы	Получающие ПВТ (n=38)	Не получающие ПВТ (n=92)	Статистическая значимость (критерий Манна-Уитни)
	M±SD		
интрацептивных ощущений	29,34±14,26	42,57±13,97	p=0,01
испытанных ощущений	21,99±12,76	32,56±12,7	p=0,01
болезненных ощущений.	12,13±10,19	20,98±10,51	p=0,01
опасных, угрожающих здоровью ощущений	5,59±6,53	7,79±6,68	p>0,05
часто встречающихся ощущений	3,6±3,72	3,69±4,34	p>0,05
важных, значимых ощущений	1,84±1,26	1,7±1,88	p>0,05

3.2.2 Эмоциональный компонент внутренней картины болезни

Исследование эмоционального компонента ВКБ выявило следующее. По данным опросника субъективной оценки реактивной и личностной тревожности

Ч.Д.Спилбергера и Ю.Л.Ханина обнаружено, что среди больных ХВГС, не получавших терапию (группа 4) выраженность реактивной и личностной тревоги была достоверно выше (группа 3) (таблица 22).

Таблица 22 - Показатели реактивной и личностной тревожности в группах больных, получающих и не получающих противовирусную терапию

Тревожность	Группа 3, получающая ПВТ (n=38)	Группа 4, не получающая ПВТ (n=92)	Статистическая значимость (критерий Манна-Уитни)
	M±SD		
Реактивная	37,89±10,81	45,42±11,65	p=0,01
Личностная	39,03±7,94	46,11±11,59	p=0,01

Полученные данные отражают вполне закономерную реакцию на сложившуюся ситуацию с недостаточной доступностью эффективного лечения. В тоже время высокий уровень тревоги, как было выявлено ранее, может оказывать негативное влияние на дальнейшее планирование действий по совладанию с болезнью. Следует отметить, что для больных гепатитом С, получавших ПВТ, был характерен умеренный уровень тревоги. Умеренный уровень тревоги оказывает, как было показано выше, мобилизующее воздействие на достижение цели, по совладанию с болезнью. Характерно, что у больных гепатитом С, не получавших ПВТ достоверно чаще отмечался высокий уровень и личностной тревоги, сопровождающий стадию высокой мотивации к лечению.

Корреляционный анализ связей тревоги и мотивации на лечение в группе больных, не получающих ПВТ, выявил положительную слабую зависимость личностной тревоги с отсутствием мотивации к лечению ($r=0,226$, $p<0,05$) и отрицательную слабую зависимость реактивной и средней степени выраженности личностной тревоги с высокой мотивацией к лечению ($r=-0,29$ и $r=-0,397$, соответственно, при $p<0,05$). Достоверных корреляционных связей тревоги и высокой мотивацией к лечению среди больных, получающих ПВТ (группа 3) выявлено не было (Таблица 23).

Таблица 23 - Корреляционный анализа шкалы реактивной и личностной тревожности и мотивации на лечение в группах больных, получающих и не получающих терапию

Стадии	Реактивная тревожность		Личностная тревожность	
	Группа 3, получающие ПВТ (n=38)	Группа 4, не получающие ПВТ (n=92)	Группа 3, получающие ПВТ (n=38)	Группа 4, не получающие ПВТ (n=92)
Отсутствие мотивации к лечению	-	-	-	-
Высокая мотивация к лечению	-	r= -0,29	-	-

Полученные результаты подтверждают выдвинутый ранее тезис о негативном влиянии выраженной тревоги на готовность к действиям по совладанию с болезнью.

3.2.3 Когнитивный компонент внутренней картины болезни

Изучение когнитивного компонента ВКБ выявило следующее. По данным опросника когнитивной регуляции эмоций (Таблица 24) обнаружены достоверно более высокие показатели адаптивных стратегий «Позитивная перефокусировка» и «Позитивная переоценка» среди больных, проходящих ПВТ (группа 3), по сравнению с больными без ПВТ (группа 4).

Таблица 24 - Показатели опросника «Когнитивная регуляция эмоций» в группах больных получающих и не получающих терапию

Показатели	Группа 3, получающие ПВТ (n=38)	Группа 4, не получающие ПВТ (n=92)	Статистическая значимость (критерий Манна-Уитни)
	M±SD		
Самообвинение	11,24±2,91	10,76±3,16	p>0,05
Принятие	12,39±2,84	12,49±2,87	p>0,05

продолжение таблицы 24

Руминации	10,47±3,09	11,17±3,25	p>0,05
Позитивная перефокусировка	14,0±3,03	12,08±3,74	p=0,01
Фокусирование на планировании	15,84±3,27	15,4±3,3	p>0,05
Позитивная переоценка	15,0±3,01	13,38±3,67	p=0,02
Рассмотрение в перспективе	12,87±3,27	13,02±3,92	p>0,05
Катастрофизация	8,18±3,43	8,03±2,8	p>0,05
Обвинение других	8,16±2,96	8,34±3,46	p>0,05

Полученные данные свидетельствуют о том, что больные, получающие ПВТ более эффективно совладают с негативными эмоциями, чем больные, находящиеся вне терапии. Последующее исследование выбора копинг-стратегий для совладания со стрессом (таблица 25) обнаружило, что больные ХВГС, не проходящие противовирусную терапию (гр.4), наряду с предпочтением адаптивных стратегий совладания со стрессом «Поиск социальной поддержки» и «Положительная переоценка», часто используют неадаптивные стратегии «Бегство-избегание» и «Конфронтация». Тогда, как больные ХВСГ, находящиеся на терапии предпочитают использование преимущественно адаптивных копинг-стратегии «Планирование решения проблемы» «Положительная переоценка» «Поиск социальной поддержки» и «Самоконтроль». Обращает на себя внимание достоверно более высокие показатели копинг-стратегии «Бегство-избегание» у больных не проходящих противовирусную терапию, по сравнению с больными, находящимися на ПВТ. Таким образом полученные данные свидетельствуют о более высоких адаптивных способностях совладания со стрессом у больных ХВГС, получающих противовирусную терапию. Сравнительно более высокий уровень адаптивный потенциал у больных данной группы очевидно способствовал возможности получения ими труднодоступной в противовирусную терапию.

Таблица 25 – Показатели используемых копинг-стратегий у больных получающих и не получающих терапию

Показатели	Группа 3, получающие ПВТ (n=38)	Группа 4, не получающие ПВТ (n=92)	Статистическая значимость (критерий Манна- Уитни)
	M±SD		
Конфронтация	45,87±10,75	48,07±10,49	p>0,05
Дистанцирование	48,0±11,08	44,97±14,54	p>0,05
Самоконтроль	48,79±11,21	46,03±12,03	p>0,05
Поиск социальной поддержки	51,11±8,81	53,85±9,7	p>0,05
Принятие ответственности	44,34±10,69	44,14±11,78	p>0,05
Бегство-избегание	45,21±9,25	49,49±9,02	p=0,02
Планирование решения проблемы	51,55±10,3	48,5±11,56	p>0,05
Положительная переоценка	49,76±9,63	50,24±11,8	p>0,05

Полученные результаты позволяют говорить о преобладании у больных, не получающих ПВТ, неадаптивных копинг - стратегий «Бегство-избегание», «Конфронтация», и сравнительно меньшую выраженность адаптивных стратегий совладания - «Позитивная перефокусировка» и «Позитивная переоценка».

3.2.4 Мотивационный компонент внутренней картины болезни

Пациенты, получающие терапию, в целом характеризуются более высокой осмысленностью жизни. Они склонны воспринимать сам процесс своей жизни как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом, в отличие от группы, не получающей ПВТ, где показатели удовлетворенности процессом жизни значимо ниже. Кроме того, в группе получающей терапию также выше и удовлетворенность прожитым отрезком жизни и ее результативностью, продуктивностью (таблица 26).

Таблица 26 - Результаты сравнительного исследования теста «Смысложизненные ориентации» в группах больных получающих (группа 3) и не получающих (группа 4) противовирусную терапию

Показатели теста	Группа 3, получающие ПВТ (n=38)	Группа 4, не получающие ПВТ (n=92)	Статистическая значимость (критерий Манна- Уитни)
	M±SD		
Цели жизни	34,18±6,51	32,28±7,18	p>0,05
Процесс	31,84±4,99	28,48±7,07	p=0,01
Результат	28,05±3,62	25,79±5,64	p=0,02
Локус - контроля "Я"	22,68±4,25	20,59±4,83	p=0,02
Локус контроля – жизнь	30,84±6,40	29,03±7,05	p>0,05
Общий показатель осмысленности жизни	108,68±16,93	101,23±20,32	p=0,05

Более высокие баллы по шкале «Локус контроля-Я» также указывают в пользу позитивного отношения к себе, уверенности в способности контролировать события своей жизни. С другой стороны, больные, не получающие ПВТ, не верят в свои силы, считают, что не обладают должной свободой выбора, представляют себя скорее слабыми и в значительной степени недовольны результатами своей жизни. Важно учитывать эти особенности ценностно-смысловой сферы при работе с мотивацией на лечение, стоит понимать, что у таких пациентов недостаточно личностных ресурсов и уверенности в собственных силах для удержания в терапии (Таблица 27).

Таблица 27 - Результаты сравнительного исследования опросника для оценки терапевтического альянса в группах больных получающих (группа 3) и не получающих (группа 4) противовирусную терапию

Показатель	Группа 3, (n=38)	Группа 4, (n=92)	Статистическая значимость (критерий Манна- Уитни)
	M±SD		
Терапевтический альянс	98,03±9,06	87,21±12,38	p=0,01

Исследование терапевтического альянса в анализируемых группах выявило, что в группе Т (больные, получающие ПВТ) показатели терапевтического альянса достоверно выше, чем в гр.4 (больные без ПВТ): $98,03 \pm 9,06$ и $87,21 \pm 12,38$, $p=0,01$. Полученные данные вполне объяснимы. Пациенты, получающие терапию, на момент психологического обследования более длительно контактируют с врачом на различных этапах лечения. Кроме этого они получают действенную противовирусную терапию и, очевидно, в большей степени доверяют врачу, надеясь на свое выздоровление в результате лечения.

Особое влияние на мотивацию к лечению оказывало время, прошедшее с периода информирования об инфицировании ХВГС. Корреляционный анализ (таблица 28) выявил обратную зависимость времени информирования об инфицированности и мотивации к лечению ($r=-0,27$, $p=0,04$). Таким образом, мотивация к лечению снижается по прошествии времени об известии о болезни, что имеет важное значение для оказания психокоррекционных мероприятий, направленных на повышение мотивации к лечению больных ХВГС (таблица 28).

Таблица 28 – Корреляционная зависимость периода информирования об инфицировании ХВГС и мотивации к лечению.

Период информирования о болезни	Отсутствие мотивации	Высокая мотивация
До 1 года	-	-
1-3 года	$r=0,27$	$r= -0,27$
Более 3 лет	-	-

Таким образом, анализ влияния различных компонентов ВКБ на мотивацию к лечению больных ХВГС, не получающих терапию, выявил следующее. Больные ХВГС, не получающие терапию, по сравнению с больными, находящимися на ПВТ, достоверно чаще отмечают у себя различные интрацептивные ощущения. Среди больных ХВГС, не получавших терапию, выраженность реактивной и

личностной тревоги была достоверно выше, как на стадии предваряющих размышлений, так и на стадии действий, по сравнению с больными гепатитом С, получающими ПВТ. Полученные данные отражают вполне закономерную реакцию на сложившуюся ситуацию с недостаточной доступностью эффективного лечения. При этом корреляционный анализ связей тревоги и мотивации на лечение в группе больных, не получающих ПВТ, выявил положительную связь личностной тревоги с отсутствием мотивации к лечению и отрицательную связь реактивной и личностной тревоги с высокой мотивацией к лечению. Полученные результаты подтверждают выдвинутый ранее тезис о негативном влиянии выраженной тревоги на мотивацию к лечению.

Достоверно более высокие показатели адаптивных стратегий «Позитивная перефокусировка» и «Позитивная переоценка» отмечались среди больных, проходящих ПВТ, по сравнению с больными без ПВТ. Больные ХВГС, не проходящие противовирусную терапию, наряду с предпочтением адаптивных стратегий совладания со стрессом «Поиск социальной поддержки» и «Положительная переоценка», также используют неадаптивные стратегии «Бегство-избегание» и «Конфронтация». Тогда, как больные ХВГС, находящиеся на терапии, предпочитают использование преимущественно адаптивных копинг-стратегии «Планирование решения проблемы», «Положительная переоценка», «Поиск социальной поддержки» и «Самоконтроль». Обращают на себя внимание достоверно более высокие показатели копинг-стратегии «Бегство-избегание» у больных, не проходящих противовирусную терапию, по сравнению с больными, находящимися на ПВТ. Полученные данные свидетельствуют о сравнительно меньшей адаптации к болезни среди больных, не получающих противовирусную терапию. Особое влияние на мотивацию к лечению имели смысло-жизненные ориентации больных ХВГС. Больные, не получающие ПВТ, меньше верят в свои силы, считают, что не обладают должной свободой выбора, представляют себя скорее слабыми и в значительной степени недовольны результатами своей жизни. Выявленные особенности ценностно-смысловой сферы больных ХВГС, не получающих терапию, имеют важное значение при психокоррекционной работе,

направленной на мотивацию к лечению. Необходимо учитывать, что у таких пациентов недостаточно личностных ресурсов и уверенности в собственных силах для удерживания в терапии. Пациенты, получающие терапию, в целом характеризуются более высокой осмысленностью жизни. Они склонны воспринимать сам процесс своей жизни как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом, в отличие от группы, не получающей ПВТ, где показатели удовлетворенности процессом жизни значимо ниже. Кроме того, в группе получающей терапию, также выше и удовлетворенность прожитым отрезком жизни и ее результативностью, продуктивностью. Более высокие баллы по шкале «Локус контроля-Я» также указывают в пользу позитивного отношения к себе, уверенности в способности контролировать события своей жизни. Можно предположить, что само по себе включение в программу ПВТ сдвигает мотивационную напряженность и делает жизнь более осмысленной (шкалы "процесс", "результат" и "локус контроля-я").

Исследование терапевтического альянса в анализируемых группах выявило, что среди больных, получающих ПВТ, показатели терапевтического альянса достоверно выше, чем у больных без ПВТ. Пациенты, получающие терапию, на момент психологического обследования более длительно контактируют с врачом на различных этапах лечения. Кроме этого они получают действенную противовирусную терапию и, очевидно, в большей степени доверяют врачу, надеясь на свое выздоровление в результате лечения.

Особое влияние на мотивацию к лечению оказывало время, прошедшее с периода информирования об инфицировании ХВГС. Корреляционный анализ выявил обратную зависимость времени информирования об инфицированности и мотивации к лечению ($r=-0,27$, $p<0,05$). Таким образом, мотивация к лечению снижается по прошествии времени об известии о болезни, что имеет важное значение для оказания психокоррекционных мероприятий, направленных на повышение мотивации к лечению больных ХВГС.

