

Субъективная концепция морбидности: её оценка и связь с мотивацией к лечению у лиц, перенесших психоз

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

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева,
Санкт-Петербург

Резюме. Медикаментозный комплайенс и мотивация к лечению, являясь адаптационно-компенсаторными реакциями больного на осознание факта собственного неблагополучия, основаны на его субъективном представлении о расстройстве. До настоящего времени существует дефицит объективных способов оценки субъективной концепции морбидности у психотических больных.

Обследованы 160 пациентов, перенесших психоз: нозологически по рубрикам МКБ-10 80% — F2, 11% — F3, 9% — F0. Для адаптированного на русский язык самоопросника определения субъективного смысла и значения психоза (Susi) приведены результаты внутренней валидизации и внешней — при сопоставлении с данными выраженности продуктивной и негативной симптоматики, субъективной оценки тяжести состояния и мотивации больных к лечению.

Выводы. Показана применимость концепции субъективной морбидности у пациентов с психическими расстройствами. Роль субъективного отношения к болезни в случае её восприятия как разрушительного события жизни связана с нарушением структуры мотивации пациентов к лечению. Напротив, способность больных к формированию субъективного смысла в факте заболевания может рассматриваться как залог более интенсивной терапевтической мотивации.

Ключевые слова: инсайт, мотивация, восприятие, самооценка, комплайенс пациента, тяжёлые психические расстройства, шизофрения.

The subjective concept of morbidity: its assessment and connection with the motivation for treatment in persons who underwent psychosis

Lutova N.B., Sorokin M.Y., Makarevich O.V., Wied V.D.

V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, St.Petersburg

Summary. Medication compliance and motivation for treatment, as adaptive- compensatory reactions of patients to the awareness of the fact of their own ill- being, are based on subjective perception of the disorder. To date, there is a shortage of objective methods for assessing the subjective concept of morbidity in psychotic patients.

160 inpatients with psychosis in anamnesis were examined: nosologically according ICD-10 80% — F2, 11% — F3, 9% — F0. A self-questionnaire was adapted to the Russian language for determining the subjective meaning and significance of psychosis (Susi). The results of its internal and external (when compared with data on the severity of productive and negative symptoms, subjective assessment of the severity of the condition and treatment motivation of patients) validation are presented.

Conclusions. The applicability of the concept of subjective morbidity in patients with mental disorders is shown. The role of the subjective attitude to the disease in case of its perception as a destructive life event is associated in patients with a violation of the structure of motivation for treatment. On the contrary, the ability of patients to form a subjective meaning of the disease can be considered as a guarantee of more intense therapeutic motivation.

Key words: insight, motivation, perception, self concept, patient compliance, severe mental disorder, schizophrenia.

Контекстуальной основой для научных исследований в области нейронаук и клинической психиатрии на протяжении многих лет является биопсихосоциальная модель развития психических расстройств. Важнейшая её ценность состоит в предупреждении неоправданного сужения взглядов исследователей и клиницистов на рассматриваемые вопросы развития и течения психических расстройств в рамках одной главенствующей парадигмы: биологической, психологической или социальной.

В частности, чувствительными к гетерогенным факторам являются адаптационно-компенсаторные реакции пациентов, как ответ на развившееся заболевание. Так снижать готовность к активному участию в терапии могут не только биологически обусловленные нарушения регуляции поведения больного или выраженность психопатологической симптоматики, но и широкий перечень социально-психологических реакций пациента на ситуацию заболевания [4]. Принято считать адаптивными те из них, которые свя-

заны с лучшим осознанием пациентом характера его заболевания, а дезадаптивными — нарушения инсайта, которые часто ассоциированы с нон-комплаенсом.

