

МОТИВАЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Н. Д. Семенова

Отделение внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи, ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

Бурное развитие когнитивной психологии в последние десятилетия, моделирование процессов внимания и памяти в нейронных сетях [2], формирование количественных теоретических моделей познавательных функций, а также отмечаемые с середины 90-х годов успехи в учении о локализации этих функций, достигнутые с применением современных нейрофизиологических методов анализа, таких как позитронно-эмиссионная томография и функциональная магнитная томография – все это способствовало усилению внимания к особенностям познавательной сферы при психических заболеваниях.

Однако в процессе изучения эффективности когнитивно-поведенческой терапии было обнаружено, что результат вмешательства в существенной мере опосредуется мотивационными факторами. Среди мотивационных факторов выделяли – наличие обратной связи по результатам деятельности, денежное вознаграждение, активность посещения больными психосоциальных мероприятий, активность взаимодействия пациента с терапевтом, возможность творческой самореализации пациента в процессе занятий, а также наличие или отсутствие стигматизирующих моментов в окружении пациента [26, 31, 41, 46, 47]. Эффективность психосоциальной терапии, отраженная в степени выраженности продуктивных и негативных симптомов, также стала интерпретироваться как влияние мотивации, «мотивации к выздоровлению» [19].

Изменилась формулировка целей терапии шизофрении. «Выздоровление» стало пониматься как «процесс, при котором люди приобретают способность жить, работать, учиться и принимать участие в жизни других людей». Рассматриваемое именно с таких позиций, «выздоровление», несомненно, включает и мотивационные составляющие: общее качество жизни пациента, ощущение пациентом себя активно действующим субъектом (а не пассивным объектом борьбы между силами болезни и медициной), а также надежду пациента на дальнейшее улучшение состояния [20].

Выраженность негативной симптоматики решающим образом связана с изменениями мотивационной сферы. Речь идет о типичных негативных установках и представлениях пациента. Здесь и дистантная межличностная установка («социальные контакты либо не нужны, либо невозможны»), негативная установка по отношению к деятельности («всякая неудача в какой-либо деятельности катастрофична, а посему всякий риск должен быть полностью исключен», «деятельность, вероятность успеха в которой ниже 100%, не следует и начинать»), и интернализированная пациентом стигматизация («симптомы заболевания делают меня «шизофреником», что дискредитирует меня как личность») [41].

Взаимодействию познавательных и мотивационных факторов при шизофрении был посвящен специальный симпозиум, проходивший в сентябре 2004 года [6]. Одним из ключевых выводов симпозиума был вывод о том, что «определенные аспекты когнитивных дисфункций могут быть вторичными по отношению либо к общей утрате мотивации, охватывающей все аспекты жизни больного, либо к более специфическим дефектам мотивации, связанным с мотивом успешного выполнения абстрактных когнитивных задач» [6]. Известно, что в процессе психологической диагностики у больных шизофренией выявляется, как правило, целый спектр нарушений функций внимания, памяти, мышления и других познавательных процессов. В какой мере эти нарушения обуславливают нарушения жизненной (биологической, социальной, трудовой) адаптации больного? Еще в середине 90-х годов такой вопрос показался бы странным, а положительный ответ на него – само собой разумеющимся. В настоящее время, однако, не исключают, что патология, выявляемая с помощью «тестов» и патология собственно жизни пациента – представляют собою две, идущие параллельно, области поведенческих нарушений, определяющиеся общим фактором мотивации [6].

Денежное вознаграждение в психологических экспериментах

Простейшим (хотя и не лучшим) способом оценить влияние мотивации в эксперименте является применение денежного вознаграждения. В большинстве работ, исследовавших влияние денежного вознаграждения, использовалась модель стандартного когнитивного теста, при выполнении которого, как известно, больные шизофренией совершают значительно больше ошибок, нежели здоровые испытуемые. В качестве такого инструмента исследователи обычно используют тест Wisconsin Card Sorting Test (WCST) [35]. Персеверации при выполнении WCST указывают на дисфункцию или поражение лобных долей мозга. А.Т. Summerfelt и соавт. [48] показали, что простая денежная мотивация (а именно, 7,5 цента, выплачиваемые за правильное действие, и 5 центов, удерживаемые за ошибку) уменьшила число ошибок (ошибок по типу персеверации, а также других ошибок). Этот факт говорит о недостаточности сугубо нейрофизиологической интерпретации нарушений деятельности при шизофрении. В аналогичном эксперименте было обследовано уже 46 больных, в отличие от 14, изученных А.Т. Summerfelt и соавт. [48]. Оказалось, что процедура денежного вознаграждения связана также и с более активным вниманием экспериментатора к испытуемому и более подробным инструктированием. Именно эти факторы, а не вознаграждение как таковое, улучшали деятельность при выполнении испытуемыми теста WCST, а также ряда других когнитивных тестов [22].