3.3 Психологическая коррекция мотивации к лечению у больных хроническим вирусным гепатитом С

В настоящий момент практика психологической коррекции в комплексной реабилитации все шире применяется с самыми различными категориями соматических больных. Также лица с хроническим вирусным гепатитом С несомненно нуждаются в организации подобного подхода. Необходимость разработки программ реабилитации с фокусировкой на психологической коррекции обусловлена недостаточностью знаний больного о ХВГС; специфике лечения, возможных побочных эффектах противовирусной терапии; отсутствием общения с больными, имеющими аналогичное заболевание и опыт в преодолении трудностей, связанных с заболеванием; отсутствием мотивации на лечение; нежеланием соблюдать диету; а также трудностями в социальной адаптации.

Существующие в настоящее время у нас в стране программы психологической помощи больным хроническим вирусным гепатитом С преимущественно решают задачи информирования и психологической коррекции эмоциональных нарушений у данной категории больных, однако, не учитывают особенности динамики мотивации на лечение у больных ХВГС и трудности их социализации.

С учетом выше сказанного и данных нашего исследования, представленных в предыдущих главах, можно сделать вывод о необходимости проведения психокоррекционной программы для повышения мотивации на лечение у больных ХВГС.

Разработанная нами программа была направлена на повышение эффективности психологической реабилитации больных с ХВГС, как впервые узнавших о своем диагнозе, так и находящихся на противовирусной терапии, за счет повышения объема и качества знаний больных о заболевании, последствиях вирусного гепатита С и его лечении. А также за счет более тесного контакта врач-больной, групповой поддержки больных с аналогичным заболеванием, формирования более конструктивных способов совладания с болезнью с

помощью современных методов психокоррекции.

По результатам нашего исследования была выявлена характерная картина мотивации на лечение у больных ХВГС. Так, большинство пациентов (71,1 %), впервые обратившихся к врачу инфекционисту по поводу проведения противовирусной терапии, демонстрировали отсутствие мотивации к лечению (стадия предваряющих размышлений). Именно поэтому одной из важных задач проведенного исследования была разработка психокоррекционных мер направленных на повышение мотивации на лечение у больных ХВГС. В качестве основных мишеней психокоррекции нами были выбраны

- уровень тревоги, как характерное состояние в связи с известием о тяжелом заболевании и низкой информированности о нем, а также как фактор, влияющий на мотивацию на лечение;

- дезадаптивные стратегии совладания, проявляющиеся переживанием катастрофы по отношению к болезни и «параличом действий» по совладанию с болезнью.

- ценностно-смысловые представления о болезни, определяющие глубинный уровень мотивации на лечение и возможности социальной адаптации в условиях болезни.

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, развитие и укрепление лечебного альянса, и создание перспективы нового образа жизни.

Программа состояла из двух независимых этапов работы, каждый этап - 10 двухчасовых групповых (8-12 человек) занятий, с частотой проведения один раз в неделю. Дополнительно с некоторыми пациентами проводились индивидуальные консультации. Психокоррекционная программа проводилась на базе ГБУЗ ИКБ №1 ДЗ г. Москва в период с 01. 2015 по 03.2017 года.

Первый этап программы – «Работа с мотивацией» был направлен на

преодоление анозогнозии. Данный выбор был обусловлен результатами наших исследований, которые продемонстрировали нахождение 71,1% больных ХВГС на стадии отсутствия мотивации к лечению (стадия предваряющих размышлений «Шкалы оценки изменений Университета Род-Айленд» -URICA). Отсутствие мотивации к лечению, как было выявлено нами, обусловлено следующими психологическими механизмами: 1) действием психологических защитных механизмов, обеспечивающих низкий уровень реактивной тревоги и проявляющийся недостаточным осознанием тяжести заболевания; 2) использованием неадаптивных когнитивных стратегий совладания с болезнью, что проявляется высоким уровнем личностной тревоги, переживанием катастрофы по отношению к болезни и «параличом действий» по совладанию с болезнью.

Для первого этапа психокоррекционной программы была отобрана группа больных ХВГС направленная на ПВТ (102 человека), которая была обследована с помощью методики «Шкала оценки изменений Университета Род-Айленд» (URICA) McConnaughy, J.O. Prochaska и W.F. Velicer (1983) в адаптации В.М. Ялтонского (2004). По результатам данной методики было выделено 2 группы с разным уровнем мотивационной готовности: группа 1, n=70, с отсутствием мотивации к лечению (больные, находящиеся на стадии предваряющих размышлений в отношении болезни) и группа 2, n=32, с высокой мотивацией к лечению (больные, находящиеся на стадии действий мотивационной готовности).

Больные из обеих групп были включены в программу противовирусной терапии, на момент нашего исследования получили консультацию лечащего врача инфекциониста о своем заболевании, особенностях течения и возможностях ПВТ. Также для каждого из пациентов был определен план визитов к лечащему врачу, все пациенты проинформированы о необходимости посещения врача, обращения при появлении побочных эффектов или других медицинских вопросов. С пациентами, включенными в группу 2 была проведена разовая консультация психолога, направленная на информирование о психологических аспектах заболевания и противовирусной терапии.

На первой групповой сессии определялись актуальные проблемы пациентов. Для этого использовался метод релаксации, во время которого пациенты должны были вспомнить вещи, оказывающие важное влияние на их жизнь. Вторая групповая сессия была посвящена оценке влияния болезни на текущую жизненную ситуацию и обнаружению целей, достижение которых будет решением данной проблемы. Пациента побуждали сформулировать цель, начиная с фразы «я буду» и «я хочу». С пациентами обсуждали позитивные аспекты болезни (осознание вторичной выгоды). Балльная оценка позволяла пациентам понять, в какой степени ситуация болезни полезна, а в какой степени вредна. В тех случаях, когда реализация целей затрагивала интересы партнера (членов семьи), пациенты формулировали в деталях границы собственной ответственности.

На третьей групповой сессии поощрялись размышления пациентов по поводу необходимости собственных действий, оценка сложности и срочности достижения целей, оценка готовности к действию, субъективная оценка вероятности успеха, а также формулирование конкретных планов. Завершающая групповая сессия проводилась в виде открытой дискуссии, что позволяло участникам группы взаимодействовать друг с другом и давать обратную связь и поддержку другим участникам группы.

Для оценки эффективности первого этапа психокоррекционной программы «Формирование мотивации к лечению», было проведено повторное исследование мотивации в группах сравнения. Первая группа (n=70), пациенты, находившиеся до начала психокоррекционной программы на стадии отсутствия мотивации к лечению и группа 2 (n=32), пациенты, находившиеся до начала психокоррекционной программы на стадии действий. Повторное исследование проводилось больным ХВГС первой группы, после завершения психокоррекционной программы, а больным, из второй группы (не участвовавшие в психокоррекционной программе) спустя 10 недель после первичного обращения к врачу-инфекционисту.

Результаты исследования по шкале «Оценка изменений Университета Род-

Айленд» (URICA) McConnaughy, J.O. Prochaska и W.F. Velicer (1983) в адаптации В.М. Ялтонского (2004) в группах больных участвующих в психокоррекционной программе (группа 1) и не участвующих (группа 2), представлены в таблице 29.

Как видно из таблицы в первой группе количество пациентов, находящихся на стадии высокой мотивации к лечению увеличилось от 0,0% в начале психокоррекционной программы до 68,6% от общего числа, при этом в группе №2 количество пациентов, находящихся на стадии высокой мотивации к лечению уменьшилось на 3,1% и составило 12,5% от общего числа группы, что говорит об эффективности психокоррекционных мероприятий для увеличения мотивационной готовности.

Таблица 29 - Динамика показателей мотивации к лечению по шкале «Оценка изменений Университета Род-Айленд» (URICA) у больных ХВГС

Стадии готовности к изменениям	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 (стадия предваряющих размышлений)	100,0%	31,4%	84,4%	87,5%
Высокая мотивация к лечению (стадия готовности к действиям)	—	68,6%*	15,6%	12,5%
Итого	100,0%	100,0%	100%	100,0%

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

Отмечалась также положительная динамика показателей тревожности в

группе пациентов ХВГС, принимавших участие в психокоррекционной программе, результаты которой представлены в таблице 30.

Таблица 30 - Динамика показателей реактивной и личностной тревожности у больных ХВГС, проходивших курс психокоррекции

Тревожност ть	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
	M±SD			
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)

Было получено достоверно значимое снижение показателей реактивной тревожности у больных ХВГС проходивших первый этап психокоррекционной программы, и повышение данного показателя у больных из группы 2, не проходивших курс психокоррекции.

Взаимодействие с лечащими врачами в процессе участия в психокоррекционной программе, положительным образом сказалось на качестве терапевтического альянса, что продемонстрировано в таблице 31.

Таблица 31 - Динамика показателей опросника для оценки терапевтического альянса II НАq-II у больных ХВГС, проходивших курс психокоррекции

Показатель	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
	M±SD			
Терапевтический альянс	87,21±12,38	98,03±9,06*	84,71±12,38	78,32±12,38**

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

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

Таким образом, можно говорить о достаточной эффективности первого этапа «Работа с мотивацией» программы психокоррекции для больных ХВГС «Формирование мотивации».

Второй этап программы – «Реабилитация» был направлен на удержание в терапии, снижение психологических последствий болезни и социальную адаптацию больного. Как показали наши исследования, у больных, находящихся на противовирусной терапии, отмечается значительное снижение мотивации, отказ от терапии. Психологическая коррекция в проводимом нами исследовании была адресно направлена на увеличение готовности к изменениям, что позволяет больным рассчитывать на улучшение качества жизни, получение противовирусной терапии, более доверительные отношения с медицинским персоналом, что и обеспечивает удовлетворенность лечением. Дальнейшее сопровождение больных ставит перед нами несколько иные практические задачи, так как мы сталкиваемся с новыми сложностями в жизни больного с ХВГС: 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 прохождения второго этапа программы, нами была отобрана группа пациентов больных ХВГС, получающих противовирусную терапию. Как показали наши исследования, у значительного количества пациентов (71,1%), во время прохождения терапии, отмечалось снижение мотивации на лечение, нарушение лечебного режима и даже отказ от терапии. Подобное поведение может быть связано, с улучшением состояния, улучшением лабораторных показателей, наличием побочных эффектов от терапии.

С целью преодоления лечебного кризиса, нами был разработан второй этап психокоррекционной программы - «Реабилитация». Для второго этапа психокоррекционной программы нами 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) McConaughy, J.O. Prochaska и W.F. Velicer (1983) в адаптации В.М. Ялтонского (2004), 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 мотивационной готовности).

С группой 2 были проведены единичные индивидуальные консультации психолога по вопросам побочных эффектов ПВТ, взаимодействия с медицинским персоналом и близкими, проведено обучение техникам релаксации и аутотренинга для регуляции состояния.

Группа 1 проходила второй этап психокоррекционной программы.

Для преодоления социального кризиса и возможной социальной изоляции больных ХВГС мы использовали принципы тренинга социальных навыков. Применялись упражнения из телесно-ориентированной терапии – «Я и социум», арт-терапии - «Я и мой здоровый образ жизни», коллаж «Научись быть счастливым», групповые дискуссии. Стратегия тренинга: 1. Развитие навыков преодоления стресса. 2. Формулирование новых целей. 3. Развитие навыков планирования будущего.

Общая продолжительность второго этапа психокоррекционной программы составила 10 групповых занятий (8-12 человек), с частотой 1 раз в неделю, в течение 10 недель. Группа 2, не проходившая психокоррекцию, была протестирована через 10 недель после консультации психолога.

Результаты исследования по шкале «Оценка изменений Университета Род-Айленд» (URICA) McConaughy, J.O. Prochaska и W.F. Velicer (1983) в адаптации В.М. Ялтонского (2004) в группах больных, проходивших курс психокоррекционной программы 2 этап (группа 1) и не проходивших (группа 2), представлены в таблице 32.

Как видно из представленных результатов, группе 1 отмечалось статистически достоверное увеличение количество больных с высокой мотивацией к лечению, что, безусловно, свидетельствует об эффективности проведенных мероприятий. В группе 2, более половины больных

демонстрировали снижение мотивации от высокой мотивации к стадии отсутствия мотивации к лечению, что демонстрирует общую тенденцию для больных, находящихся на противовирусной терапии, которые считают, что большая часть их проблем, связанных с болезнью уже решена.

Таблица 32 - Динамика показателей мотивации к лечению по шкале «Оценка изменений Университета Род-Айленд» (URICA) у больных хроническим вирусным гепатитом С

Стадии готовности к изменениям	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
Отсутствие мотивации к лечению (стадия предваряющих размышлений)	100,0%	29,6%	–	54,5%
Высокая мотивация к лечению (стадия готовности к действиям)	–	70,4%*	100,0%	45,5%*

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

В начале противовирусной терапии у больных ХВГС, показатели реактивной и личностной тревожности были сопоставимы в целом по выборке. Динамика показателей тревожности в группе пациентов ХВГС, принимавших участие в психокоррекционной программе (этап 2), представлена в таблице 33.

Таблица 33 - Динамика показателей реактивной и личностной тревожности у больных ХВГС, проходивших курс психокоррекции (2 этап)

Тревожность	группа 1, проходившие курс психокоррекции, (n= 27 чел.)		группа 2, не проходившие курс психокоррекции (n=11 чел.)	
	Начало курса	Окончание курса	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)

Как видно из представленных результатов, отмечается достоверно значимое снижение показателей реактивной тревожности у больных ХВГС, проходивших второй этап психокоррекционной программы, и повышение данного показателя у больных из группы 2, не проходивших программу.

Улучшение качества контакта врач-больной было одной из важных задач нашей психокоррекционной программы, объективные показатели оценки терапевтического альянса динамики в таблице 34.

Кроме представленных объективных данных эффективности нашей программы, полученные результаты можно дополнить субъективными отзывами больных ХВГС, которые отмечали улучшение эмоционального состояния, снижение чувства социальной изоляции и принятия болезни.

Таблица 34 - 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
	M±SD			
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)

Необходимо отметить особенности личных реакций больных во время прохождения психокоррекционной программы. Большинство участников группы первого этапа психокоррекционной программы отмечали, что участие в программе позволило им более реалистично оценить, как тяжесть заболевания, так и возможности вести полноценный образ жизни, при условии прохождения противовирусной терапии и соблюдения режима. Со слов больных, к ним поступало множество противоречивой информации, касающейся необходимости терапии, наличия побочных эффектов, реакции окружающих и того, какого изменения образа жизни требует от них наличие ХВГС. Лекции, прочитанные врачами в рамках программы, помогли им найти компетентные ответы на эти вопросы. Также больные отмечали, что участие в группе создавало эффект групповой сплоченности, субъективное ощущение, что ты не особенный, что много таких же больных, и это помогало им справляться с чувством отчаяния и тревоги.

Те пациенты, которые почувствовали во втором этапе психокоррекционной программы, демонстрировали два типа реакций, которые были заметны во время занятий на втором экзистенциальном блоке. Часть из них воспринимала болезнь как вызов, испытание и мобилизовала их внутренние силы на борьбу. Другие, терялись под данностью заболевания и утрачивали смысл своей жизни. Во время групповых дискуссий, первая группа оказывала вдохновляющее воздействие на вторую. Большинство населения мало информировано о заразности и путях передачи хронического вирусного гепатита С, вследствие этого больные гепатитом С оказываются в ситуации социальной изоляции, некоторые из них подвергаются репрессиям со стороны работодателя. Участие в этом блоке опытных больных и родственников пациентов помогало им преодолеть социальный кризис.

В качестве клинического примера эффективности первого этапа «Работа с мотивацией» психокоррекционной программы «Формирование мотивации к лечению» у больных ХВГС приводим следующее наблюдение.