Тем не менее, в последние годы накоплено существенное количество данных о неоднозначности причинно-следственных связей между инсайтом и включённостью больных в терапию [1]. Показано, что максимальный уровень приверженности депо-формам антипсихотической терапии (94%) характерен для больных с высокой мотивацией к лечению, но плохим осознанием заболевания, в то время как в группе пациентов с высокими показателями как инсайта, так и терапевтической мотивации лишь 73% были комплаентны [12]. При том, что отсутствие желания лечиться в сочетании с нарушением критики к болезни в том же исследовании определяли минимальный уровень приверженности терапии (61%), вероятно инсайт на заболевание остаётся фактором, в целом позитивно отражающимся на отношении к медикации [15]. Тем не менее, важно учитывать его комплексную структуру: так способствуют повышению комплаенса не только опознание симптомов как проявлений психического расстройства, но понимание пациентом необходимости терапии, а также вера в биологические причины заболевания (регрессионные коэффициенты соответственно 0,19, 0,39 и 0,22). Напротив, субъективные представления больных о психологической каузальности расстройства связаны с ухудшением отношения к медикаментам (регрессионные коэффициенты соответственно — 0,22). Мотивация к лечению сама по себе также не является основополагающим фактором вовлечённости больных в терапию, а определяет её в сочетании с дополнительной и независимой детерминантой — субъективно воспринимаемым пациентами внешним давлением (коэффициенты регрессии 0,19 и 0,36) [10].

Таким образом, субъективизм восприятия ситуации болезни и её причин является краеугольным камнем формирования психологических адаптационно-компенсаторных реакций пациентов, направленных на борьбу с психическим расстройством. Здесь наиболее очевидны интуитивно непредсказуемые различия в траекториях зрения специалистов, оказывающих помощь, и самих пациентов, страдающих психическими расстройствами [7]. В случае большей длительности расстройства больший удельный вес в развитии заболевания больные придают ситуативным факторам ($r=0,26$). Напротив, представление о цикличности болезни связано со степенью морбидной дезадаптации ($r=0,39$) и эмоционального типа реакции ($r=0,27$). Даже субъективная оценка эффективности терапии ассоциирована у психически больных с ожиданиями краткосрочности, отсусивший тяжёлых последствий расстройства [3].

Остаётся недостаточно изученным вопрос о роли объективно выраженных психопатологических нарушений пациентов на формирование их субъективной концепции морбидности. Суще-

ственные трудности представляет и сама оценка отношения больных психическими расстройствами к каузальности их нарушений здоровья. Простое механическое перенесение психодиагностических инструментов, разработанных в последние годы за рубежом, для оценок русскоязычной популяции пациентов с психическими расстройствами является неоправданным [2], нуждаясь в валидации.

Гипотезой исследования было предположение о возможности психометрической оценки субъективной концепции морбидности у пациентов, страдающих тяжёлыми психическими расстройствами. В этом случае отдельные показатели специального психодиагностического инструментария должны продемонстрировать с одной стороны внутреннюю согласованность, а с другой стороны подтвердить внешнюю валидность в отношении важных клинических и социально-психологических переменных: психопатологической симптоматики, социально-демографических параметров больных и их психологических установок в отношении болезни и лечения. За основу нами был взят апробированный в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева опросник Susi [5], подтвердивший в пилотном исследовании свою конструктивную валидность [2].

Целью данного этапа исследования было завершение создания русскоязычного психометрического инструмента оценки субъективной концепции морбидности у больных психическими расстройствами.

Задачи исследования: 1) выявление внутренней валидности опросника оценки субъективной концепции морбидности через определение его факторной структуры, согласованности и интеркорреляций разделов; 2) подтверждение внешней валидности опросника оценки субъективной концепции морбидности при изучении взаимосвязей его показателей с выраженностью психопатологической симптоматики, субъективными оценками тяжести состояния у пациентов и их мотивацией к лечению.