Этот эффект был подтвержден в экспериментах на внимание, которое, как известно, нарушено у больных шизофренией, а также у здоровых детей, родители которых страдают шизофренией. Тщательность инструктирования, а также (в особенности) взаимодействие этого фактора с фактором денежного вознаграждения, улучшали когнитивное функционирование пациентов с шизофренией, тогда как вознаграждение как таковое не оказывало значимого эффекта [27]. Далее было показано, что влияние интенсивного инструктирования сходит на нет спустя неделю [25]; однако с другой группой испытуемых обнаружился стабильный эффект в течение двух недель – различие, очевидно, обусловленное качеством инструктирования [50].

Мотивационная составляющая при интерпретации результатов выходит на передний план также и в последующих экспериментах с использованием теста WCST. У здоровых испытуемых успешное выполнение данного теста обусловлено активным вниманием к той информации, которую они получают на первых этапах при выполнении теста (а именно, при работе с первыми четырьмя картами); именно здесь формируются успешные стратегии, определяющие всю последующую «игру». Больные шизофренией не извлекают этой информации, проявляют пониженную чувствительность к подобной обратной связи. Тогда как именно работа с первыми

четырьмя картами в существенной мере определяет успех при выполнении теста в целом, содержащего 64 карты [39]. Активирующая инструкция, направляющая внимание больного на самые первые шаги в его деятельности, и приводила к успеху (очевидно, в большей степени, чем денежное подкрепление).

D.L. Penn, D. Combs [38] исследовали влияние потенциально мотивирующих факторов при выполнении задачи, в которой больные шизофренией демонстрируют наиболее заметную дефицитарность. Речь идет о распознавании эмоций. Для опознания пациентам предъявлялись шесть карточек с лицами, отражающими базальные эмоции. Было опробовано два вида экспериментального вмешательства: денежное вознаграждение (10 центов за каждый правильный ответ) и инструкция имитировать наблюдаемую мимику собственной лицевой мускулатурой. Как имитация, так и материальное подкрепление приводили к значительному улучшению результатов выполнения деятельности (до уровня, сравнимого с деятельностью здоровых испытуемых), хотя подкрепление на фоне имитации дополнительного улучшения не вызывало. Когда авторы в качестве контроля использовали задачу иного типа, предусматривающую не опознание мимики индивидуальных лиц, а различение между типами мимики, были обнаружены лишь минимальные (и статистически незначимые) различия в качестве деятельности между пациентами, прошедшими процедуру имитации (или подкрепления), и прочими пациентами. Генерализации эффекта, таким образом, не произошло.

В целом, можно утверждать, что денежное подкрепление, если и оказывает влияние на познавательную деятельность больных шизофренией в эксперименте, то влияние это незначительно, неустойчиво и, по-видимому, опосредовано другими факторами. Это может быть связано со следующими моментами. Во-первых, с непониманием пациентом связи между деньгами и другими, более фундаментальными видами подкрепления (то есть с непониманием того, что можно купить на эти деньги). Во-вторых, с отсутствием связи подкрепления с поведением (при наличии формального понимания). В-третьих, с неспособностью организовать свою деятельность в соответствии с «понимаемым» подкреплением. В большинстве же случаев, оценивая эксперименты, проводимые с больными и показавшие отрицательный результат, трудно понять, оказало бы соответствующее вмешательство ожидаемый эффект и у здоровых лиц [16, 17].

Трудовая терапия и мотивация

Повышение интереса к мотивационным факторам при шизофрении в значительной степени связано с публикацией одной, на первый взгляд, малозначительной статьи, скромные масштабы которой несопоставимы с частотой ее последующего цитирования. P. Lysaker и M. D. Dell [29] описали случай

одного 40-летнего больного шизофренией, достаточно адекватно осознававшего свое состояние. Пациент понимал, что страдает шизофренией, заболеванием, выражающимся в целом ряде как продуктивных, так и негативных симптомов. Тем не менее, он не считал эти симптомы решающими в определении своего самочувствия и самоощущения себя как личности. Пациент заострял внимание лишь на одном из проявлений болезни, а именно, на неспособности преследовать какую-либо цель. Это, и только это обстоятельство поистине заставляло его страдать. Пациент хотел работать и быть полезным другим людям. С большим трудом его удалось устроить на простую работу, которая состояла в помощи по уходу за более тяжелыми больными. Пациент работал 20 часов в неделю, получая за работу достаточно скромные деньги – 3,4 долларов в час. Через 2 месяца руководитель отметил заметную мотивированность данного пациента и стал поручать ему более ответственные задания, увеличив объем работы до 30 часов в неделю, но продолжая платить при этом лишь за 20 часов. Еще через месяц пациент неожиданно пришел на работу с сыном – «просто так», чтобы показать ему свое рабочее место и окружение. Данные психологического обследования после 5 месяцев работы показали значительное уменьшение выраженности позитивных и негативных симптомов, исчезновение тревоги и галлюцинаций, упрощение и свертывание бредовых переживаний. По показателям личностных и когнитивных психометрических тестов изменений не зафиксировано. Спустя год состояние пациента оставалось без существенных изменений. Тревожность, хотя и повысилась, оставалась все же значительно меньше, чем до поступления пациента на работу. Главное – исчезла основная жалоба пациента на отсутствие воли.