Клинически пример №1.

Больная М, 1980 г.р. (на момент прохождения программы 34 года), госслужащая, замужем, имеет сына 10 лет. О наличии заболевания узнала во время ежегодной диспансеризации. Никаких симптомов у себя не отмечала, кроме того, что стала быстро уставать. Источник инфицирования не выявлен, предположительно – 4 года назад обращалась к стоматологу по поводу удаления зуба. Вредных привычек нет. Муж, узнав о диагнозе, потребовал развода, и угрожал забрать ребенка («зачем ему мать, которая умрет, да перед этим его еще и заразит»). Приглашена на участие в протоколе лечения (генотип 1b) на противовирусную терапию, хотя считает ее бесполезной.

Психический статус: Ориентирована правильно, тревожна, астенизирована, при разговоре на темы о семье начинает заметно волноваться, беспокойно двигаться. Фон настроения подавленный. Речь обычного темпа, голос тихий. В процессе беседы внимание истощается, замолкает, иногда переспрашивает, говорит, «не могу собраться с мыслями». Моторика бедная, выражение лица амимичное, периодически тревожное. Память, интеллект соответствуют возрасту, образованию, жизненному опыту. На программу соглашается идти, по принципу хуже не будет.

Участие в программе: Лекции слушала с нарастающим интересом, во время второй лекции была удивлена возможностью выздоровления. Планирует разговор с мужем, чтобы объяснить реальные риски и последствия ХВГС.

Во время групповой работы включена, поддерживает других участников группы, во время работы на мотивационном блоке, построила свои перспективные планы. Сообщила о согласии мужа проходить семейную психотерапию. Отмечает улучшение настроения и готова приступить к противовирусной терапии.

В качестве клинического примера эффективности второго этапа «Реабилитация» психокоррекционной программы «Формирование мотивации к лечению» у больных ХВГС приводим следующее наблюдение.

Клинически пример №2.

Больной Р., на момент включения в программу психологической коррекции 50 лет. Диагноз ХВГС (генотип 1b) был поставлен год назад, источник инфицирования не выявлен. Курит, наркотики, алкоголь не употребляет. 5 лет назад перенес оперативное вмешательство, связанное со сложным переломом голени. Разведен 6 лет, причина развода – наркотическая зависимость жены.

Узнав о своем диагнозе и о дорогостоящей терапии, активно принялся искать возможности попасть в протокол ПВТ. Постоянно поддерживал контакт со своим лечащим врачом. 3 месяца назад начал принимать противовирусную терапию. Последний месяц жалуется на плохое настроение, отсутствие интереса к жизни (считает это побочными эффектами), однако рад, что анализы показывают эффективность терапии, говорит о том, что возможно прекратит лечение, так как уже здоров.

Психический статус: Ориентирован правильно, контактен, при разговоре на темы о здоровье начинает заметно волноваться, беспокойно двигаться, раздражаться. Фон настроения снижен. Речь обычного темпа. В процессе беседы внимание удерживает. Моторика бедная, выражение лица тревожное. Память, интеллект соответствуют возрасту, образованию, жизненному опыту. На программу соглашается идти, хотя высказывает некоторые сомнения в ее необходимости.

Участие в программе: На лекциях активен, задает вопросы, особенно внимательно слушает о побочных эффектах ПВТ. Во время работы с эмоциональной сферой откровенно рассказал о тяжелом периоде жизни со своей женой. Плакал. Во время занятий на экзистенциальном блоке подавлен, говорит о том, что не видит причины продолжать лечение – нет детей, семьи. Пытаясь осмыслить появление болезни в его жизни, говорит, что это необходимо было, чтобы начать заботиться о себе, а не заниматься все время спасением своей зависимой жены. Во время социального блока, формулирует цели и задачи в будущем. Говорит о том, что хочет построить новую семью и вырастить детей, а для этого необходимо быть здоровым. Активно поддерживает других участников. ПВТ продолжил.

Таким образом, использование программы психологической коррекции «Формирование мотивации к лечению» для больных хроническим вирусным гепатитом С, осуществляющееся междисциплинарной командой специалистов, способствует повышению мотивации на лечение, улучшению эмоционального фона, расширению терапевтического альянса и социальной адаптации этих больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема медицинской помощи больным хроническим вирусным гепатитом С остается крайне актуальной как для России, так и для всего мирового сообщества. Заболеваемость данной патологией продолжает сохраняться на высоком уровне [79]. При этом лишь 20% больных делают попытки приема противовирусной терапии [130]. 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, тем самым способствуя дальнейшей распространенности заболевания [16, 68, 157, 177].

Проведенное нами исследования выявило, что отсутствие мотивации к лечению или ее амбивалентный характер отмечается более, чем у половины (57,1%) обследованных больных ХВГС. При этом обнаружено, что мотивация больных к лечению носит динамический характер и значительно снижается в процессе противовирусной терапии, что приводит к нарушениям лечебного режима, отказу от терапии и снижению эффективности лечения. По данным зарубежных исследователей часто это обусловлено негативными социально-психологическими последствиями, возникающими в процессе лечения [94, 98, 110, 121].

Все это определяет необходимость разработки психокоррекционных программ, направленных на повышение мотивации и психологическое сопровождение в процессе терапии больных ХВГС. Необходимость психологической поддержки и реабилитационных мероприятий для больных ХВГС отмечается и другими исследователями. Однако имеющиеся реабилитационные программы не фокусирует внимание на мотивации на лечение и особенностях ее формирования и не обладают дифференцированностью подходов [130, 142, 170].

Проведенное нами изучение факторов, влияющих на мотивацию к лечению выявило, что особое значение имеет внутренняя картина болезни больных ХВГС.

При этом обнаружено, что чувственный компонент ВКБ у больных вирусным гепатитом С носит редуцированный характер. Отсутствие болезненных ощущений у больных ХВГС затрудняет понимание ими их непосредственной связи с болезнью и снижает их мотивацию к лечению. Схожие данные о недостаточной включенности в картину ВКБ у больных вирусным гепатитом С телесного компонента подтверждаются исследованиями и других авторов [53].

Наибольшее влияние на формирование мотивации к лечению оказывают особенности эмоционального, когнитивного и мотивационного компонентов ВКБ, а также характерологические свойства больных. Так исследование 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. Полученные данные свидетельствуют о негативном влиянии высокого уровня тревоги на мотивацию к лечению. Негативное влияние тревоги и депрессии на мотивацию к лечению отмечается и другими исследователями (M.R. Kraus, A. Schäfer, H.Csef, Никулина Е.Н., Крель П.Е., Лопаткина Т.Н. и др.).

Анализ данных эмоционального реагирования на болезнь выявил, что среди больных с низкой мотивацией к лечению показатели по шкалам "оптимизм" и "облегчение" были достоверно выше, чем у больных, с высокой мотивацией к лечению. 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. 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 отсутствия мотивации к лечению, менее обеспокоены своим состоянием, недооценивают его тяжесть, проявляя необоснованный оптимизм и отчасти равнодушие к своему состоянию, что во многом определяет их неготовность к каким-либо действиям. 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. 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. Напротив, отрицание проблемы, отсутствие тревоги за свое состояние и будущее, спокойное отношение к болезни, излишний оптимизм, самоуверенность и недооценка серьезности заболевания снижают мотивацию на лечение. Полученные данные могут являться целями-мишенями психотерапии, направленной на повышение мотивации к лечению.

Исследование когнитивного компонента ВКБ обнаружило, что среди больных гепатитом С с высокой мотивацией к лечению достоверно выше показатели по шкале «Принятие», отражающей адаптивную стратегию принятия ситуации, связанной с болезнью, что может способствовать процессам совладания со стрессом, в частности, планированию действий, направленных на преодоление болезни. Данное предположение подтверждает наличие более высоких показателей по шкале «фокусирование на планировании» среди больных с высокой мотивацией к лечению, по сравнению с больными с отсутствием мотивации к лечению. Следует отметить, что показатели шкал «катастрофизация» и «обвинение других» также достоверно выше среди больных с низкой мотивацией к лечению, что показывает влияние эмоций и способа совладания с ними на процессы принятия решений. По результатам методики СЖО Леонтьева между больными ХВГС, с отсутствием мотивации к лечению и больными с высокой мотивацией выявлены достоверные различия показателей: осмысленности жизни, цели жизни, нацеленности на результат и локус-контроля «Я». 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. Мотивационный уровень ВКБ и готовность к действиям по совладению с болезнью влияет на уровень терапевтического альянса. Выявлено, что пациенты с высокой мотивацией к лечению чаще обнаруживали более высокий уровень терапевтического альянса, по сравнению с пациентами с отсутствием мотивации к лечению. Доверие к врачу и назначенному им лечению повышает мотивацию на лечение и готовность больного к действиям по совладанию с болезнью.

Полученные в результате исследования данные отражают многофакторный генез формирования мотивации к лечению у больных хроническим вирусным гепатитом С. Телесный компонент ВКБ среди данных больных редуцирован, и, в связи с не выраженностью и диффузностью симптомов, затрудняет осознание их непосредственной связи с болезнью, не оказывая существенного влияния на мотивацию к лечению. Эмоциональный, когнитивный и мотивационный компоненты ВКБ тесно связаны между собой, оказывая существенное влияние на мотивацию к лечению. Эмоциональный компонент ВКБ, проявляющийся тревогой, оказывает значимое влияние на готовность к действиям по совладанию с болезнью. Полученные данные позволили предложить две теоретические модели психологических механизмов, формирующих отсутствие мотивации к лечению. Первый обусловлен действием психологических защитных механизмов, обеспечивающих низкий уровень реактивной тревоги, и проявляется недостаточным осознанием тяжести заболевания. Второй, обусловлен использованием неадаптивных когнитивных стратегий совладания с болезнью, что проявляется высоким уровнем личностной тревоги, переживанием катастрофы по отношению к болезни и «параличом действий» по совладанию с болезнью. Когнитивный компонент ВКБ отражает наличие определенных связей с эмоциональным компонентом: реактивная и личностная тревога оказывают отрицательное влияние на использование адаптивных когнитивных стратегий совладания с болезнью и способствуют применению неадаптивных когнитивных стратегий. В свою очередь эффективная когнитивная регуляция эмоций способствует снижению уровня тревоги и обращению к адаптивным стратегиям

совладания с болезнью: принятие ситуации, связанной с болезнью и фокусировании на планировании действий. В данном случае осознание болезни, принятие и переживание негативных эмоций повышает мотивацию к лечению и обращению за помощью. Мотивационный уровень ВКБ оказывает существенное влияние на готовность к действиям по совладанию с болезнью: наличие устойчивых целей, нацеленность на результат и высокий уровень локус контроля оказывает положительное влияние мотивацию больного к лечению. Высокий уровень терапевтического альянса положительно влияет на мотивацию к лечению. Особое влияние на готовность к лечению имеют характерологические свойства больных: направленность на сотрудничество, избегание вреда и зависимость от вознаграждения оказывают положительное влияние на мотивацию к лечению. Напротив, такие свойства темперамента, как повышенный уровень импульсивности, проявляющийся неустойчивостью внимания, сниженным самоконтролем и затруднениями в решении сложных задач, снижают мотивацию на лечение и готовность к обращению за помощью. Характерологические свойства больных оказывают влияние на все уровни ВКБ, за исключением чувственного. Схожие данные о влиянии характерологических свойств на мотивацию к лечению приводят и другие исследователи. [33, 114].

Разработанная на основе полученных данных психокоррекционная программа психологической реабилитации, психологического сопровождения и повышения мотивации к лечению показала свою эффективность на различных этапах терапии и реабилитации больных ХВГС. В частности, участие в программе повышает мотивацию к лечению, улучшает качество жизни больных, создает более доверительные отношения с медицинским персоналом, создает более благоприятные условия для включения в программу противовирусной терапии. По данным других авторов, больные ХВГС отмечают высокую значимость доступности медицинского персонала [162]. Им важно иметь возможность получать ответы на волнующие их вопросы, поддержку во время прохождения терапии, как в стационарном, так и амбулаторном режиме. Необходимость поддержки больного со стороны медицинских работников, ее

положительное влияние на мотивацию к лечению отмечается и в других многочисленных исследованиях [139, 155, 173].

Само заболевание, его инфекционная природа, возможный риск заражения, угроза утраты функций могут вызывать напряжение в отношениях между пациентом, его семьей и близкими. Больные ХВГС переживают фрустрацию, чувство вины и страх отвержения. Это является мощным психотравмирующим фактором. Поэтому в рамках программы особое внимание уделялось осознанию и формированию новой социальной реальности больного. Этот блок программы, состоящий из двух 2-х часовых групповых встреч (8-12 человек), проводился совместно с медицинским работником и опытным пациентом с гепатитом С. Более ранние исследования показали, что опытный пациент с гепатитом С при прохождении терапии может быть хорошим ведущим тренингов самопомощи, т.к. пациенты больше доверяют людям с аналогичными проблемами [97, 147, 148].

Особенное значение имеет дальнейшее сопровождение больных с ХВГС, находящихся на противовирусной терапии, обусловленное редукцией симптомов заболевания, длительностью терапии, повышением внимания к побочным эффектам, а также социальные изменения в жизни больного. Указанные факторы негативно влияют на мотивацию к лечению, выполнение врачебных назначений и соблюдение лечебного режима. Психокоррекционная работа с этими мишенями позволяет повысить мотивацию к лечению и удержать больного в терапии.

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить значимые факторы, влияющие на формирование мотивации к лечению, разработать теоретические модели возникновения низкой мотивации к лечению и создать эффективную программу психологической коррекции мотивации к лечению на всех этапах терапии и реабилитации больных вирусным гепатитом С.

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 к болезни с излишним оптимизмом, отсутствием готовности к борьбе с когнитивной стратегией обвинения 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 таких клинико-психологических предикторах формирования отсутствия мотивации к лечению, как высокий уровень реактивной тревоги, эмоциональное реагирование на болезнь спокойствием, когнитивные стратегии совладания с эмоциями в виде катастрофизации и обвинения других, высокий уровень импульсивности, могут быть рекомендованы для своевременной диагностики и последующей коррекции отсутствия мотивации к лечению у больных ХВГС в клинике инфекционных болезней, а также в других клинических дисциплинах. Блок психодиагностических методик: «Когнитивная регуляция эмоций», «Эмоциональное реагирование на болезнь», «Опросник терапевтического альянса» могут быть рекомендованы к использованию в клинической практике для диагностики дезадаптивных стратегий совладания с болезнью, выявления низкой мотивации к лечению и разработки дифференцированных программ реабилитации, повышения мотивации к лечению и психологического сопровождения больных с различными хроническими заболеваниями.