Материалы и методы. Обследовано 160 пациентов с тяжёлыми психическими расстройствами, находящихся в состоянии ремиссии. Мужчин — 44%, женщин — 56%. Средний возраст составил $31,6 \pm 10,71$ лет. Среди обследуемых: состоящие в браке — 30%, имеющие детей — 24%, работающие/учащиеся — 29%, имеющие инвалидность — 43%. Получили среднее образование 26% респондентов, профессиональное — 37%, высшее — 37%. В соответствии с МКБ-10 у 80% респондентов были диагностированы заболевания группы шизофрении (F2), у 11% аффективные психотические расстройства (F3), еще у 9% — органические психотические расстройства (F0). Средняя продолжительность заболевания составила $12,4 \pm 10,3$ лет, среднее количество госпитализаций — 5 ± 3 .

Процедуры исследования были рассмотрены на заседании Независимого этического комитета при ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева Минздрава России (ЭК-18-678), соответствовали требо-

ваниям последней версии Хельсинкской декларации, стандарту надлежащей клинической практики (GCP) и включали: 1) сбор анамнестических и социо- демографических данных после подписания пациентами добровольного информированного согласия; 2) однократное заполнение испытуемыми психометрических инструментов для оценки субъективного смысла психоза, мотивации к лечению и субъективной тяжести состояния; 3) заполнение лечащими врачами шкал оценки общего клинического впечатления.

Критерии включения: 1) способность понять и готовность прочитать, а также подписать добровольное информированное согласие на участие в исследовании; 2) добровольная госпитализация с целью лечения в отделение интегративной фармако-психотерапии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; 3) наличие диагноза, соответствующего рубрикам F0, F2, F3 МКБ-10; 4) нахождение на этапе ремиссии или её формирования; 5) способность выполнять процедуры исследования. Критерии невключения: 1) наличие иных психиатрических диагнозов, кроме кодируемых в рубриках F0, F2, F3 МКБ-10; 2) отсутствие как минимум одного перенесённого психотического эпизода в рамках текущего основного заболевания; 3) нахождение пациента на режиме усиленного наблюдения в связи с острой психотической симптоматикой, выраженными когнитивными нарушениями либо аффективной симптоматикой. Критерии исключения: отказ от выполнения процедур исследования на любом из его этапов.

С целью объективации концепции морбидности у больных тяжёлыми психическими расстройствами применялся Гамбургский опросник определения субъективного смысла и значения психоза (SuSi) [6, 11]. Его двойной перевод и сопоставление получаемых результатов с данными для оригинальной немецкой версии был осуществлен в пилотном исследовании [2]. Инструмент описывает несколько уровней субъективного отношения к заболеванию. «Возникновение психоза» отражает реконструкцию условий развития психического расстройства и является залогом смысловой интеграции болезни в жизненный контекст пациента. Этот уровень представлен в опроснике 1-ой субшкалой «привязка к событиям жизни», описывающей каким специфическим жизненным опытом и особенностями личности обладает пациент. Уровень «переживание симптомов» фокусируется на содержании и конкретных симптомах расстройства. Здесь 2-я субшкала «позитивное переживание симптомов» отражает понимание того, что симптомы не только имеют свою историю, но достойны пристального рассмотрения, поскольку психотический опыт может служить обогащению личности.

Противоположная установка описана в 3-й субшкале «негативное переживание симптомов», где утверждается отсутствие смысла и значения психоза, а острая симптоматика является лишь отягощающей и мучительной. Третий уровень «последствия психоза» отражает взгляд в буду-

щее — может ли из факта заболевания быть извлечен урок, оказывающий влияние на дальнейшую жизнь. Соответственно, 4-я субшкала «конструктивные последствия» содержит варианты положительного ответа на этот вопрос, а 5-я субшкала «деструктивные последствия» — то, что психоз никак не повлиял на жизнь или оказал лишь отрицательное воздействие.

Общая интенсивность мотивации пациентов к лечению и её структура были выявлены с помощью опросника «Оценка мотивации к лечению» (ОцМЛ) и его четырёх факторов: опора на собственные знания и навыки преодоления заболевания, осознание необходимости лечения, осознание психологического механизма болезненной дезадаптации и готовность к активному сотрудничеству в процессе лечения [4, 13].