Несмотря на ограниченность этого сообщения одним случаем, авторы позволили себе сделать несколько интересных, хотя и предварительных, выводов. Во-первых, любопытно, что описание болезни, сделанное самим больным, гораздо больше напоминало классические описания Крепелина и Салливана, нежели современные каталоги симптомов шизофрении – DSM-IV и ICD. Во-вторых, неожиданным было как интенсивное желание пациента работать, так и существенный эффект полезной и оплачиваемой работы. Авторы ставят вопрос о том, является ли патология воли лишь одним из негативных симптомов, отмечаемых при шизофрении, или же мотивационные нарушения лежат в основе других, входящих в спектр негативных проявлений, нарушений при шизофрении.

Задавшись целью ответить на этот вопрос, M.D.Bell, P.Lysaker, R.M.Milstein [7] обследовали 150 хронических амбулаторных больных с диагнозом шизофрения и шизоаффективный психоз. Все пациенты работали по несколько часов или дней в неделю, ухаживая за другими больными. Часть из них работала бесплатно, часть – получая за труд

небольшую почасовую оплату. По клиническим, психологическим и демографическим признакам, включая длительность болезни и характер медикаментозной терапии, различий между двумя группами в начале обследования обнаружено не было. Спустя 5 месяцев после начала работы «оплачиваемые» пациенты демонстрировали значимо более низкий уровень продуктивных симптомов по сравнению с теми, кто работал бесплатно. Также статистически значимым было различие между 19% регоспитализаций у первых и 34% у вторых.

Интерпретация этого интересного результата осложнена, к сожалению, тем обстоятельством, что «оплачиваемые» пациенты работали больше часов в неделю, а также более продолжительное время на одном и том же месте, нежели пациенты «бесплатные». Вполне возможно, что все это было связано с влиянием оплаты. В то же время эти факторы могут рассматриваться как «переменные вмешательства»: не исключено, например, что оплачиваемая группа изначально была более сохранной, что и отразилось впоследствии на конечном результате. Авторы указывают, что это было первое эмпирическое исследование, показавшее пользу оплачиваемой работы для хронических больных шизофренией. К сожалению, оно же, по-видимому, остается и последним.

Прямой положительный эффект оплачиваемой трудовой деятельности пациентов еще нуждается в обосновании. Вместе с тем, большой поток исследований, начиная с 70-х годов, посвящен положению больных шизофренией на рынке рабочей силы, их способности найти рабочее место и продуктивно трудиться. Обзоры ряда контролируемых исследований [5, 10, 32, 49] показывают, что лучшими предикторами способности получить работу и успешно справиться с ней являются: опыт работы до начала заболевания, либо, по крайней мере, длительное время работы в специализированных учреждениях; достаточно сохраненные социальные (а не столько когнитивные) функции. Среди всего многообразия психологических тестов наиболее стабильные корреляции с успехами в работе показывают тесты «силы Я» и самооценки. Диагностическая категория и клиническая картина болезни, а также рутинные тесты интеллекта и личности оказались лишь слабо связанными с успешностью в плане производственной адаптации [30, 43].

Недавно R.Rosenheck и соавт. [44] (см. также комментарий у W.T.Carpenter [10]) провел наиболее масштабное исследование предикторов получения работы на выборке, состоящей из 1 000 мужчин и 400 женщин. Работу на основном рынке труда удалось получить лишь 14,5% выборки (группа 1); еще 12,6% работали в облегченных условиях (специализированные учреждения; группа 2); остальные 72,9% (то есть почти 3/4 всех пациентов) не работали. Эти цифры значительно ниже, чем в общей популяции психически больных, прошедших стационарное лечение (20–30%). Обе группы работающих отличались от неработающих слабой выраженностью негативных

симптомов, более сохранными функциями внимания и памяти и более высоким образовательным уровнем. Кроме того, группа 1 отличалась от неработающих по возрасту и этническому составу (были моложе и характеризовались малой представленностью национальных меньшинств). Интересны негативные результаты обследования: такие, как можно было бы ожидать, важные показатели, как уровень депрессии, употребление алкоголя и наркотиков, экстрапирамидные симптомы и избыточный вес совершенно не различались среди работавших и неработавших. Участие в программах психосоциальной реабилитации положительно коррелировало с возможностью найти работу, тогда как получение пособия по инвалидности коррелировало с этим отрицательно. Более того, получение пособия коррелировало с более низким уровнем качества жизни, худшим когнитивным статусом, но меньшей выраженностью симптомов. Интересно, что в 1992 году, после введения официального пособия по психической инвалидности, количество работающих больных в США стало систематически снижаться, причем темп снижения (особенно высокий среди больных депрессией и больных молодого возраста) не замедлялся даже в конце 90-х годов, когда безработица снизилась почти до нуля.