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 СОКРАЩЕНИЙ

ВГС – вирусный гепатит С

ВКБ – внутренняя картина болезни

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ЖКБ – желчнокаменная болезнь

ПВТ – противовирусная терапия

РНК – рибонуклеиновая кислота

ХВГС – хронический вирусный гепатит

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абросимов, И.Н. Внутренняя картина болезни и совладающее поведение у взрослых пациентов с муковисцидозом: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Абросимов Илья Николаевич. – М., 2016 – 199 С.
2. Бай, С.А. Соматопсихические соотношения и внутренняя картина болезни у больных идиопатическим анкилозирующим спондилоартритом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.39 / Бай Светлана Александровна. - Волгоград, 2009. – 26 с.
3. Барбакадзе, Г.Г. Лечение пегилированным интерфероном-альфа больных хроническим гепатитом С/ Г.Г. Барбакадзе// Терапевтический архив. -2005. - № 2. - С. 73-75.
4. Беляева, Н.М. Комбинированная терапия гепатита С рибавирином и альфа-интерфероном/ Н.М. Беляева, М.Х. Турьянов, Э.З. Рабинович// Пособие для врачей. М.: РМАПО, 2002.
5. Бузина Т.С. Психологическая модель профилактики зависимости от психоактивных веществ и сочетанных с ней парентеральных инфекций. Дисс. ... доктора психол. наук: 19.00.04 / Бузина Татьяна Сергеевна. - М., 2016. – 392 С.
6. Вассерман, Л.И. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова, В.Л. Федорова // Сибир. психол. журнал. - 2008. - №27. - С. 67-71.
7. Вассерман, Л.И. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей/ Л.И. Вассерман, П.В. Иовлев, Э.Б. Карпова и др.// СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – 2005. – 86 С.
8. Васюк, Ю.А. Депрессии и сердечно-сосудистые заболевания/ Ю.А. Васюк, Т.В. Довженко // - М., 2005. - 24 С.
9. Веттерберг Л. Психиатрия / Л. Веттерберг // Упсала, Швеция. “Interword”. - 1997. - С. 55-56.
10. ВОЗ. Гепатит С. Информационный бюллетень ВОЗ. – № 164 от 07. 2012 г.

11. Волков А. В. Психические нарушения у больных опийной наркоманией и алкоголизмом, развивающиеся на фоне проведения противовирусной терапии хронического гепатита С. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук: 14.01.06 / Волков Алексей Владимирович. – М., 2011. - 289 С..
12. Горячева, М.А. Влияние самосознания на развитие внутренней картины болезни у детей с судорожным синдромом: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / Горячева Марина Анатольевна. - Ставрополь, 2002. - 132 с.
13. Грехов, Р.А. Психосоматические соотношения и внутренняя картина болезни у ревматологических пациентов: автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.01.22 / Грехов Ростислав Александрович. – Волгоград, 2010. – 52 с.
14. Громова, Н.И. Клиническая эффективность этиотропной терапии хронического вирусного гепатита С/ Н.И. Громова, Б.П. Богомолов// Клиническая медицина. – 2003. - №1. - С.48.
15. Гузова М.В. Разработка и оценка эффективности влияния программы психологического тренинга «школа гепатита с» на эмоциональную сферу пациентов с ХВГС/ М.В. Гузова // Сборник материалов VI Всероссийской (80-ой итоговой) студенческой научной конференции «студенческая наука и медицина XXI века: традиции, инновации и приоритеты», Самара, 2012. – 75-76 с.
16. Данилов, Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации. / Д.С. Данилов // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2014. - №2(4). – С. 12.
17. Данные официальной статистики по инфекционной заболеваемости, наркологическим расстройствам в Кировской области и РФ за 1998-2012 г. (статистические отчётные формы № 2, 11, 37)// УФС по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Кировской области и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. – URL: <http://www.43.rospotrebnadzor.ru> и <http://rospotrebnadzor.ru>. – (Дата обращения 01.04.17).
18. Елфимова, Е.В. Личность и болезнь: «внутренняя картина болезни»,

- качество жизни и приверженность лечению / Е.В. Елфимова, М.А. Елфимов // Заместитель главного врача. – 2009. - №11. - С. 18–25.
19. Елшанский, С.П. Психосемантические аспекты нарушений структурирования внутреннего опыта у больных опийной наркоманией: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Елшанский Сергей Петрович. - М., 1999. – 205 с.
 20. Заякин, Ю.Ю. Взаимосвязь клинических особенностей невротических и шизотипических расстройств с внутренней картиной болезни: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 14.00.18, 19.00.04 / Заякин Юрий Юрьевич. – Казань, 2003. - 27 с.
 21. Ивашкин, В.Т. Терминология хронических гепатитов, реакции отторжения печеночного аллотрансплантата и узловых поражений печени. / В.Т. Ивашкин // Русский медицинский журнал. - 1995. - № 6. - С. 26-30.
 22. Игнатова, Т. М. Депрессия у больных хроническим гепатитом С. / Т.М. Игнатова, М. А. Кинкулькина, Т. И. Авдеева и др. // Врач. – 2008. - №7. – С.19 – 24.
 23. Игнатова, Т.М. Внепеченочные проявления хронического гепатита. / Т.М. Игнатова, З.Г. Апросина, В.В. Серов и др. // Терапевтический Архив. – 1998. - №70(11). - С. 9-16.
 24. Ильмухина, Л.В. Психологические характеристики больных хроническим вирусным гепатитом С старше 50 лет. / Л.В. Ильмухина, Л.М. Киселева // Бюллетень научного центра РАМН – 2009. - №1. - С.44-45.
 25. Каминская, С.Н. Клинико-психологическая характеристика и качество жизни больных хроническим вирусным гепатитом С: Автореф. дис. ... канд. мед.наук/ Каминская Светлана Николаевна. - С-Пб, 2005. – 24 С.
 26. Кинкулькина, М.А. Лечение депрессий у больных хроническим гепатитом С. / М.А. Кинкулькина, А.В. Волков, Ю.Г. Тихонова и др.// Психиатрия и психофармакотерапия – 2009. - №11(5). – С.9 – 14.
 27. Клетенкова, Т.А. Взаимосвязь интеллектуально-личностного развития подростков с внутренней картиной болезни в условиях различной

- соматической патологии: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.13, 19.00.04 / Клетенкова Татьяна Алексеевна. - Казань, 2005. - 192 с.
28. Кондюхова, Т.Н. Внутренняя картина болезни в психологической структуре личности инвалидов по зрению: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Кондюхова Татьяна Николаевна. - С-Пб, 2004. – 196.
29. Конечный, Р. Психология в медицине. / Р. Конечный, М. Боухал / Перевод с чешского языка: Г. Шевченко. - Второе русское издание. - Прага: Медицинское издательство «Авиценум», 1983. - 406 с.
30. Кузнецова, А.А. Эмоционально-аффективные расстройства в структуре внутренней картины болезни у женщин с онкологической патологией репродуктивных органов: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Кузнецова Анна Алексеевна. - С-Пб, 2009. – 26 с.
31. Леонтьев, Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). 2-е изд. / Д.А. Леонтьев. – М.: Смысл, 2006. – 18 с.
32. Лурия, Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. 4-е изд. / Р.А. Лурия - Москва: Медицина, 1977. – 111 с.
33. Максимова, М.Ю. Личностные характеристики и структура внутренней картины болезни как предикторы комплаенса пациентов, страдающих хроническим вирусным гепатитом С. / М.Ю. Максимова, Т.В. Поддубная, П.О. Богомолов, С.Н. Ениколопов // Психические расстройства в общей медицине. – 2014. - №4. – С.31-38.
34. Малыгин, Я.В. Многофакторные модели поведенческих стратегий совладания с болезнью и выбора медицинской организации пациентами с психическими расстройствами невротического уровня: дис. ... докт. мед. наук: 19.00.04, 14.02.03 / Малыгин Ярослав Владимирович. – Москва, 2016 – 381 С.
35. Морозов А. О. Депрессии у больных хроническим вирусным гепатитом С, получающих противовирусную терапию: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18/ Морозов Александр Олегович. - М, 2006: 139 С.
36. Московченко, Д.В., Совладающее поведение женщин с онкологическими

- заболеваниями репродуктивной системы: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Московченко Денис Владимирович. – М., 2016. – 218 С.
37. Мясищев, В.Н. Личность и неврозы / В.Н. Мясищев - Л.: Медицина, 1960. - 428 с.
38. Недогода, В.В. Фармакотерапия хронических диффузных заболеваний печени. / В.В. Недогода // Новые лекарства и новости фармакотерапии. - 2000. - №6. - С. 3-16.
39. Нелюбина, А.С. Роль обыденных представлений в формировании внутренней картины болезни: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Нелюбина Анна Сергеевна. – М., 2009. - 29 с.
40. Николаева В.В. Личность в условиях хронического соматического заболевания. Автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.04 / Николаева Валентина Васильевна. - М., 1992. – 49 С.
41. Николаева, В.В. «Психосоматика: телесность и культура»: Учебное пособие для вузов / В.В. Николаева - М.: Академический Проект, 2009. - 311 с.
42. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева - Москва: Изд-во Моск. университета, 1987. - 168 с.
43. Николаева, В.В. Клинико-психологические проблемы психологии телесности / В.В. Николаева, Г.А. Арина // Психологический журнал. - 2003. - Т. 24, № 1. - С. 119-126.
44. Николаева, В.В. Психологические аспекты рассмотрения внутренней картины болезни / В.В. Николаева // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской психологии. - Л., 1976. - С. 95-98.
45. Николаева, В.В. Психологические особенности телесного опыта женщин с послеродовыми осложнениями [Электронный ресурс] / В.В. Николаева, А.Н. Васина // Психологические исследования. - 2011. - №5(19). <http://psystudy.ru>
46. Никулина М.А. Совершенствование методов диагностики и лечения заболеваний гепатобилиарной системы с учетом психосоматического

- статуса пациентов: дис. ... доктора мед. наук: 14.01.04/ Никулина Марина Анатольевна. - Барнаул, 2010. – 314 С.
47. Никулина, М.А. Влияние психологического профиля личности на течение заболеваний гепатобиллиарной системы/ М.А. Никулина, В.Г. Лычев, И.Е. Бабушкин // Сибирское медицинское обозрение. - 2010. - №1(61). - С.38-43.
 48. Никулкина, Е.Н. Эффективность комбинированной терапии ПегИнтерфероном альфа-2b (ПегИнtron) и рибавирином первичных больных хроническим гепатитом С / Е.Н. Никулкина, П.Е. Крель, Т.Н. Лопаткина и др. // Клин. фармакол. и терап. - 2004. - №13 (2). - С. 1-5.
 49. Огурцов, П.П. Интерферон-индуцированная депрессия у больных вирусными гепатитами / П.П. Огурцов, Н.В. Мазурчик // Психические расстройства в общей медицине. - 2008. - №3. – С. 26-32.
 50. Паламарчук, С.А. Ремерон (миртазапин) антидепрессант нового поколения. / С.А. Паламарчук // Таврический журнал психиатрии. - 2000. - Т.4. - №1. - С. 1214.
 51. Пименов, Н. Н. Гепатит С в России: эпидемиологическая характеристика и пути совершенствования диагностики и надзора. / Н. Н. Пименов, В. П. Чуланов, С. В. Комарова и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2012. - №3. - С. 4-10.
 52. Писарева, О.Л. Когнитивная регуляция эмоций / О.Л. Писарева, А. Гриценко // Актуальные психологические исследования. – 2010. - С. 64-68.
 53. Подосинова, Т.В. Внутренняя картина болезни больных опийной зависимостью, осложненной вирусным гепатитом С: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Подосинова Татьяна Владимировна. - Москва, 2010. - 199 С.
 54. Прохоров, А.В. Транстеоретическая модель изменения поведения и ее применение. / А.В. Прохоров, У.Ф. Велисер, Дж.О. Прочаска // Вопросы психологии №2. – 1994. – С.113-123.
 55. Радуту, О.И. Психологические нарушения у больных вирусными гепатитами / О.И. Радуту // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. - 2014. - №3.

56. Рассказова, Е.И. Разработка русскоязычной версии опросника когнитивной регуляции эмоций/ Е.И. Рассказова, А.Б. Леонова, И.В. Плужников// Вестник Московского Университета – 2011. - № 4. – С. 163-180.
57. Резникова, Т.Н. О моделировании «Внутренней картины болезни» / Т.Н. Резникова, В.М. Смирнов // Проблемы мед. психологии (мат-лы научн. конференции) / Отв. ред. Кабанов М.М. - Л.: Медицина, 1976. - С. 122-124.
58. Севастьянова, И.В. Изучение отношения к своему здоровью приезжающих в санаторий лиц с помощью опросника URICA/ И.В. Севастьянова, В.В. Деларю // Социология медицины - реформе Здравоохранения. Научные труды II Всероссийской научно-практической конференции. - 2007. – С. 72-73 .
59. Семиволос, В.И. Изучение особенностей внутренней картины болезни у больных рассеянным склерозом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 19.00.04 / Семиволос Валентина Ивановна. - С-Пб, 2009. - 25 С.
60. Сирота, Н.А. Внутренняя картина болезни в контексте субъективной реальности болеющего индивидуума [Электронный ресурс] / Н.А. Сирота, М.А. Ярославская // Мед. психология в России: электрон. науч. журн. - 2011. - №2. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru).
61. Смирнов, В.М. Основные принципы и методы психологического исследования внутренней картины болезни /В.М. Смирнов, Т.Н. Резникова// Методы психологической диагностики и коррекция в клинике / Под ред. М.М. Кабанова, А.Е. Личко, В.М. Смирнова. - Л: Медицина, 1983. - С. 38-61.
62. Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы / Под ред. А.Л. Журавлева, Т.Л. Крюковой, Е.А. Сергиенко. - М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. - С. 21-54.
63. Сологуб, Т.В. Современные медицинские технологии терапии больных хроническим вирусным гепатитом/ Т.В. Сологуб, М.Г. Романцов, О.С. Кетлинская и др. // Современные проблемы науки и образования. - 2010. - № 6. - С. 20-38.

64. Строкова, Е.В. Влияние внутренней картины болезни, копинг-стратегий и самоотношения пациенток, перенесших инфаркт миокарда, на регулярность и приверженность к длительной терапии ишемической болезни сердца [Электронный ресурс] / Е.В. Строкова, Е.А. Наумова, Е.Г. Шварц // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал) - 2009. - №1 (09). URL: [http:// www.sisp.nkras.ru](http://www.sisp.nkras.ru).
65. Сулейманова, Г.П. Психосоматические соотношения и внутренняя картина болезни у больных синдромом первичной фибромиалгии: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.39 / Сулейманова Галина Павловна. - Волгоград, 2005. - 187 с.
66. Султанова, А.С. Внутренняя картина болезни подростков, перенесших операцию при врожденном пороке сердца: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 /Султанова Альфия Сергеевна. – М., 2000. - 236 с.
67. Ташлыков, В.А. Психологическая защита у больных неврозами и с психосоматическими расстройствами: пособие для врачей / В.А. Ташлыков. - СПб: МАПО, 1997. – 23 с.
68. Тихонова Ю. Г. Аффективные расстройства у больных хроническим гепатитом С: клиника и лечение. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.06/ Тихонова Юлия Гулямовна. – М., 2009. – 24 С.
69. Тхостов, А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. - М.: Смысл, 2002. - 287 с.
70. Тхостов, А.Ш. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни /А.Ш. Тхостов, Г.А. Арина// Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии - Л., 1990. - С. 32-38.
71. Усова, Е.Н. Психологические механизмы адаптации к болезни у больных с хроническим вирусным гепатитом С. / Е.Н. Усова, Е.А. Андриянова, Н.И. Миронова // Бюллетень медицинских интернет-конференций - 2015. - том 5. - № 2.
72. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Федеральный центр гигиены и эпидемиологии.

http://www.rospotrebnadzor.ru/files/yanvar-decabr_2016.xlsx.