Выраженность различных кластеров психопатологической симптоматики оценивалась лечащими врачами по шкалам CGI-Positive/CGI- BP и CGI-Negative [8, 9, 14]. Субъективную оценку тяжести текущего состояния пациенты проводили по визуально-аналоговой шкале, где 1 балл означал минимальную тяжесть, а 5 баллов — крайне тяжёлое состояние.

Математико-статистическая обработка данных проводилась с использованием программного продукта SPSS. Для проведения факторного анализа было выбран метод главных компонент с косоугольным вращением Promax, поскольку параметры отдельных факторов по результатам исследований немецкой выборки не были независимыми от остальных факторов. Проверка на нормальность распределения полученных данных осуществлена по Z-критерию Колмогорова-Смирнова, в связи с чем в дальнейшем были выбраны методы дисперсионного и корреляционного анализов для непараметрических данных. Использованы дискретивные статистики, а Кронбаха.

Результаты. Пригодность данных русскоязычной версии опросника, состоящей из 29 разделов, для проведения её факторного анализа была подтверждена результатом теста Бартлетта Arrprox. Chi-Square=965,2; Sig.=0,000 и критерием КМО = 0,684. Выделение в русскоязычной версии 5-ти факторов было корректным, однако 4 раздела продемонстрировали несоответствие своих факторных нагрузок ожидаемым уровням опросника и поэтому не использовались в дальнейших этапах исследования.

Факторный анализ подтвердил содержательную валидность предварительно выделенных на основании немецких исследований факторов. Один из них определял 15,0% дисперсии и соответствовал уровню «возникновение психоза». Все его разделы за исключением п.1.4 были включены в процедуру определения факторных нагрузок, где продемонстрировали значения > 0,5, и обладали достигающей достаточного уровня согласованностью итогового состава 4-х разделов субшкалы (α Кронбаха ≥ 0,7).

В отношении уровня «переживание симптомов» факторный анализ подтвердил корректность

выделения двух компонентов (17,0% и 8,3% дисперсии), соответственно описывающих «позитивное» и «негативное» переживание симптомов. Все разделы данного уровня кроме п.2.6 были включены в процедуру определения факторных нагрузок, однако 2 пункта продемонстрировали обратные ожидаемым значения (пп. 2.3 и 2.5 «позитивное» вместо «негативного» переживания симптомов), ещё 2 — существенные значения нагрузок для факторов нескольких уровней опросника (п. 2.7 для фактора 2: 0.410; п. 2.8 для фактора 3: 0.413). Тем не менее, на данном этапе все пункты кроме 2.3, 2.5, 2.6 учитывались для определения α Кронбаха субшкал в целях поддержания содержательной валидности уровня «переживание симптомов». В итоге для субшкал «позитивного» и «негативного» переживания симптомов показатели достигали соответственно уровней хорошей (≥ 0.8) и достаточной (≥ 0.7) согласованности.

Для уровня «последствия психоза» также была подтверждена корректность выделения двух факторов (9,7% и 6,8% дисперсии), однако при исключении пп. 3.8 и 3.11 из процедуры по причине соответствия их факторных нагрузок неверным уровням п. 3.5 также продемонстрировал обратные значения внутри ожидаемого фактора («негативное» вместо «позитивного» восприятия эффекта психоза). Дальнейший подсчёт показателей α Кронбаха обеих субшкал проводился без учёта пунктов с неверными факторными нагрузками, что позволило достичь достаточного (≥ 0.7) уровня внутренней согласованности для субшкалы «негативные эффекты». Показатель субшкалы «позитивные эффекты» соответствовал уровню сомнительной внутренней согласованности (α Кронбаха ≥ 0.6).