M.L.Ellison и соавт. [18] подошли к вопросу с другого конца, пытаясь идентифицировать (пусть даже не репрезентативную) выборку больных шизофренией, имеющих высокий профессиональный статус. Им удалось найти 59 пациентов, работающих на менеджерских и достаточно высокооплачиваемых технических должностях. Среди них были пациенты (21 чел.), которые зарабатывали от 20 до 30 тысяч долларов в год, а также пациенты (12 чел.), которые зарабатывали даже более 40 тысяч долларов в год. Анализ выборки в целом показал, что высокий профессиональный статус связан с относительно благоприятным течением заболевания, удовлетворительным семейным положением, более высоким стрессом на рабочем месте, а также (как уже отмечалось в предыдущих репрезентативных обзорах) с достаточно высокой самооценкой по параметрам «мотивация» и «воля». Интересно, что более половины выборки (а именно, 30 пациентов) составляли женщины, хотя в общей популяции больных шизофренией преобладают мужчины.

Мотивационная беседа

Принципы прямого терапевтического воздействия на мотивационную сферу были разработаны W.R.Miller, S.Rollnick [33]. Метод получил название «Мотивационной беседы», причем выбор термина «беседа» (а не «терапия») был сделан с целью подчеркнуть равноуровневое положение взаимодействующих лиц. Лишь условно авторы продолжают говорить о «пациенте (клиенте)» и «терапевте» – человеке, который хотел бы изменить что-то в своем поведении (бросить курить; сменить работу;

более активно общаться с лицами противоположного пола; сесть на диету; и проч.), и о другом человеке («друге», «советчике»), который может и желает помочь первому в этом.

Мотивационная беседа включает 4 базовых принципа: 1) эмпатия, 2) обострение противоречия, 3) смещение сопротивления, 4) развитие у пациента чувства самостоятельности, самодостаточности и компетентности; и во многом основывается на клиент-центрированной терапии Карла Роджерса. В целом – это искусство «вызвать к жизни» идеи и планы изменения поведения у пациента. Поведение человека нельзя считать «немотивированным», если он, например, продолжает курить после тяжелого инфаркта миокарда. Тенденция к изменению существует всегда. Она должна быть вызвана, усилена собственными аргументами, ображениями и чувствами, но не навязываться (или предлагаться) извне. Терапевт обсуждает с пациентом его настоящее положение, помогает формулировать задачи, представлять возможные альтернативы, стимулирует у пациента уверенность в себе.

Такое, на первый взгляд, «пассивное» ведение пациента (авторы сравнивают данный процесс с «ведением» партнера в танце) проходит, по W.R.Miller, S.Rollnick [33], несколько этапов. Задача первого этапа – помочь развиться мотивации к изменению поведения. При этом используется ряд техник, например, «раскачивание весов принятия решения» с рассмотрением крайних случаев и альтернатив («с одной стороны..., но с другой стороны...»); взгляд в прошлое и взгляд в будущее, когда все может измениться к лучшему; обсуждение целей и ценностей пациента.

Постепенно в ходе таких бесед у пациента возникают собственные идеи в плане изменения поведения. В этом реальном интересе пациента к изменению себя и своего поведения авторы выделяют три компонента: «потребность», «способность» и «готовность». Как только терапевт фиксирует этот реальный интерес (хотя бы в простейшей форме потребности, не говоря уже о способности и готовности), он помогает пациенту осознать его и сформулировать. Отсюда уже возможен переход к конкретному плану изменения поведения. Детали этого плана должны исходить от пациента, которому терапевт помогает осознать свой план, его положительные и отрицательные стороны [33].

Мотивирующие вмешательства при шизофрении

Принципы мотивационной беседы были разработаны с расчетом на пациентов, страдающих разного рода зависимостями: алкогольной, никотиновой или наркотической, а также иными вредными, с медицинской точки зрения, поведенческими стереотипами (злоупотребление сладким, малоподвижный образ жизни и пр.) [33]. При данных нарушениях задача мотивированного изменения поведения («бросить») выходит на первый план. Как

известно, зависимости разного рода являются важнейшим фактором коморбидности при шизофрении [42]. Так, частота курения при данном заболевании в 2–2,7 раза выше, чем в общей популяции; почти половина больных шизофренией злоупотребляет алкоголем или наркотиками, многие из них страдают множественной медикаментозной зависимостью. С учетом этих реалий мотивационная терапия при шизофрении была поначалу направлена на лечение сопутствующей болезни зависимости. Впоследствии мотивационная терапия стала рассматриваться как один из важных компонентов лечения заболевания.