73. Федорова, В.Л. Психологические механизмы формирования внутренней картины болезни и совладающего со стрессом поведения у больных с воспалительными заболеваниями кишечника: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Федорова Вера Львовна. - С-Пб, 2009. - 190 с.
74. Чебакова, Ю.В. Психологическая саморегуляция телесных феноменов у больных с соматической патологией: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Чебакова Юлия Владимировна. – М., 2006. - 180 с.
75. Шахгильдян, И.В. Характеристика современных эпидемиологических закономерностей парентеральных вирус-ных гепатитов в Российской Федерации/ И.В. Шахгильдян – М., 2007 - С. 346.
76. Штрахова, А.В. Мотивационный компонент внутренней картины болезни как фактор приверженности к терапии у больных соматическими заболеваниями с витальной угрозой/ А.В. Штрахова, Э.В. Арсланбекова // Вестник южно-уральского государственного университета. Серия: психология. – 2011. - №29 (246). – С. 82-89.
77. Ющук, Н.Д. Вирусные гепатиты. Клиника, диагностика, лечение/ Ющук Н. Д., Климова Е. А., Знойко О. О. и др. // М. – Гуотар-МЕДИА. - 2011. – 162 С.
78. Ющук, Н.Д. Вирусные гепатиты. Клиника, диагностика, лечение/ Ющук Н. Д., Климова Е. А., Знойко О. О. и др. // М. – Гуотар-МЕДИА. - 2014. – 160 С.
79. Ющук, Н.Д. Вирусные гепатиты. Клиника, диагностика, лечение/ Ющук Н. Д., Климова Е. А., Знойко О. О. и др. // М. – Гуотар-МЕДИА. - 2015. – 111 С.
80. Ющук, Н.Д. Проблемы учета заболеваемости и смертности от хронического гепатита С в Российской Федерации/ Ющук Н.Д., Знойко О.О., Дудина К.Р.// Здравоохранение. – 2012. - № 12. – С.68-74.
81. Ялтонский, В.М. Теоретическая модель мотивации к лечению зависимости от психоактивных веществ. / В.М. Ялтонский // Вопросы наркологии. - 2009.

- №6. - С. 68-76.
82. Ялтонский, В.М. Теоретический подход к исследованию внутренней картины болезни, совладающего поведения и приверженности лечению / В.М. Ялтонский // Психология совладающего поведения: материалы II Междунар. науч.-практ. конф., Кострома, 23–25 сент. 2010 г. В 2 т. Т. 1 / отв. ред.: Т.Л. Крюкова, М.В. Сапоровская, С.А. Хазова. - Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2010. - С. 126-128.
 83. Ярославская, М.А. Психологические стратегии адаптации к заболеванию больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.04.00 / Ярославская Мария Александровна. - Москва, 2011. - 30 с.
 84. Ятманов, А.Н. Патогенетические детерминанты внутренней картины болезни у пациентов с эссенциальной гипертензией: дис. ... канд. мед. наук: 14.03.03 / Ятманов Алексей Николаевич. - Санкт-Петербург, 2010. - 147 с.
 85. Adinolfi, L.E. Steatosis accelerates the progression of liver damage of chronic hepatitis C patients and correlates with specific HCV genotype and visceral obesity. / L.E. Adinolfi, M. Gambardella, A. Andreana et al. // *Hepatology* 2001. - №33(6). – P.1358–1364.
 86. Bandura A. Social Foundations of Thought and Action. A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1986.
 87. Bodenheimer, T. Patient self-management of chronic disease in primary care/ T Bodenheimer, K. Lorig, H. Holman, K. Grumbach. // *JAMA* 2002. - №288(19). - P.2469–2475.
 88. Booth, J.C.L. Clinical guidelines on the management of hepatitis C/ J.C.L. Booth, J. O'Grady, J. Neuberger. // *Gut*. - 2001. - №49(1). – P.1-21.
 89. Brown, R.R. Implications of interferon-induced tryptophan catabolism in cancer, autoimmune diseases and AIDS/ R.R. Brow, Y. Ozaki, S.P. Datta et al. // *Adv Exp Med Biol*. – 1991. - №294. – P.425-435.
 90. Butt, G. Living with the stigma of hepatitis C/ G. Butt, B.L. Paterson, L.K. McGuinness // *West J Nurs Res*. - 2008. - №30(2) – P.204-221.

91. Capuron, L. Interferon-Alpha–Induced Changes in Tryptophan Metabolism: Relationship to Depression and Paroxetine Treatment / L. Capuron // *Biol Psychiatry*. – 2003. - №54. – P.906–914.
92. CDC. Center for Disease Control: recommendations for prevention and control of HCV infection and HCV-related chronic disease. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* – 1998. - №47(19). – P. 1–10.
93. Cellar, D.F. Personality, Coping, and Well-Being for People Living with Chronic Hepatitis C/ D.F. Cellar, D. Voster, R. Fetters et al. // *Psychol Rep.* -2016. - №118(2). – P.649-667.
94. Chang SC, Ko WS, Wu SS, et al. Factors associated with quality of life in chronic hepatitis C patients who received interferon plus ribavirin therapy. *J Formos Med Assoc* 2008;107:454-62
95. Cho, H.J. Illness Experience of Patients with Chronic Hepatitis C Participating in Clinical Trials. / H.J. Cho, E. Park // *Osong Public Health Res Perspect.* – 2016. - №7(6). – P.394-399.
96. Cloninger C.R. A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1987. V. 44. P. 573-588).
97. Cohen, J.L. Evaluation of arthritis self-management courses led by laypersons and by professionals. / J.L. Cohen, S.V. Sauter, R.F. deVellis, B.M. deVellis // *Arthritis Rheum.* – 1986. - №29(3). – P.388–393.
98. Conversano, C., Carmassi, C., Carlini, M., Casu, G., Gremigni, P., & Dell’Osso, L. (2015). Interferon α Therapy in Patients with Chronic Hepatitis C Infection: Quality of Life and Depression. *Hematology Reports*, 7(1), 5632. <http://doi.org/10.4081/hr.2015.5632>
99. Cotler, S.J. Patients’ values for health states associated with hepatitis C and physicians’ estimates of those values. / S.J. Cotler, R. Patil, R.A. McNutt, et al. // *Am J Gastroenterol.* – 2001. - №96(9). – P.2730–2736.
100. Coughlan, B. Evaluation of a model of adjustment to an iatrogenic hepatitis C virus infection. / B. Coughlan, J. Sheehan, B. Bunting et al. // *British Journal of*

- Health Psychology. - 2004. – №9. – P.347–363.
101. Coughlan, B. Psychological well-being and quality of life in women with an iatrogenic hepatitis C virus infection. / B. Coughlan, J. Sheehan, A. Hickey, J. Crowe // *British Journal of Health Psychology*. – 2002. - №7. – P.105–116.
 102. Crone, C. Managing the neuropsychiatric side effects of interferon-based therapy for hepatitis C / C. Crone, G. M. Gabriel, T. N. Wise // *Cleveland Clinic J Medicine*. – 2004. – №71(3). - P.27 – 32.
 103. De La Garza II, R. The nonsteroidal anti-inflammatory drug diclofenac sodium attenuates lipopolysaccharide-induced corticosterone release and depressive-like behavior. / R. De La Garza II, K.R. Fabrizio, G.E. Radoi et al. // *FASEB J*. – 2003. - №17(A). – P.1024.
 104. Dominitz, J.A. Elevated prevalence of hepatitis C infection in users of United States veterans medical centers. / J.A. Dominitz, E.J. Boyko, T.D. Koepsell et al. // *Hepatology*. – 2005. - №41(1). – P.88–96.
 105. Dunne, E. A. Pattern and process in disclosure of health status by women with iatrogenically acquired hepatitis C. / E.A. Dunne, E. Quayle, // *Journal of Health Psychology*. – 2002. - №7. – P.565–582.
 106. Dunne, E.A. The impact of iatrogenically acquired hepatitis C infection on the well-being and relationships of a group of Irish women. / E.A. Dunne, E. Quayle, // *Journal of Health Psychology*. – 2001. - №6. – P.679–692.
 107. EASL International Consensus Conference on Hepatitis C. Paris, 26-28 February 1999, Consensus Statement. European Association for the Study of the Liver. *J Hepatol*. – 1999. - №30. – P. 956-961.
 108. El-Serag, H.B. Psychiatric disorders among veterans with hepatitis C infection. / H.B. El-Serag, M. Kunik, P. Richardson, L. Rabeneck // *Gastroenterology*. -2002. - №123(2). – P.476-82.
 109. Evon, D.M. A randomized controlled trial of an integrated care intervention to increase eligibility for chronic hepatitis C treatment. / D.M. Evon, K. Simpson, S. Kixmiller, et al // *Am J Gastroenterol*. – 2011. - №106(10). – P.1777–1786.
 110. Fontana, R.J. Cognitive function does not worsen during pegylated interferon and

- ribavirin retreatment of chronic hepatitis C. / R.J. Fontana, L.A. Bieliauskas, K.L. Lindsay et al. // *Hepatology*. 2007. - №45. – P.1154–1163.
111. Fraenkel, L. What do patients consider when making decisions about treatment for hepatitis C. / L. Fraenkel, S. McGraw, S. Wongcharatrawee, G. Garcia-tsoo // *Am J Med* 2005. - №118(12). – P.1387–1391.
112. Fried, M.W. Peginterferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection. / M.W. Fried, M.L. Shiffman, K.R. Reddy et al. // *N Engl J Med*. - 2002. - №347(13). – P.975–982.
113. Fried, M.W. Treatment of chronic hepatitis C infection with peginterferons plus ribavirin. / M.W. Fried, S.J. Hadziyannis // *Semin Liver Dis* 2004. - №24(Suppl. 2). – P.47–54.
114. Fufeld, L. Assessment of motivating factors associated with the initiation and completion of treatment for chronic hepatitis C virus (HCV) infection. / L. Fufeld, J. Aggarwal, C. Dougher. et al. // *BMC infectious diseases* 2013. - №13. – P.234.
115. Garnefski, N. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems / N. Garnefski, V. Kraaij, Ph. Spinhoven // *Personality and Individual Differences*. — 2001. — Vol. 30. — P. 1311–1327.
116. Giannini, E. Steatosis in chronic hepatitis C: can weight reduction improve therapeutic efficacy? / E. Giannini, P. Ceppa, R. Testa. // *J Hepatol*. - 2001. - №35(3). – P.432–433.
117. Gjeruldsen, S. Drug addiction in hepatitis C patients leads to a lower quality of life. / S. Gjeruldsen, J.H. Loge, B. Myrvang, S. Opjordsmoen. // *Nord J Psychiatry*. - 2006. - №60(2). – P.157–161.
118. Goldscheider, A. Therapie innerer Krankheiten. / A. Goldscheider // Berlin: J. Springer. - 1929. – P.420.
119. Groessl, E.J. Health-related quality of life in HCV infected patients. / E.J. Groessl, K.R. Weingart, R.M. Kaplan, S.B. Ho // *Curr Hepat Rep*. - 2007. - №6(4). – P.169–175.
120. Groessl, E.J. Living with hepatitis c: qualitative interviews with hepatitis c-

- infected veterans. / E.J. Groessl, K.R. Weingart, R.M. Kaplan, J.A. Clark, A.L. Gifford et al. // *J gen intern med.* – 2008. - №23(12). – P.1959–1965.
121. Grogan, A. Patients' perceptions of information and support received from the nurse specialist during HCV treatment. / A. Grogan, F. Timmins // *J Clin Nurs.* – 2010. – №19. – P.2869–2878.
 122. Grogan, A. Side effects of treatment in patients with hepatitis C: implications for nurse specialist practice. / A. Grogan, F. Timmins // *Australian Journal of Advanced Nursing.* – 2009. - №27. – P.70–77.
 123. Groom, H. Outcomes of a Hepatitis C screening program at a large urban VA medical center. / H. Groom, E. Dieperink, D.B. Nelson et al. // *J Clin Gastroenterol.* – 2008. - №42(1). – P.97–106.
 124. Hardy, P. Trouble depressifs et interferon alpha. / Hardy, P.// *Gastroenterol. Clin. Biol.* – 1996. - №20 – P.255-257.
 125. Heintges, T. Hepatitis C virus: epidemiology and transmission. / T. Heintges, J.R. Wands// *Hepatology.* – 1997. - №26(3). – P.521–526.
 126. Hepworth, J. Hepatitis C: a socio-cultural perspective on the effects of a new virus on a community's health. / J. Hepworth, G. J. Krug // *Journal of Health Psychology.* – 1999. - №4. – P.237–246.
 127. Hibbard, J.H. Moving toward a more patient-centered health care delivery system. / J.H. Hibbard // *Health Aff (Millwood).* – 2004. - 133-135.
 128. Hickman, I.J. Effect of weight reduction on liver histology and biochemistry in patients with chronic hepatitis C. / I.J. Hickman, A.D. Clouston, G.A. Macdonald et al. // *Gut.* – 2002. - №51(1). – P.89–94.
 129. Hickman, I.J. Modest weight loss and physical activity in overweight patients with chronic liver disease results in sustained improvements in alanine aminotransferase, fasting insulin, and quality of life. / I.J. Hickman, J.R. Jonsson, J.B. Prins et al. // *Gut.* – 2004. - №53(3). – P.413–419.
 130. Ho, S.B. Management of chronic hepatitis C in veterans: The potential of integrated care models. / S.B. Ho, E. Groessl, A. Dollarhide // *Am J Gastroenterol.* – 2008. - №103(7). – P.1810–1823.

131. Holsboer, F. The corticosteroid receptor hypothesis of depression. / F. Holsboer // *Neuropsychopharmacology*. – 2000. - №23. – P.477-501.
132. Holsboer, F. The rationale for corticotropin-releasing hormone receptor (CRH-R) antagonists to treat depression and anxiety. / F. Holsboer // *J Psychiatr Res*. – 1999. - №33. – P.181-214.
133. Hopwood, M. Disclosing hepatitis C infection within everyday contexts. / M.Hopwood, T. Nakamura, C. Treloar // *Journal of Health Psychology*. – 2010. - №15. – P.811–818.
134. Hopwood, M. Resilient coping: applying adaptive responses to prior adversity during treatment for hepatitis C infection. / M. Hopwood, C. Treloar // *Journal of Health Psychology*. – 2008. - №13. – P.17–27.
135. Horsburgh, K. The role of apolipoprotein E in Alzheimer's disease, acute brain injury and cerebrovascular disease: evidence of common mechanisms and utility of animal models. / K. Horsburgh, M.O. McCarron, F. White, J.A. Nicoll // *Neurobiol Aging*. – 2000. - №21. – P.245-255.
136. Iwasaki, Y. Limitation of combination therapy of interferon and ribavirin for older patients with chronic hepatitis C. / Y. Iwasaki, H. Ikeda, Y. Araki et al. // *Hepatology*. - 2006. - №43. - P.54-63.
137. Janssen, H.L. Suicide associated with alfa-interferon therapy for chronic viral hepatitis. / H.L. Janssen, J.T. Brouwer, R.C. van der Mast, S.W. Schalm. // *J Hepatol*. – 1994. - №21. – P.241-243.
138. Jenner, A. Circulating beliefs, resilient metaphors and faith in biomedicine: hepatitis C patients and interferon combination therapy. / A. Jenner, A. Scott // *Sociol HealthIlln*. – 2008. - №30(2). – P.197–216.
139. Jessop, A.B. Hepatitis support groups: meeting the information and support needs of hepatitis patients. / A.B. Jessop, C. Cohen, M.M. Burke et al.// *Gastroenterol nur*. – 2004. - №27(4). – P.163–169.
140. Jones, T.H. Endocrine-mediated mechanisms of fatigue during treatment with interferon-alpha. / T.H. Jones, S. Wadler, K.H. Hupart // *Semin Oncol*. - 1998. - №25. – P.54-63.