Таким образом, оценка внутренней согласованности субшкал опросника дополнила результаты факторного анализа, позволила оптимизировать структуру итогового инструмента и показала, что все уровни оригинального опросника сохранили свою валидность при переводе — лишь один из факторов уровня «последствия психоза» («позитивные эффекты») имел меньшую согласованность. Психометрические параметры четырёх из пяти субшкал были хорошими, а общая внутренняя согласованность опросника составила α Кронбаха ≥ 0.7 . Итоговая его структура включала 21 пункт, сгруппированный в 3 уровня, 2 из которых имели по 2 субшкалы.

Таким образом, количество пунктов в каждой субшкале варьировало от 4 до 5 и их факторная структура объясняла 56,8% дисперсии результатов. Структура итоговой русскоязычной версии опросника оценки субъективного смысла психоза с описанием его факторов представлена в Табл.1.

Корреляционный анализ подтвердил наиболее существенную гипотезу, впервые сформулированную авторами оригинальной немецкой версии опросника, а также подтверждённую в ходе пилотного исследования в русскоязычной выборке пациентов с психическими расстройствами: отношение к возникновению психоза как к неслучай-

ному следствию сочетанного влияния ряда жизненных обстоятельств прямо связано с более конструктивным восприятием больными их заболевания в виде позитивной оценки влияния психоза на их дальнейшую жизнь (таблица 2).

Чем лучше пациенты осознавали неслучайность своего заболевания, тем более негативной была их реакция на конкретные проявления психического расстройства. Обратное, положительное отношение к симптоматике психоза было ассоциировано с восприятием болезни как деструктивного события жизни. Корреляционный анализ также продемонстрировал важную для реабилитации больных психическими расстройствами закономерность: при негативном отношении к конкретным проявлениям заболевания, пациенты более склонны видеть негативные последствия болезни для их жизни, однако позитивная переоценка влияния факта заболевания для части из них также остаётся доступна.

В ходе второго этапа анализа данных были получены сведения о внешней валидности инструмента оценки субъективной концепции morbидности у больных психическими расстройствами. В частности, восприятие пациентами последствий психоза как деструктивных для жизни было предсказуемо ассоциировано с субъективной оценкой текущего состояния как более тяжёлого (таблица 3). В то же время способность видеть позитивные последствия заболевания была характерна при меньшей выраженности негативной симптоматики у больных. Аналогично к негативному восприятию конкретных симптомов заболевания были склонны более сохранные пациенты. Позитивное отношение к проявлениям психического расстройства коррелировало с меньшим давлением психопродуктивной и более выраженной негативной симптоматики.

Наиболее важными для клинической практики были закономерности, полученные в отношении мотивации пациентов к лечению. Их способность конструктивно видеть последствия заболевания прямо коррелировала с нарастанием общей интенсивности мотивации к лечению. Восприятие деструктивных последствий психоза было связано с демотивированным состоянием: слабой зависимостью от знаний и навыков для преодоления заболевания и низкой готовностью активно сотрудничать с врачом (соответственно факторы 1 и 4 опросника ОцМЛ). Позитивное восприятие симптоматики расстройства также было ассоциировано с отказом от опоры на собственные знания и навыки пациентов по преодолению болезни.

Заключение. Проведённое исследование полностью подтвердило гипотезу: продемонстрирована применимость концепции субъективной morbидности у пациентов с психическими расстройствами и валидность нового психодиагностического инструмента её оценки.

Сочетания отдельных паттернов отношения к болезни, описываемых с диаметрально противоположных точек зрения, были по-разному ассоциированы с объективной и субъективной тяже-

Таблица 1. Матрица факторных нагрузок компонентов опросника оценки субъективного смысла психоза по уровням

Table 1. Matrix of the components` factor loads of the questionnaire for assessing the subjective meaning of psychosis by levels

Пункты опросника	Факторы опросника				
	1. «Позитивное переживание»	2. «Возникновение психоза»	3. «Негативные эффекты»	4. «Негативное переживание»	5. «Позитивные эффекты»
2.2	0,779				
2.12	0,758	-0,428			
2.13	0,737				
2.1	0,629				
2.11	0,590				
1.1	-0,372	0,825			
1.3		0,691			
1.5		0,688			
1.2	0,409	0,543		0,355	
3.3			0,773		
3.1			0,708		
3.6			0,679		
3.10			0,564		
2.4				0,740	
2.7		0,410		0,724	
2.10				0,602	
2.8			0,413	0,553	
3.7					0,767
3.9					0,706
3.2		0,374			0,589
3.4				0,427	0,520