Мотивационная беседа при шизофрении приобретает свою специфику. Во-первых, сама мотивационная структура с ее тремя компонентами (потребность, способность и готовность) претерпевает изменения. Это касается, прежде всего, компонента «способности». Жизнь с болезнью связана для пациента с обилием отрицательного опыта, подрывающего его веру в возможность каких-либо изменений и собственную способность к изменению. Здесь велика роль стигматизации, которая часто интериоризуется пациентом [8]. Во-вторых, действенность обычных мотивирующих факторов (например, подкрепления) может быть снижена в связи с ангедонией. В-третьих, сопутствующие нарушения функций внимания и памяти препятствуют эффективному проведению мотивационной беседы [3, 14]. Поэтому с больными шизофренией беседу проводят в неспешном, медленном темпе. Так, у J. Addington [3] курс растягивался на 12 занятий, вместо стандартных восьми. При наличии нарушений функции внимания и памяти мотивационная беседа может быть дополнена методами когнитивного тренинга. Терапевт может научить пациента компенсировать нарушения основных когнитивных функций – так, соответствующей организацией режима дня и использованием записей можно компенсировать плохую память [13]. При шизофрении необходима особая осторожность в формулировке предложений и рекомендаций. Учитывая ограниченность когнитивных и мотивационных ресурсов пациента, терапевт должен избегать перегрузки его «избытком свободы», двигаться к цели небольшими шагами, не стимулируя чрезмерно пациента и не провоцируя тем самым его «инстинкт капитуляции». Пациента, таким образом, подводят к открытию положительных аспектов его жизни. Терапевт должен категорически избегать всего, что может быть интерпретировано как конфронтация или аргументация, ибо на каждый его аргумент у пациента найдутся психологически убедительные контраргументы. С другой стороны, можно и даже нужно ставить пациента перед альтернативой и пояснять ему, что определенные вещи так связаны друг с другом, что невозможно иметь одну из них без другой [9, 14].

Терапевт помогает пациенту формулировать цели [12]. Учитывая реалии болезни, вполне воз-

можно, что пациент поставит перед собою бредовые цели. Даже в таких случаях работа (условием которой является временное принятие пусть и бредовой цели терапевтом) позволяет вскрыть более глубокую и серьезную цель. Часто пациент формулирует свою цель как снятие симптомов. Если классическая когнитивно-поведенческая терапия готова удовлетвориться этим, функциональная когнитивно-поведенческая терапия направлена на улучшение социального, и в первую очередь, межличностного функционирования пациента, даже при наличии симптомов. Если на первом плане присутствуют жалобы на симптомы, необходимо выяснить, почему эти симптомы столь нежелательны пациенту, чему конкретно они мешают (работе, учебе, ведению домашнего хозяйства, личной жизни). При этом может оказаться, что есть «обходные пути», и цель достигается без нереалистичного «избавления от болезни» и «полного выздоровления» [12].

Дополнительной проблемой является тот факт, что многие больные с коморбидным психозом и зависимостью склонны приписывать свою симптоматику веществу, которым они злоупотребляют (алкоголь, наркотики), игнорируя или даже отрицая наличие шизофрении [32]. У таких больных мотивирующая терапия должна предваряться психообразовательными курсами.

Преодолению ангедонической симптоматики при шизофрении посвящена разработанная в Германии техника под названием «Семинар удовольствия» [4]. Семинар предусматривает проработку двух основных тем: уязвимость (ранимость) и качество жизни. Психообразовательный по своей методологии семинар состоит из восьми занятий, раскрывающих следующую тематику: «Что такое ранимость?», «Как действуют медикаменты?», «Можно ли бороться с симптомами?», «Что делать с предрассудками других людей?», «Как обустроить свое ближайшее окружение?», «Как пробудить интерес к жизни?», «Как сделать жизнь более приятной и активной?», «Как самому стать более приятным для других людей?» В первом опубликованном отчете [46] сообщается о 131 больном с диагнозом шизофрения и шизоаффективный психоз, 103 из которых попадали под критерий «участия» (посещение пяти занятий из восьми). У пациентов наблюдалось статистически достоверное уменьшение выраженности негативных симптомов, повышение интернальности локуса контроля, повышение доверия к лекарственной терапии, уверенности в себе и качества жизни – существенный результат, клиническая значимость которого несколько ослабляется отсутствием контрольной группы.