141. Khokhar, O.S. Reasons why patients infected with chronic hepatitis C virus choose to defer treatment: do they alter their decision with time? / O.S. Khokhar, J.H. Lewis // *DigDisSci.* – 2007. - №52(5). – P.1168–1176.
142. Knott, A. Integrated psychiatric/medical care in a chronic hepatitis C clinic: effect on antiviral treatment evaluation and outcomes. / A. Knott, E. Dieperink, M.L. Willenbring et al. // *Am J Gastroenterol.* – 2006. - №101. – P.2254–2262.
143. Koskinas, J. Assessment of depression in patients with chronic hepatitis: effect of interferon treatment. / J. Koskinas, P. Merkouraki, E. Manesis, S. Hadziyannis // *Dig Dis.* – 2002. - №20(3-4). – P.284-288.
144. Kraus, M. R. Emotional state, coping styles, and somatic variables in patients with chronic hepatitis C. / M.R. Kraus, A. Schafer, H. Csef, et al. // *Psychosomatics.* - 2000. - №41. – P.377–384.
145. Landmann, R. Unaltered monocyte function in patients with major depression before and after three months of antidepressive therapy. / R. Landmann, B. Schaub, S. Link, H.R.Wacker // *Biological Psychiatry.* – 1997. - №41. – P.675-681.
146. Lipowski, Z.J. Psychosocial reactions to physical illness processes / Z.J. Lipowski // *Canadian Medical Association Journal.* - 1983. - №128. - P.1069-1072.
147. Lorig, K. A comparison of lay-taught and professionaltaught arthritis self-management courses. / K. Lorig, P. Feigenbaum, C. Regan et al. // *J Rheumatol.* – 1986. - №13(4). – P.763–767.
148. Lorig, K.R. Effect of a self-management program on patients with chronic disease. / K.R. Lorig, D.S. Sobel, P.L. Ritter, et al. // *Eff Clin Pract.* – 2001. - №4(6). – P.256–262.
149. Mace, S. Selective serotonin reuptake inhibitors: a review of efficacy and tolerability in depression. / S. Mace, D. Taylor // *Expert Opin Pharmacother.* – 2000. - №1. – P.917-933.
150. Masterson, T. Predictors of infection control adherence in individuals with cystic fibrosis: A dissertation submitted to Kent State University in partial fulfillment of

- the requirements for the degree of Doctor of Philosophy / T. Masterson // Kent State University. - 2007. – P.191.
151. McNally, S. Now, later or never? Challenges associated with hepatitis C treatment. / S. McNally, M. Temple-smith, W. Sievert, M.K. Pitts // Aust N Z J Public Health. – 2006. - №30(5). – P.422–427.
 152. Miyaoka, H. Depression from interferon therapy in patients with hepatitis C (letter). / H. Miyaoka, T. Otsubo, K. Kamijima, et al. // Am J Psychiatry. – 1999. - №156. – P.1120.
 153. Monto, A. Risks of a range of alcohol intake on hepatitis C-related fibrosis. / A. Monto, K. Patel, A. Bostrom et al. // Hepatology. – 2004. - №39(3). – P.826–834.
 154. Morikawa, O. Effects of interferon-alpha, interferon-gamma and cAMP on the transcriptional regulation of the serotonin transporter. / O. Morikawa, N. Sakai, H. Obara, N. Saito. // Eur J Pharmacol. – 1998. - №349. – P.317-324.
 155. Munoz-plaza, C.E. Exploring drug users' attitudes and decisions regarding hepatitis C (HCV) treatment in the U.S. / C.E. Munoz-plaza, S. Strauss, J. Astone-twerell et al: // Int J Drug Policy. – 2008. - №19(1). – P.71–78.
 156. Musselman, D.L. Paroxetine for the prevention of depression induced by high-dose IFN alfa. / D.L. Musselman, D.H. Lawson, J.F. Gumnick et al. // N Engl J Med. – 2001. - №344. – P.961-966.
 157. Nakamura, T. Retinopathy during interferon treatment in combination with ribavirin for chronic hepatitis C. / T. Nakamura, H. Takahashi, N. Koike et al. // Nippon Ganka Gakkai Zasshi. - 2005. – №109. - P.748-752.
 158. Pessione, F. Effect of alcohol consumption on serum hepatitis C virus RNA and histological lesions in chronic hepatitis C. / F. Pessione, F. Degos, P. Marcellin et al. // Hepatology. – 1998. - №27. – P.1717–1722.
 159. Poynard, T. Randomised trial of interferon alpha2b plus ribavirin for 48 weeks or for 24 weeks versus interferon alpha2b plus placebo for 48 weeks for treatment of chronic infection with hepatitis C virus. International Hepatitis Interventional Therapy Group (IHIT)/ T. Poynard, P. Marcellin, S.S. Lee et al. // Lancet. -1998. - №352(9138).- P.1426-1432.

160. Rakowsky, W. Assessing elements of women's decisions about mammography / W. Rakowsky, C.E. Dube, B.H. Marcus, et al. // Health Psychol. - 1992. - №11. - P.111-118.
161. Rifflet, H. Interferon et suicide au cours des hepatites virgules chroniques. / H. Rifflet, E. Vuillemin, F. Oberti, et al. // Gastroenterol Clin Biol. – 1996. - №20. – P.606-607.
162. Rodis, J.L. Evaluation of medication adherence and quality of life in patients with hepatitis C virus receiving combination therapy / J.L. Rodis, P. Kibbe // Gastroenterol Nurs. – 2010. - №33. – P.368–373.
163. Rossi, S.R. Application of the transtheoretical model of behavior change to dietary fat reduction in a naturalistic environment/ S.R. Rossi // Unpublished doctoral dissertation. University of Rhode Island, Kingston. - 1992.
164. Rowan, P.J. Physical and psychosocial contributors to quality of life in veterans with hepatitis C not on antiviral therapy. / P.J. Rowan, R. Al-Jurdi, S. Tavakoli-Tabasi et al. // J Clin Gastroenterol. – 2005. - №39(8). – P.731–736.
165. Rowan, P.J. Psychosocial factors are the most common contraindications for antiviral therapy at initial evaluation in veterans with chronic hepatitis C. / P.J. Rowan, S. Tabasi, M. Abdul-Latif // J Clin Gastroenterol. – 2004. - №38(6). – P.530–534.
166. RWJF. Essential Elements of Self-management Interventions. Seattle, WA: The Robert Wood Johnson Foundation. The Center for the Advancement of Health, 2001.
167. Safo, S.A. The common sense model applied to hepatitis C: a qualitative analysis of the impact of disease comparison and witnessed death on hepatitis C illness perception / S.A. Safo, A. Batchelder, D. Peyser, A.H. Litwin // Harm Reduction Journal. – 2015. - №12(20). – P.1-8.
168. Schramm, T.M. Sertraline treatment of interferon- alfa-induced depressive disorder. / T.M. Schramm, B.R. Lawford, G.A. Macdonald, W.G. Cooksley // Med J Aust. – 2000. - №173. – P.359-361.

169. Schroer B.M., Fuhrmann A., Jong-Meyer R. Systematic Motivational Counseling in Groups: Clarifying Motivational Structure during Psychotherapy. Handbook of Motivational Counseling / Ed. by W. Miles, E. Klinger. – Jonh Wiley&Sons, Ltd. 2004; 239–258.
170. Silberbogen, A.K. A telehealth intervention for veterans on antiviral treatment for the hepatitis C virus / A.K. Silberbogen, E. Ulloa, D.L. Mori et al. // Psychol Serv. – 2012. - №9. – P.163–173.
171. Stewart, B.J. Help-seeking and coping with the psychosocial burden of chronic hepatitis C: a qualitative study of patient, hepatologist, and counsellor perspectives / B.J. Stewart, A.A. Mikoicka-Walus, H. Harley, J.M. Andrews // Int J NursStud. – 2012. - №49(5). – P.560-569.
172. Strathdee, S.A. Factors associated with interest in initiating treatment for hepatitis C Virus (HCV) infection among young HCV-infected injection drug users / S.A. Strathdee, M. Latka, J. Campbell et al. // ClinInfectDis. – 2005. - №40(Suppl 5). – P.304–312.
173. Sylvestre, D.L. Integrating HCV services for drug users: a model to improve engagement and outcomes/ D.L. Sylvestre, J.E. Zweben // Int J DrugPolicy. – 2007. - №18(5). – P.406–410.
174. The Global Burden of Hepatitis C Working Group: Global Burden of Disease (GBD) for Hepatitis C. J. Clin. Pharmacol. – 2004. - №44(1). - P. 20–29.
175. Tobin D, Reynolds R, Holroyd K, Creer T. Self-management and social learning theory. In: KA H, TL C, eds. Selfmanagement of Chronic Disease: Handbook of Clinical Interventions and Research. Orlando, FL: Academic Press, 1986.
176. VA Hepatitis C Resource Center Program and National Hepatitis C Program Office. Management of Psychiatric and Substance Use Disorders in Patients with Hepatitis C: A Reference for Hepatitis C Care Providers. Washington DC: Department of Veteran Affairs. – 2005. – P. 1–36.
177. Valentine, A.D. Mood and cognitive side effects of interferon-alpha therapy. / A.D. Valentine, C.A. Meyers, M.A. Kling et al.// Semin Oncol. – 1998. - №25. – P.39 – 47.

178. Von Korff, M. Collaborative management of chronic illness. / M. Von Korff, J. Gruman, J. Schaefer et al. // *Ann Intern Med.* – 1997. - №127(12). – P.1097–1102.
179. Yee, H.S. Management and treatment of hepatitis C viral infection: recommendations from the department of veterans affairs hepatitis C resource center program and the national hepatitis C program office. / H.S. Yee, S.L. Currie, J.M. Darling, T.L. Wright // *Am J Gastroenterol.* – 2006. - №101(10). – P.2360–2378.
180. Zimmerman, M. Diagnosing DSM-IV psychiatric disorders in primary care settings. An interview guide for nonpsychiatrist physician. / M. Zimmerman // *Psych. Products Press.* – 1994. - P.102.

ПРИЛОЖЕНИЯ.

Приложение 1.

Построение многофакторных моделей с использованием процедуры логит-регрессия модуля Нелинейное оценивание.

Статистический анализПостроение многофакторных моделей

Формирование многофакторной модели стадии по тесту URICA проводилось путем построения уравнения логит-регрессии.

Для построения логит-модели копинг-стратегий, представляемых в виде качественных признаков, использовали процедуру Логит-регрессия модуля Нелинейное оценивание. Адекватность построенной модели оценивалась по значениям статистик итоговых потерь.

С целью отбора признаков для включения в многофакторную модель предварительно при помощи дисперсионного анализа проводился анализ связи стадии по тесту URICA с факторами, потенциально влияющими на стадию. В анализ включались факторы, демонстрировавшие статистически значимую связь со стадией по тесту URICA ($p < 0,05$).

Результаты

По результатам анализа теста URICA, 59 (54,6%) пациентов находились на стадии отсутствия мотивации к лечению (отсутствие мотивации к лечению), 7 (6,5%) на стадии размышления (амбивалентная мотивация к лечению) и 42 (38,9%) на стадии действий (высокая мотивация к лечению). Многофакторные модели формировались для пациентов, находящихся на стадии отсутствия мотивации к лечению и на стадии действий. Число пациентов, находящихся на стадии размышления (n=7), было недостаточно для проведения анализа.

Многофакторная модель стадии отсутствия мотивации к лечению по тесту URICA

Для отбора факторов в качестве кандидатов для построения модели нахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению на первом этапе при помощи дисперсионного анализа проводился анализ связи факторов с нахождением на стадии отсутствия мотивации к лечению. Факторы, демонстрировавшие статистически значимую связь с нахождением на стадии отсутствия мотивации к лечению ($p < 0,05$), представлены в таблице 35. Эти факторы включались в анализ для построения логит-модели нахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению.

Таблица 35 - Факторы, статистически значимо связанные с нахождением на стадии отсутствия мотивации к лечению

Факторы	F – критерий Фишера	P
Стационар	4,74	0,03 2
Терапия	6,65	0,01 1

продолжение таблицы 35

высокий достаток семьи	4,035	7	0,04
длительность заболевания 1-3 года	9,906	2	0,00
длительность заболевания	5,604	5	0,00
НАQ - II (Высокая мотивация)	7,584	7	0,00
Низкая реактивная тревожность	11,491	1	0,00
Умеренная реактивная тревожность	7,291	8	0,00
Когнитивная регуляция эмоций (Обвинение других)	1,853	6	0,04
Эмоциональное реагирование на болезнь (тревога)	2,135	9	0,02
Эмоциональное реагирование на болезнь (спокойствие)	3,090	4	0,00
Опросник смысложизненных ориентаций (Результат)	2,316	3	0,00
Опросник смысложизненных ориентаций (Локус-контроля "Я")	2,056	6	0,01
Опросник Клонинджера (Настойчивость)	2,770	9	0,02

В результате логистического анализа было составлено уравнение логит-регрессии, с помощью которого можно прогнозировать вероятность нахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению по формуле:

$$p = \frac{1}{1+e^{-y}}$$

p – вероятность ненахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению

$$Y = -1,9 + 0,5xС + 1,5xТ + 0,6xВД + 1xСДЗ - 1,8xВМ - 2,9xНРТ + 0,5xУРТ + 0,4xОбв. - 0,07xРБ-Т + 0,04xРБ-С - 0,07xСО-Р + 0,06xСО-Я - 0,7xКл-Н$$

Условные обозначения факторов, указанных в формуле, представлены в таблице 36.

Адекватность модели измерялась с помощью количества ошибок классификации наблюдений, осуществленной в соответствии с построенной моделью. Так, правильно предсказаны 75,5% пациентов со значением «находится на стадии отсутствия мотивации к лечению» и 86,4% пациентов со значением «не находится на стадии отсутствия мотивации к лечению». Общий процент верно классифицированных моделью больных равен 81,5%.

В таблице 36 указана относительная вероятность нахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению – этот показатель указывает, во сколько раз каждый из перечисленных в таблице факторов увеличивает вероятность нахождения пациента на этой стадии.

Наиболее выраженную связь с вероятностью нахождения пациента на стадии отсутствия мотивации к лечению демонстрирует низкая реактивная тревожность (по шкале реактивной тревожности) – она снижает эту вероятность в 16,7 раза. В то время как умеренная реактивная тревожность повышает вероятность нахождения пациента на стадии отсутствия мотивации к лечению в 1,67 раза.

Выраженное влияние оказывал показатель по шкале «обвинение других» шкалы «Когнитивная регуляция эмоций» (повышение вероятности в 1,5 раза при повышении показателя на 1 балл по этой шкале). При анализе влияние этого фактора необходимо учитывать, что значение по шкале варьирует в пределах от 4 до 20.