Примечание. Уровни: 1.х возникновение психоза; 2.х переживание симптомов; 3.х последствия психоза; приведены нагрузки $\geq 0,35$)

Таблица 2. Интеркорреляции субшкал опросника оценки субъективного смысла психоза (Spearman's rho; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$)

Table 2. Sub-scales` intercorrelations of the questionnaire for assessing the subjective meaning of psychosis

	Возникновение психоза	Переживание симптомов		Последствия психоза	
		+	-	-	+
Возникновение психоза	1,000	-0,138	0,291**	0,042	0,231**
Переживание симптомов	+	1,000	-0,107	0,226**	-0,050
	-		1,000	0,239**	0,194*
Последствия психоза	-			1,000	0,028
	+				1,000

Таблица 3. Внешняя валидизация опросника оценки субъективного смысла психоза (Spearman's rho; *p≤0.05, **p≤0.01, *p≤0.001)**

Table 3. External validation of the questionnaire for assessing the subjective meaning of psychosis

		Субъективная оценка тяжести состояния	Шкала CGI		Опросник оценки мотивации		
			Positive	Negative	Σ	Фактор 1	Фактор 4
Переживание симптомов	+		-0,43**	0,53***		-0,19*	
	-			-0,40**			
Последствия психоза	-	0,37***				-0,18*	-0,21*
	+			-0,46**	0,22*	0,20*	

стью текущего заболевания пациентов, но сохраняли общую внутреннюю согласованность. Роль субъективного отношения к болезни в случае её восприятия как разрушительного события жизни была связана с деструктивной реакцией больных в виде отказа от сотрудничества и активно-

сти пациентов в процессе лечения. Наличие личностных ресурсов, достаточных для выявления большими субъективного смысла в факте заболевания, напротив, может рассматриваться как залог формирования более интенсивной мотивации к лечению.