Нам удалось найти лишь два строго контролируемых исследования эффективности мотивационной беседы при шизофрении. В качестве контроля использовались группы больных, получавших, помимо релевантной медикаментозной терапии, также психообразовательные курсы. В первом исследовании принимали участие пациен-

ты с коморбидностью шизофрении и алкоголизма. 24-недельное катамнестическое обследование показало статистически достоверное снижение потребления алкоголя в обеих группах, хотя более значительный эффект был достигнут в экспериментальной группе. Число «сухих дней» (дней воздержания от спиртного) достоверно уменьшилось только в экспериментальной группе [21]. В другой работе со сходным дизайном участвовали пациенты с разного типа алкогольной и лекарственной (в т.ч. комбинированной) зависимостью [23]. Экспериментальная группа получала также курс индивидуальной когнитивно-поведенческой терапии [24]. Катамнестический период охватывал полтора года. Тенденция к снижению употребления наркотиков в экспериментальной группе по сравнению с контрольной не достигла статистической достоверности. Экспериментальная группа достоверно превзошла контрольную по уровню общего социального функционирования и, в особенности, по степени улучшения негативной симптоматики. В экспериментальной группе за время катамнеза зафиксировано 11 обострений, тогда как в контрольной – 24. Экономический расчет показал, что в плане отношений стоимости и эффекта дополнительная терапия, по крайней мере, не привела к увеличению расходов, связанных собственно с заболеванием [23].

R.Miller и соавт. [32] сообщил о результатах мотивационной терапии (в существенной степени модифицированной) у 30 больных со каннабисной коморбидностью, 14 из которых прекратили употребление вещества и два значительно уменьшили употребление (период катамнеза составил 1 год). Описаны также эффекты влияния мотивационной беседы на частоту употребления больными шизофренией никотина [3] и лекарственных наркотиков [9]. Эти исследования, однако, носили предвари-

тельный характер и, как и в случае R.Miller и соавт. [32], не сопровождались достаточным экспериментальным контролем.

Заключение

Мотивационные факторы играют важную роль в развитии психопатологии при шизофрении, хотя их настоящее значение еще предстоит исследовать. Попытки изучения мотивационных факторов с помощью простых экспериментальных методов, таких как введение денежной оплаты по результатам тестирования, представляются явно недостаточными. Поведение здоровых людей, адекватно осознающих значение денег, далеко не всегда соотносится с моделью «экономического человека» (представление о деньгах как универсальной мере ценности). Не стоит удивляться, что поведение больных отвечает этой модели в еще меньшей степени.

Важнейшим показателем того, что тот или иной фактор играет не просто коррелятивно-симптоматическую, но причинно-патогенетическую роль, является эффект психологического вмешательства, прямо направленного на модуляцию данного фактора. В этом плане необходимо дальнейшее развитие клинко-психологических исследований мотивирующих вмешательств, в том числе тех, которые основаны на методологии мотивирующей беседы [33]. Эта методология должна быть адаптирована не только к патопсихологическим особенностям больных шизофренией, но и к их социально-психологической ситуации. Успех такого рода вмешательства будет не только важным практическим шагом в сторону улучшения качества жизни больных, предупреждения повторных обострений и регоспитализаций, но и фундаментальным фактом, указывающим на значение мотивации в детерминации поведения при шизофрении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Семенова Н.Д. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 4. С. 78–86.
2. Шпицер М. О значении нейропластичности и нейромодуляции при интегрированных методах лечения шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т. 13, № 2. С. 5–15.
3. Addington J. Group treatment for smoking cessation among persons with schizophrenia // Psychiatric Services. 1998. Vol. 49. P. 925–928.
4. Amelang M., Schmidt-Atzert L., Zielinski W. Psychologische Diagnostik und Intervention. Heidelberg: Springer, 2006.
5. Antony W.A., Jansen M.A. Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill: Research and policy implications // Am. Psychologist. 1984. Vol. 39, N 5. P. 537–554.
6. Barch D.M. The relationships among cognition, motivation, and emotion in schizophrenia: How much and how little we know // Schizophr. Bull. 2005. Vol. 31, N 4. P. 875–881.
7. Bell M.D., Lysaker P., Milstein R.M. Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia // Schizophr. Bull. 1996. Vol. 22, N 1. P. 51–67.
8. Boydell K.M., Gladstone B.M., Volpe T. Interpreting narratives of motivation and schizophrenia: A Biopsychological understanding // Psychiatr. Rehab. J. 2003. Vol. 26, N 4. P. 422–424.
9. Carey K.B., Purnine D.M., Maisto S.A., Carey M.P. Enhancing readiness-to-change substance abuse in persons with schizophrenia // Behavior Modification. 2001. Vol. 25, N 3. P. 331–384.
10. Carpenter W.T. Targeting schizophrenia research to patients outcomes // Am. J. Psychiatry. 2006. Vol. 163, N 3. P. 353–355.
11. Carpenter W.T., Gold J.M. Another view of therapy for cognition in schizophrenia // Biol. Psychiatry. 2002. Vol. 51. P. 969–971.
12. Cather C. Functional cognitive-behavioral therapy: A brief, individual treatment for functional impairments resulting from psychotic symptoms in schizophrenia // Can. J. Psychiatry. 2005. Vol. 50, N 5. P. 258–263.
13. Corrigan P.W. Toward an integrative, structural model of psychiatric rehabilitation // Psychiatr. Rehab. J. 2003. Vol. 26, N 4. P. 346–358.
14. Corrigan P.W., McCracken S.G., Holmes E.P. Motivational interviews as goal assessment for persons with psychiatric disability // Community Mental Health J. 2001. Vol. 37, N 2. P. 113–122.
15. Damasio A.R. The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness. San Diego: Harcourt, 1999.
16. Deci E.L. Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation // J. Personality Social Psychology. 1971. Vol. 18. P. 105–115.
17. Deci E.L., Koestner R., Ryan R.M. Extrinsic rewards and intrinsic motivation in education: Reconsidered once again // Rev. Educ. Res. 2001. Vol. 71. P. 1–27.
18. Ellison M.L., Russinova Z., Massaro J., Lyass A. People with schizophrenia employed as professionals and managers: Initial evidence and exploration // Schizophr. Res. 2005. Vol. 76. P. 123–125.
19. Fiszdon J.M., Cardenas A.S., Bryson G.J., Bell M.D. Predictors of remediation success on a trained memory task // J. Nerv. Ment. Dis. 2005. Vol. 193, N 9. P. 602–608.
20. Glynn S.M., Cohen A.N., Dixon L.B., Niv N. The potential impact of the recovery movement on family interventions for schizophrenia: Opportunities and obstacles // Schizophr. Bull. 2006. Vol. 32, N 3. P. 451–463.