Фактором, выражено снижающим вероятность нахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению является подшкала «Настойчивость» теста Клонинджера – при повышении показателя по этой шкале на 1 балл вероятность нахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению уменьшается в 2 раза.

Значение по шкале «Настойчивость» теста Клонинджера варьирует в пределах от 0 до 11.

Следующим по значимости фактором является высокая мотивация по тесту теральянса НАQ-II – у пациентов с этим фактором вероятность нахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению снижена в 5,9 раза.

У пациентов, находящихся на терапии или в стационаре вероятность нахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению повышена в 4,6 и 1,7 раза соответственно.

Другими факторами, повышающими вероятность нахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению, являются длительность заболевания от 1 до 3 лет (в 2,7 раза), высокий достаток семьи (в 1,8 раза),

Повышение выраженности тревожного реагирования на болезнь на 1 балл из 10 возможных снижает вероятность нахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению в 0,93 раза, тогда как повышение выраженности спокойного реагирования на болезнь оказывает противоположное действие – повышение на 1 балл повышает вероятность нахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению в 1,04 раза.

Повышение выраженности по шкале «результат» теста на смысложизненные ориентации снижает вероятность нахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению в 0,93 раза, а повышение выраженности по шкале «локус-контроль Я» этого теста, напротив, повышает вероятность нахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению в 1,06 раза. Показатели по этим подшкалам варьируют в пределах от 7 до 35.

Таблица 36 - Влияние факторов на вероятность нахождения на стадии отсутствия мотивации к лечению

		С	Т	ВД	СДЗ	ВМ	НРТ	УРТ	Обв.	РБ-Т	РБ-С	СО-Р	СО-Я	Кл-Н
	В0	ста цио нар	Тера пия	высо кий дост аток семь и	забо лева ние 1-3 года	НАQ- II (вы сокая мотив ация)	низк ая ре акти вная трев ожно сть	умер енная реакт ивная трево жность	регул яция эмоци й (об винен ие др угих)	реаги рован ие на боле знь (тр евога)	реаги рован ие на болез нь (сп окойс твие)	смысл ожизн енные ориен тации (резул ьтат)	смысло жизненн ые орие нтации (локу с-конт роль Я)	Клон инге р (на стой чиво сть)
Вес фактора	-1,90	0,51	1,53	0,58	1,00	-1,75	-2,89	0,52	0,43	-0,07	0,04	-0,07	0,06	-0,69
Стандартная ошибка	1,96	0,76	0,80	0,65	0,77	0,71	1,21	0,67	0,12	0,10	0,09	0,08	0,09	0,31
t (220)	-0,97	0,68	1,92	0,89	1,31	-2,45	-2,39	0,77	3,54	-0,75	0,44	-0,94	0,61	-2,23
P	0,33	0,50	0,06	0,38	0,19	0,02	0,02	0,44	0,00	0,45	0,66	0,35	0,55	0,03
-95%CI	-5,79	-1	-0,05	-0,72	-0,52	-3,16	-5,29	-0,81	0,19	-0,27	-0,14	-0,22	-0,13	-1,30
+95%CI	1,98	2,01	3,12	1,88	2,53	-0,33	-0,49	1,85	0,68	0,12	0,22	0,08	0,24	-0,07
Хи-квадрат Вальда	0,95	0,46	3,70	0,79	1,71	6,01	5,72	0,59	12,6	0,57	0,20	0,87	0,37	4,95
p-уровень	0,33	0,50	0,05	0,38	0,19	0,01	0,02	0,44	0,00	0,45	0,66	0,35	0,54	0,03
Относительна я вероят-ность	0,15	1,67	4,64	1,78	2,73	0,17	0,06	1,67	1,54	0,93	1,04	0,93	1,06	0,50
-95%CI	0,00	0,37	0,95	0,49	0,60	0,04	0,01	0,44	1,21	0,76	0,87	0,80	0,88	0,27
+95%CI	7,25	7,46	22,6	6,53	12,5	0,72	0,61	6,33	1,96	1,13	1,24	1,08	1,28	0,93
Относительна я вероятно сть (размах)		1,67	4,64	1,78	2,73	0,17	0,06	1,67	660	0,47	1,49	0,13	2,65	0,03
-95%CI		0,37	0,95	0,49	0,60	0,04	0,01	0,44	17,40	0,07	0,25	0,00	0,11	0,00
+95%CI		7,46	22,6	6,53	12,51	0,72	0,61	6,33	25047	3,38	8,80	9,51	64,19	0,69

Многофакторная модель высокой мотивации к лечению (стадия действий по тесту URICA)

Для отбора факторов в качестве кандидатов для построения модели нахождения на стадии высокой мотивации к лечению на первом этапе при помощи дисперсионного анализа проводился анализ связи факторов с нахождением на стадии высокой мотивации к лечению. Факторы, демонстрировавшие статистически значимую связь с нахождением на стадии высокой мотивации к лечению ($p < 0,05$), представлены в таблице 37. Эти факторы включались в анализ для построения логит-модели нахождения на стадии высокой мотивации к лечению.

Таблица 37 - Факторы, статистически значимо связанные с нахождением на стадии высокой мотивации к лечению (стадия действий по URICA)

Факторы	F – критерий Фишера	P
Высокий достаток семьи	5,02	0,027
Длительность заболевания 1-3 года	5,887	0,017
Низкая реактивная тревожность	4,465	0,037
Когнитивная регуляция эмоций (обвинение других)	2,037	0,026
Эмоциональное реагирование на болезнь (тревога)	2,349	0,016
Эмоциональное реагирование на болезнь (спокойствие)	2,376	0,022
Опросник смысложизненных ориентаций (результат)	2,713	0,001
Опросник Клонинджера (зависимость от вознаграждения)	2,437	0,019
Опросник Барратта (самоконтроль)	2,287	0,023

В результате логистического анализа было составлено уравнение логит-регрессии, с помощью которого можно прогнозировать вероятность нахождения на стадии высокой мотивации к лечению по формуле:

$$p = \frac{1}{1+e^{-y}}$$

p – вероятность ненахождения на стадии высокой мотивации к лечению

$$Y = 0,15 - 1,04 \times \text{ВД} - 1,15 \times \text{СДЗ} + 1,15 \times \text{НРТ} - 0,32 \times \text{Обв.} + 0,04 \times \text{РБ-Т} + 0,01 \times \text{РБ-С} + 0,08 \times \text{СО-Р} - 0,01 \times \text{СО-Я} + 0,18 \times \text{Кл-З} - 0,33 \times \text{Б-С}$$

Условные обозначения факторов, указанных в формуле, представлены в таблице 42.

Адекватность модели измерялась с помощью количества ошибок классификации наблюдений, осуществленной в соответствии с построенной моделью. Так, правильно предсказаны 83,3% пациентов со значением «находится на стадии действия» и 57,1% пациентов со значением «не находится на стадии действия». Общий процент верно классифицированных моделью больных равен 73,2%.

В таблице 37 указана относительная вероятность нахождения на стадии высокой мотивации к лечению – этот показатель указывает, во сколько раз каждый из перечисленных в таблице факторов увеличивает вероятность нахождения пациента на этой стадии.

Высокий достаток семьи и длительность заболевания от 1 до 3 лет снижали вероятность нахождения на стадии высокой мотивации к лечению в 2,8 и 3,3 раза соответственно.

Выраженное влияние на вероятность нахождения на стадии высокой мотивации к лечению оказывали психологические факторы.

Наибольшее значение имеют показатели по шкале «Самоконтроль» теста Баррата и шкале «обвинение других» теста «Когнитивная регуляция эмоций» - повышение показателя по каждой из этих шкал на 1 балл способствует снижению вероятности нахождения на стадии высокой мотивации к лечению в 1,4 раза. Показатель по шкале «Самоконтроль» теста Баррата варьирует в пределах от 0 до 20, по шкале «обвинение других» теста «Когнитивная регуляция эмоций» - от 4 до 20.

Повышение показателя по шкале «зависимость от вознаграждения» теста

Клонинджера на 1 балл, напротив, повышает вероятность нахождения на стадии действия в 1,2 раза. Показатель по этой шкале варьирует в пределах от 0 до 11.

Аналогично повышение показателя по шкале «результат» теста «Смыслжизненные ориентации» на 1 балл снижает вероятность нахождения на стадии высокой мотивации к лечению в 1,08 раза. Показатель по этой шкале варьирует в пределах от 7 до 35.

Низкая реактивная тревожность снижает вероятность нахождения на стадии высокой мотивации к лечению в 3,2 раза.

Таблица 38 - Влияние факторов на вероятность нахождения на стадии действия по тесту URICA

		ВД	СДЗ	НРТ	Обв.	РБ-Т	РБ-С	СО-Р	СО-Я	Кл-З	Б-С
	В0	Высокий достаток семьи	Заболевание 1-3 года	Низкая реактивная тревожность	Регуляция эмоций (обвинение других)	Реагирование на болезнь (тревога)	Реагирование на болезнь (спокойствие)	Смысловые ориентации (результат)	Смысловые ориентации (локус-контроль Я)	Клонингер (зависимость от вознаграждения)	Баррат (самоконтроль)
Вес фактора	0,15	-1,04	-1,152	1,149	-0,318	0,042	0,010	0,080	-0,008	0,182	-0,334
Стандартная ошибка	1,67	0,616	0,646	0,768	0,099	0,084	0,082	0,063	0,078	0,079	0,085
t (220)	0,09	-1,69	-1,785	1,496	-3,232	0,496	0,127	1,262	-0,105	2,295	-3,935
P	0,93	0,093	0,077	0,138	0,002	0,621	0,900	0,210	0,917	0,023	0,001
-95%CI	-3,17	-2,27	-2,433	-0,375	-0,514	-0,125	-0,153	-0,046	-0,163	0,025	-0,502
+95%CI	3,47	0,179	0,129	2,672	-0,123	0,208	0,173	0,205	0,147	0,339	-0,166
Chi-квадрат Вальда	0,01	2,870	3,185	2,239	10,443	0,246	0,016	1,592	0,011	5,267	15,484
p-уровень	0,93	0,090	0,074	0,135	0,001	0,620	0,899	0,207	0,916	0,022	0,000
Относительная вероятность	1,16	0,352	0,316	3,154	0,727	1,042	1,010	1,083	0,992	1,200	0,716
-95%CI	0,04	0,104	0,088	0,688	0,598	0,883	0,858	0,955	0,849	1,026	0,605
+95%CI	32	1,196	1,138	14,466	0,884	1,231	1,189	1,227	1,158	1,403	0,847
Относительная вероятность (размах)		0,352	0,316	3,154	0,008	1,516	1,110	9,300	0,870	8,877	0,013
-95%CI		0,104	0,088	0,688	0,000	0,288	0,217	0,279	0,062	1,353	0,001
+95%CI		1,196	1,138	14,466	0,158	7,988	5,667	310,031	12,124	58,244	0,115

Таблица 39 - Связь социально-демографических факторов с нахождением пациентов на стадии отсутствия мотивации к лечению по тесту URICA

Факторы	F – критерий Фишера	P
Возраст	1,019	0,461
Пол	0,846	0,432
Образование		
Среднее	0,003	0,958
Незаконченное высшее	2,464	0,119
Высшее	0,134	0,715
Уровень образования	1,232	0,296
Занятость		
Безработный	0,11	0,741
Работаю	0,068	0,794
На пенсии	2,576	0,111
Семейное положение		
Женат/замужем	1,414	0,237
Гражданский брак	0,06	0,807
холост/не замужем	1,313	0,254
Достаток семьи		
Низкий	0,291	0,590
Средний	1,47	0,228
Высокий	4,035	0,047
Уровень достатка семьи	2,175	0,119

Таблица 40 - Связь медицинских характеристик с нахождением пациентов на стадии отсутствия мотивации к лечению по тесту URICA

Факторы	F – критерий Фишера	P
Тип лечения		
Амбулаторное	0,133	0,716
Стационар	4,740	0,032
Терапия	6,655	0,011
Длительность заболевания		
До 1 года	3,074	0,082
1-3 года	9,906	0,002
Более 3 лет	1,582	0,211
Длительность заболевания	5,604	0,005
Генотип		
1 b	0,204	0,653
2	0,212	0,646
3	0,041	0,839

Таблица 41 - Связь психологических характеристик с нахождением пациентов на стадии отсутствия мотивации к лечению по тесту URICA (начало)

Факторы	F – критерий Фишера	p
HAQ – II (высокая мотивация)	7,584	0,007
Шкала реактивной тревожности		
Низкая тревожность	11,491	0,001
Умеренная тревожность	7,291	0,008
Высокая тревожность	0,192	0,662
Шкала самооценки уровня тревожности Спилберга – Ханина		
Низкая тревожность	1,014	0,316
Умеренная тревожность	0,015	0,904
Высокая тревожность	0,172	0,679
Выраженность тревожности	0,521	0,596
Когнитивная регуляция эмоций		
Самообвинение	0,774	0,694
Принятие	1,626	0,092
Руминации	1,687	0,072
Позитивное мышление	1,412	0,163
Планирование	1,360	0,194
Положительный пересмотр	1,199	0,289
Помещение в перспективу	0,875	0,598
Катастрофизация	1,821	0,051
Обвинение других	1,853	0,046

Таблица 42 - Связь психологических характеристик с нахождением пациентов на стадии отсутствия мотивации к лечению по тесту URICA (продолжение)

Факторы	F – критерий Фишера	p
Методика для психологической диагностики способов совладания		
Конфронтация	1,482	0,1
Дистанцирование	0,972	0,512
Самоконтроль	1,324	0,171
Поиск социальной поддержки	0,802	0,733
Принятие ответственности	0,976	0,498
Бегство-избегание	0,968	0,516
Планирование решения проблемы	1,272	0,212
Положительная переоценка	1,085	0,379
Эмоциональное реагирование на болезнь		
Тревога	2,135	0,029
Печаль, грусть	1,043	0,414
Страх	1,8	0,071
Гнев	1,189	0,311
Враждебность	1,947	0,054
Вина, стыд	0,528	0,866
Беспомощность	1,624	0,119
Удивление	1,202	0,303
Спокойствие, умиротворение	3,09	0,004

Таблица 43 - Связь психологических характеристик с нахождением пациентов на стадии отсутствия мотивации к лечению по тесту URICA (окончание)

Факторы	F – критерий Фишера	p
Опросник смысложизненных ориентаций		
Цели жизни	0,995	0,483
Процесс	1,28	0,198
Результат	2,316	0,003
Локус - контроля "Я"	2,056	0,016
Локус контроля – жизнь	0,905	0,605
Общий показатель осмысленности жизни	1,117	0,342
Опросник Клонинджера		
Поиск новизны	1,871	0,072
Избегание вреда	0,71	0,764
Зависимость от вознаграждения	1,577	0,142
Настойчивость	2,77	0,029
Самонаправленность	0,615	0,842
Сотрудничество	1,36	0,222
Трансцендентность Я	0,892	0,574
Опросник Баррата		
Внимание	1,604	0,141
Когнитивная нестабильность	0,621	0,772
Движение (моторная нестабильность)	1,359	0,231
Настойчивость	0,392	0,919
Самоконтроль	1,694	0,101
Когнитивная сложность	0,685	0,755
Общий балл	1,333	0,251
Отвлекаемость внимания	0,69	0,769
Моторная импульсивность	0,882	0,578
Способность к планированию и самоконтролю	1,613	0,118