Литература / References

1. Лутова Н.Б., Петровская И.Н., Вид В.Д. Знание болезни и комплаенс больных психозами. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* 2014;1:10–15. [Lutova NB, Petrovskaya IN, Wied VD. Illness insight and medication compliance in psychoses. *Obzrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva.* 2014;1:10-15. (In Russ.)]
2. Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю., Новикова К.Е., Вид В.Д. Субъективное восприятие психоза у больных шизофренией: опыт транскультурального исследования. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева.* 2018;3:59–64. [Lutova NB, Sorokin MY, Novikova KE, Vid VD. Subjective perception of psychosis in patients with schizophrenia: the experience of transcultural research. *Obzrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva.* 2018;3:59-64. (In Russ.)] doi: 10.31363/2313-7053-2018-3-59-64
3. Рассказова Е.И. Русскоязычная версия опросника восприятия болезни Р.МоссМоррис и др.: апробация на выборке больных с непсихотическими депрессиями. *Вестник Московского университета. Серия 14: Психология.* 2016;1:123–142. [Rasskazova EI. Russian version of the illness perception questionnaire (IPQ-R): validation in the patients with non-psychotic depressions. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14: Psikhologiya.* 2016;1:123-142. (In Russ.)]
4. Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б., Вид В.Д. Типология больных психическими расстройствами в зависимости от структуры мотивации к лечению и приверженности терапии. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2018;28:12–17. [Sorokin MYu, Lutova NB, Wied VD. Typology of psychiatric patients in regard motivation and treatment engagement. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya.* 2018;28:12-17. (In Russ.)] doi: 10.24412/FfoPDvXFBEU
5. Сорокин М.Ю. Гендерные аспекты субъективного отношения к перенесённому психозу и мотивация пациенток к лечению // *Женское психическое здоровье — от истерии к гендерно-сенситивному подходу: сб. научных трудов / [НМИЦ им. В.М. Бехтерева]: авторы-сост.: А.В. Васильева, Т.А. Караваева; под общ. ред. Н.Г. Незнанова. — СПб.: Изд. дом «Алеф-Пресс», 2018. — С. 283-290. [Sorokin M.Yu. Gendernye aspekty sub»ektivnogo otnosheniya k perenesennomu psikhozu i motivatsiya patsientok k lecheniyu. *Zhenskoe psikhicheskoe zdorov'e — ot isterii k genderno-sensitivnomu podkhodu: sb. nauchnykh trudov. [NMITs im. V.M. Bekhtereva]: avtory-sost.: A.V. Vasileva, T.A. Karavaeva; pod obshch. red. N.G. Neznanova. — SPb.: Izd. dom «Alef-Press». 2018; 283-290 (In Russ.)]**
6. Bock T, Brysinski T, Klapheck K, Bening U, Lenz A, Naber D. Zum subjektiven Sinn von Psychosen. *Psychiatrische Praxis.* 2010;37:285-291. doi: 10.1055/s-0030-1248424.
7. Fervaha G, Takeuchi H, Agid O, Lee J, Foussias G, Remington G. Determinants of Patient-Rated and Clinician-Rated Illness Severity in Schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry.* 2014;76:924-930. doi: 10.4088/JCP.14m09128
8. Guy W. *Clinical Global Impressions. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Revised DHEW Publication (ADM). National Institute for Mental Health, Rockville.* 1976;218-222.
9. Haro J, Kamath S, Ochoa S, Novick D, Rele K, Fargas A et al. Clinical Global Impression-Schizophrenia Scale. *PsycTESTS Dataset.* 2003; doi: 10.1037/t49685-000
10. Jochems E, Duivenvoorden H, van Dam A, Mulder C, van der Feltz-Cornelis C. Testing the Integral Model of treatment motivation in outpatients with severe mental illness. *Motivation and Emotion.* 2018;42:816-830. doi: 10.1007/s11031-018-9708-0

11. Klapheck K, Nordmeyer S, Cronjäger H, Naber D, Bock T. Subjective experience and meaning of psychoses: the German Subjective Sense in Psychosis Questionnaire (SUSE). *Psychological Medicine*. 2011;42:61-71. doi:10.1017/s0033291711001103
12. Noordraven E, Wierdsma A, Blanken P, Bloemendaal A, Mulder C. Depot- medication compliance for patients with psychotic disorders: the importance of illness insight and treatment motivation. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2016;12:269-274.
13. Sorokin M, Lutova N, Wied V. The Role of Treatment Motivation Subsystems in the Overall Structure of Compliance in Patients Undergoing Psychopharmacotherapy. *Neuroscience and Behavioral Physiology*. 2017;47:890-894. doi: 10.1007/s11055-017-0486-z
14. Spearing M, Post R, Leverich G, Brandt D, Nolen W. Modification of the Clinical Global Impressions (CGI) scale for use in bipolar illness (BP): the CGI- BP. *Psychiatry Research*. 1997;73:159-171. doi: 10.1016/s0165- 1781(97)00123-6
15. Wiesjahn M, Jung E, Lamster F, Rief W, Lincoln T. Explaining Attitudes and Adherence to Antipsychotic Medication: The Development of a Process Model. *Schizophrenia Research and Treatment*. 2014;1-11. doi: 10.1155/2014/341545

Сведения об авторах

Лутова Наталия Борисовна — д.м.н., главный научный сотрудник, руководитель отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами, НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; e-mail: lutova@mail.ru;

Сорокин Михаил Юрьевич — к.м.н., младший научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. E-mail: m.sorokin@list.ru;

Макаревич Ольга Владимировна — младший научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. E-mail: lysska@mail.ru

Вид Виктор Давыдович — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. E-mail: wied@mail.ru