Таблица 44 - Связь социально-демографических факторов с нахождением пациентов на стадии действия по тесту URICA

Факторы	F – критерий Фишера	P
Возраст	1,027	0,451
Пол	1,064	0,349
Образование		
Среднее	0,004	0,948
Незаконченное высшее	1,288	0,259
Высшее	0,057	0,811
Уровень образования	0,641	0,529
Занятость		
Безработный	0,461	0,499
Работаю	0,021	0,885
На пенсии	1,963	0,164
Семейное положение		
Женат/замужем	0,158	0,692
Гражданский брак	0,003	0,959
холост/не замужем	0,204	0,653
Достаток семьи		
Низкий	0,166	0,685
Средний	2,304	0,132
Высокий	5,020	0,027
Уровень достатка семьи	2,665	0,074

Таблица 45 - Связь медицинских характеристик с нахождением пациентов на стадии действия по тесту URICA

Факторы	F – критерий Фишера	p
Тип лечения		
Амбулаторные	0,102	0,75
Стационар	1,538	0,218
Терапия	2,448	0,121
Длительность заболевания		
До 1 года	0,559	0,456
1-3 года	5,887	0,017
Более 3 лет	2,114	0,149
Длительность заболевания	2,943	0,057
Генотип		
1 b	0,167	0,684
2	0,007	0,934
3	0,255	0,615

Таблица 46 - Связь психологических характеристик с нахождением пациентов на стадии действия по тесту URICA (начало)

Факторы	F – критерий Фишера	p
HAQ – II (высокая мотивация)	3,687	0,058
Шкала реактивной тревожности		
Низкая тревожность	4,465	0,037
Умеренная тревожность	3,484	0,065
Высокая тревожность	0,193	0,661
Шкала самооценки уровня тревожности Спилберга – Ханина		
Низкая тревожность	0,007	0,934
Умеренная тревожность	0,927	0,338
Высокая тревожность	0,883	0,349
Выраженность тревожности	0,483	0,618
Когнитивная регуляция эмоций		
Самообвинение	1,014	0,446
Принятие	1,444	0,154
Руминации	1,297	0,224
Позитивное мышление	1,361	0,188
Планирование	0,957	0,499
Положительный пересмотр	1,095	0,373
Помещение в перспективу	1,321	0,202
Катастрофизация	1,352	0,198
Обвинение других	2,037	0,026

Таблица 47 - Связь психологических характеристик с нахождением пациентов на стадии действия по тесту URICA (продолжение)

Факторы	F – критерий Фишера	P
Методика для психологической диагностики способов совладания		
Конфронтация	1,242	0,234
Дистанцирование	1,44	0,112
Самоконтроль	1,209	0,256
Поиск социальной поддержки	0,68	0,866
Принятие ответственности	1,172	0,298
Бегство-избегание	1,074	0,39
Планирование решения проблемы	1,523	0,085
Положительная переоценка	0,984	0,496
Эмоциональное реагирование на болезнь		
Тревога	2,349	0,016
Печаль, грусть	1,095	0,373
Страх	1,493	0,154
Гнев	0,971	0,469
Враждебность	1,262	0,267
Вина, стыд	0,688	0,733
Беспомощность	1,670	0,106
Удивление	0,855	0,568
Спокойствие, умиротворение	2,376	0,022

Таблица 48 - Связь психологических характеристик с нахождением пациентов на стадии действия по тесту URICA (окончание)

Факторы	F – критерий Фишера	P
Опросник смысложизненных ориентаций		
Цели жизни	1,166	0,296
Процесс	1,406	0,124
Результат	2,713	0,001
Локус - контроля "Я"	2,205	0,009
Локус контроля – жизнь	0,937	0,562
Общий показатель осмысленности жизни	1,279	0,184
Опросник Клонинджера		
Поиск новизны	1,947	0,06
Избегание вреда	0,62	0,844
Зависимость от вознаграждения	2,437	0,019
Настойчивость	2,18	0,074
Самонаправленность	0,526	0,908
Сотрудничество	1,162	0,345
Трансцендентность Я	1,064	0,420
Опросник Баррата		
Внимание	1,552	0,157
Когнитивная нестабильность	0,677	0,725
Движение (моторная нестабильность)	1,380	0,221
Настойчивость	0,481	0,862
Самоконтроль	2,287	0,023
Когнитивная сложность	0,65	0,786
Общий балл	1,177	0,354
Отвлекаемость внимания	0,852	0,612
Моторная импульсивность	0,931	0,533
Способность к планированию и самоконтролю	1,249	0,285

Шкала Оценка изменений Университета Род-Айленд» (URICA) McConnaughy, J.O. Prochaska и W.F. Velicer (1983) в адаптации В.М. Ялтонского (2004)

Инструкция: каждый пункт опросника определяет, как человек чувствует себя, начиная лечение. Пожалуйста, определите степень Вашего согласия либо несогласия с каждым пунктом. В каждом случае сделайте выбор, основываясь на том, что Вы чувствуете прямо сейчас, а не на том, что Вы чувствовали в прошлом или хотели бы чувствовать. Во всех пунктах, в которых имеется слово «проблема», оно означает Вашу проблему – хронический вирус гепатита С. Слово «здесь» означает место, в котором Вы проходите лечение.

Существует пять возможных ответов на каждый пункт: от «совсем не согласен» до «совсем согласен». Обведите кружком номер того ответа, который лучше других описывает степень Вашего согласия либо несогласия с каждым пунктом.

Утверждение	совсем не согласен	не согласен	не решил	согласен	совсем согласен
1. С моей точки зрения, у меня нет проблем, которые бы требовали изменений.	1	2	3	4	5
2. Я думаю, что должен быть готов к каким-нибудь самоусовершенствованиям.	1	2	3	4	5
3. Я делаю что-то с проблемами, которые меня беспокоят.	1	2	3	4	5
4. Проблема должна быть важной для того, чтобы я работал с ней.	1	2	3	4	5
5. Я человек без проблем. Мое пребывание здесь не имеет большого здравого смысла.	1	2	3	4	5

6. В конце концов, я что-то делаю со своей проблемой.	1	2	3	4	5
7. Я думаю о том, что мне может и стоит что-то изменить в себе.	1	2	3	4	5
8. Сейчас это трудная проблема, но я над ней работаю.	1	2	3	4	5
9. Пребывание здесь - бесполезная трата времени для меня, так как эта проблема для меня не разрешима	1	2	3	4	5
10. Я надеюсь, что пребывание здесь поможет мне лучше понимать себя.	1	2	3	4	5
11. У меня бывают неудачи, но я не считаю, что что-то надо изменять	1	2	3	4	5
12. Я действительно упорно работаю над проблемой.	1	2	3	4	5
13. У меня есть проблема и я действительно считаю, что я буду работать над ней.	1	2	3	4	5
14. Хотя и не всегда успешно мне удается изменить что-то в себе, но, по крайней мере я над этим работаю.	1	2	3	4	5
15. Я бы хотел, чтобы у меня было больше идей по поводу решения моих проблем.	1	2	3	4	5
16. Я уже начал работать над проблемой, но хотел бы, чтобы мне помогли.	1	2	3	4	5

17. Может пребывание здесь способно помочь мне.	1	2	3	4	5
18. Я могу быть частью проблемы, но на самом деле я так не думаю.	1	2	3	4	5
19. Я надеюсь, что кто-нибудь здесь даст хороший совет мне.	1	2	3	4	5
20. Любой может говорить об изменениях; я же реальными действиями изменяю свою проблему	1	2	3	4	5
21. Может, просто забыть о своих проблемах?	1	2	3	4	5
22. У меня, как и у других есть проблемы. Зачем тратить время на то, чтобы думать об этих проблемах?	1	2	3	4	5
23. Я активно работаю над своей проблемой.	1	2	3	4	5
24. Я скорее буду справляться с последствиями моих ошибок, чем пытаться изменить себя.	1	2	3	4	5

Опросник «Когнитивная регуляция эмоций» («Cognitive Emotion Regulation Questionnaire»), в адаптации Рассказовой Е.И., Леоновой А.Б., Плужникова И.В., 2011

Инструкция: перед тем как Вы приступите к выполнению задания, вспомните, пожалуйста, несколько стрессовых, трудных для Вас ситуаций. Прочитав высказывание, оцените, насколько мысли такого рода свойственны Вам в трудной ситуации. При ответе ориентируетесь на Ваши мысли, чувства, а не на предпринимаемые действия. Отметьте цифру, соответствующую Вашему ответу: 1 – никогда, 2 – иногда, 3 – не знаю, 4 – часто, 5 – всегда.

1	Я чувствую, что я виновен(а) в случившемся.	1	2	3	4	5
2	Я думаю, что я должен признать, что это уже произошло.	1	2	3	4	5
3	Я думаю о своих чувствах, переживаниях, связанных с этой ситуацией.	1	2	3	4	5
4	Я стараюсь думать о более приятных вещах, чем то, что испытал.	1	2	3	4	5
5	Я думаю о том, что в этой ситуации я могу сделать лучше всего.	1	2	3	4	5
6	Я думаю, что я могу вынести какой-либо опыт из ситуации.	1	2	3	4	5
7	Я думаю, что все это могло быть намного хуже.	1	2	3	4	5
8	Я часто думаю, что это, что я испытал(а), намного хуже, чем то, что испытали другие.	1	2	3	4	5
9	Я чувствую, что другие виноваты в этом.	1	2	3	4	5
10	Я чувствую, что я единственный(ая), кто ответственен за то, что случилось.	1	2	3	4	5
11	Я думаю, что я должен(а) принять ситуацию.	1	2	3	4	5
12	Я озабочен(а) тем, что я думаю и чувствую	1	2	3	4	5

	об испытанном.					
13	Я думаю о приятных вещах, которые не имеют никакого отношения к этой ситуации.	1	2	3	4	5
14	Я размышляю, как именно я могу лучше всего справиться с ситуацией.	1	2	3	4	5
15	Я думаю, что я могу стать более сильным человеком в результате того, что случилось.	1	2	3	4	5
16	Я думаю, что другие люди переживают намного худшие события.	1	2	3	4	5
17	Я продолжаю думать о том, насколько ужасно то, что я испытал(а)	1	2	3	4	5
18	Я чувствую, что другие ответственны за то, что случилось	1	2	3	4	5
19	Я думаю об ошибках, которые я совершил(а) в отношении произошедшего.	1	2	3	4	5
20	Я думаю, что я ничего в этом не могу изменить.	1	2	3	4	5
21	Я хочу понять почему у меня возникают именно такие чувства по отношению к пережитому.	1	2	3	4	5
22	Я думаю о чем-нибудь хорошем, вместо того чтобы думать о том, что случилось.	1	2	3	4	5
23	Я думаю, как изменить ситуацию.	1	2	3	4	5
24	Я думаю, что ситуация также имеет и свои положительные стороны.	1	2	3	4	5
25	Я думаю, что эта ситуация не была такой уж плохой по сравнению с другими вещами.	1	2	3	4	5
26	Я думаю, что то, что я испытал(а), - худшее, что может случиться с человеком.	1	2	3	4	5
27	Я думаю об ошибках, которые совершили	1	2	3	4	5

	другие люди в этой ситуации.					
28	Я думаю, что в основном причина непосредственно во мне самом(ой).	1	2	3	4	5
29	Я думаю, что я должен(на) учиться жить с этим.	1	2	3	4	5
30	Я концентрируюсь на чувствах, которые ситуация вызвала во мне.	1	2	3	4	5
31	Я думаю о приятных событиях.	1	2	3	4	5
32	Я стараюсь спланировать то, что лучше всего я могу сделать в этой ситуации.	1	2	3	4	5
33	Я ищу положительные стороны ситуации.	1	2	3	4	5
34	Я говорю себе, что в жизни есть и худшие вещи.	1	2	3	4	5
35	Я непрерывно думаю, насколько ужасна эта ситуация.	1	2	3	4	5
36	Я чувствую, что в основном причина проблемы лежит в других людях.	1	2	3	4	5

**Шкала «Оценка изменений Университета Род-Айленд» (URICA)
McConaughy, J.O. Prochaska и W.F. Velicer (1983) в адаптации В.М.
Ялтонского (2004).**

Инструкция: каждый пункт опросника определяет, как человек чувствует себя, начиная лечение. Пожалуйста, определите степень Вашего согласия либо несогласия с каждым пунктом. В каждом случае сделайте выбор, основываясь на том, что Вы чувствуете прямо сейчас, а не на том, что Вы чувствовали в прошлом или хотели бы чувствовать. Во всех пунктах, в которых имеется слово «проблема», оно означает Вашу проблему – хронический вирус гепатита С. Слово «здесь» означает место, в котором Вы проходите лечение.

Существует пять возможных ответов на каждый пункт: от «совсем не согласен» до «совсем согласен». Обведите кружком номер того ответа, который лучше других описывает степень Вашего согласия либо несогласия с каждым пунктом.

Утверждение	совсем не согласен	не согласен	не решил	согласен	совсем согласен
1. С моей точки зрения, у меня нет проблем, которые бы требовали изменений.	1	2	3	4	5
2. Я думаю, что должен быть готов к каким-нибудь самоусовершенствованиям.	1	2	3	4	5
3. Я делаю что-то с проблемами, которые меня беспокоят.	1	2	3	4	5
4. Проблема должна быть важной для того, чтобы я работал с ней.	1	2	3	4	5
5. Я человек без проблем. Мое пребывание здесь не имеет большого здравого смысла.	1	2	3	4	5

6. В конце концов, я что-то делаю со своей проблемой.	1	2	3	4	5
7. Я думаю о том, что мне может и стоит что-то изменить в себе.	1	2	3	4	5
8. Сейчас это трудная проблема, но я над ней работаю.	1	2	3	4	5
9. Пребывание здесь - бесполезная трата времени для меня, так как эта проблема для меня не разрешима	1	2	3	4	5
10. Я надеюсь, что пребывание здесь поможет мне лучше понимать себя.	1	2	3	4	5
11. У меня бывают неудачи, но я не считаю, что что-то надо изменять	1	2	3	4	5
12. Я действительно упорно работаю над проблемой.	1	2	3	4	5
13. У меня есть проблема и я действительно считаю, что я буду работать над ней.	1	2	3	4	5
14. Хотя и не всегда успешно мне удается изменить что-то в себе, но, по крайней мере я над этим работаю.	1	2	3	4	5
15. Я бы хотел, чтобы у меня было больше идей по поводу решения моих проблем.	1	2	3	4	5
16. Я уже начал работать над проблемой, но хотел бы, чтобы мне помогли.	1	2	3	4	5

17. Может пребывание здесь способно помочь мне.	1	2	3	4	5
18. Я могу быть частью проблемы, но на самом деле я так не думаю.	1	2	3	4	5
19. Я надеюсь, что кто-нибудь здесь даст хороший совет мне.	1	2	3	4	5
20. Любой может говорить об изменениях; я же реальными действиями изменяю свою проблему	1	2	3	4	5
21. Может, просто забыть о своих проблемах?	1	2	3	4	5
22. У меня, как и у других есть проблемы. Зачем тратить время на то, чтобы думать об этих проблемах?	1	2	3	4	5
23. Я активно работаю над своей проблемой.	1	2	3	4	5
24. Я скорее буду справляться с последствиями моих ошибок, чем пытаться изменить себя.	1	2	3	4	5