21. Graeber D.A., Moyers T.B., Griffith G. et al. A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders // *Comm. Mental Health J.* 2003. Vol. 39, N 3. P. 189–202.
22. een M.F., Satz P., Ganzell S., Vaclac J.F. Wisconsin Card Sorting Test performance in schizophrenia: Remediation of a stubborn effect // *Am. J. Psychiatry.* 1992. Vol. 149, N 1. P. 62–67.
23. Haddock G., Barrowclough C., Tarrier N. et al. Cognitive-behavioral therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. 18-month outcomes of a randomized controlled trial // *Br. J. Psychiatry.* 2003. Vol. 183. P. 418–426.
24. Haddock G., Tarrier N., Spaulding W. et al. Individual cognitive-behavioral therapy in the treatment of hallucinations and delusions: A review // *Clin. Psychol. Rev.* 1998. Vol. 18, N 7. P. 821–838.
25. Hellman S.G., Kern R.S., Neilson L.M., Green M.F. Monetary reinforcement and Wisconsin Card Sorting performance in schizophrenia: Why show me the money? // *Schizophr. Res.* 1998. Vol. 34. P. 67–75.
26. Inselmann U. Musiktherapeutische Behandlung psychotischer Patienten // *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie.* 1995. Vol. 43. P. 249–260.
27. Kern R.S., Green M.F., Goldstein M.J. Modification of performance on the span of apprehension, a putative marker of vulnerability to schizophrenia // *J. Abnorm. Psychol.* 1995. Vol. 104, N 2. P. 385–389.
28. Kraepelin E. *Dementia Praecox and Paraphrenia.* Huntington, NY: R.E. Krieger, 1919/1971.
29. Lysaker P., Bell M.D. Work and meaning: Disturbance of volition and vocational dysfunction in schizophrenia // *Psychiatry.* 1995. Vol. 58. P. 392–400.
30. Lysaker P., Bell M.D., Bioty S.M. Cognitive deficits in schizophrenia: Prediction of symptom change for participants in work rehabilitation // *J. Nerv. Ment. Dis.* 1995. Vol. 183, N 5. P. 332–336.
31. Medalia A., Richardson R. What predicts a good response to cognitive remediation interventions? // *Schizophr. Bull.* 2005. Vol. 31, N 4. P. 942–953.
32. Miller R., McCormack Caponi J., Sevy S., Robinson D. The insight-adherence-abstinence triad: An integrated treatment focus for cannabis-using first-episode schizophrenia patients // *Bull. Menninger Clinic.* 2005. Vol. 69, N 3. P. 220–236.
33. Miller W.R., Rollnick S. *Motivational interviewing.* New York: Guilford Press, 2002.
34. Mueser K.T., Salyers M.P., Mueser P.R. A prospective analysis of work in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 2001. Vol. 27, N 2. P. 281–296.
35. Nelson H.E. A modified card sorting test sensitive to frontal lobe defects // *Cortex.* 1976. Vol. 12. P. 313–324.
36. Panksepp J. Affective consciousness: Core emotional feelings in animals and humans // *Consciousness and Cognition.* 2005. Vol. 14. P. 30–80.
37. Panksepp J. Are emotions more than learned behaviors? // *Trends in Cognitive Sciences.* 2006. Vol. 10, N 3. P. 96–97.
38. Penn D.L., Combs D. Modification of affect perception deficits in schizophrenia // *Schizophr. Res.* 2000. Vol. 46. P. 217–229.
39. Prentice K.J., Gold J.M., Buchanan R.W., Carpenter W.T. Schizophrenia patients' use of feedback in the Wisconsin Card Sorting Test // *Schizophr. Bull.* 2005. Vol. 31. P. 339.
40. Rector N.A. Cognitive-behavioral therapy for severe mental disorders // *Can. J. Psychiatry.* 2005. Vol. 50, N 5. P. 245–246.
41. Rector N.A., Beck A.T., Stolar N. The negative symptoms of schizophrenia: A cognitive perspective // *Can. J. Psychiatry.* 2005. Vol. 50, N 5. P. 247–257.
42. Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S. et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse // *JAMA.* 1990. Vol. 264. P. 2511–2518.
43. Rogers E.S., Antony W.A., Cohen M., Davies R.R. Prediction of vocational outcome based on clinical and demographic indicators among vocationally ready clients // *Comm. Mental Health J.* 1997. Vol. 33, N 2. P. 99–112.
44. Rosenheck R., Leslie D., Keefe R. et al. Barriers to employment for people with schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* 2006. Vol. 163, N 3. P. 411–417.
45. Shepard P.D. Editorial – Modelling negative symptoms: What's missing? // *Schizophr. Bull.* 2006. Vol. 32, N 3. P. 403–404.
46. Sibitz I., Gössker R., Katschnig H., Amering M. “Wissen - genießen - besser leben”: Ein Seminar für Psychoseerfahrene zur Verbesserung der Lebensqualität und Verringerung der Verletzlichkeit // *Psychiatrische Praxis.* 2006. Vol. 33. P. 170–176.
47. Sovani A., Thatte S. Effects of psychosocial interventions on motor speed and accuracy of chronic positive, negative, and mixed symptom schizophrenics // *Int. J. Soc. Psychiatry.* 1998. Vol. 44, N 2. P. 117–126.
48. Summerfelt A.T., Alphas L.D., Wagman A.M.I. et al. Reduction of perseverative errors in patients with schizophrenia using monetary feedback // *J. Abnorm. Psychol.* 1991. Vol. 100, N 4. P. 613–616.
49. Tsang H., Lam P., Ng B., Leung O. Predictors of employment outcomes for people with psychiatric disabilities: A review of the literature since the mid '80s // *J. Rehab.* 2000. Vol. 66, N 2. P. 19–31.
50. Vollema M.G., Guertsen G., van Voorst A.J.P. Durable improvements in Wisconsin Card Sorting Test performance in schizophrenic patients // *Schizophr. Res.* 1995. Vol. 16. P. 209–215.

МОТИВАЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Н. Д. Семенова

Статья посвящена проблеме мотивации и психосоциального лечения пациентов с шизофренией. Представлены методологически выверенные исследования, посвященные изучению роли некоторых мотивационных факторов у пациентов с шизофренией (таких как денежное вознаграждение в психологических экспериментах с больными, введение денежной оплаты по результатам тестирования и снижение количества ошибок у пациентов с шизофренией, клиническая эффективность оплачиваемого труда и др.). Описывается Мотивационное Интервью (Miller & Rollnick, 2002). При шизофрении дан-

ное вмешательство приобретает свою специфику с учетом когнитивных трудностей и других осложняющих факторов, связанных с заболеванием. Подчеркивается необходимость дальнейшего развития клинико-психологических исследований мотивирующих вмешательств, необходимых для данной, весьма трудной популяции психически больных.

Ключевые слова: мотивация, психосоциальная терапия шизофрении, трудовая терапия и мотивация, мотивационная беседа, мотивирующие вмешательства при шизофрении.

MOTIVATIONAL FACTORS AND PSYCHOSOCIAL THERAPY IN SCHIZOPHRENIA

N. D. Semenova

The article investigates the issue of motivation and psychosocial treatment for patients with schizophrenia. Methodologically sound studies investigating some of the motivational factors (i.e., monetary reinforcement and test performance in schizophrenia, reduction of errors in patients with schizophrenia using monetary feedback, clinical benefits of paid work activity, etc.) for patients with schizophrenia are reviewed. Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 2002) has been described. The

intervention is modified to account for cognitive difficulties and other complicating factors related to schizophrenia. It is stressed the necessity of an additional clinical and psychological studies of motivation-enhancing interventions that are needed for this challenging population.

Key words: motivation, psychosocial treatment for patients with schizophrenia, vocational capacity and motivation, Motivational Interviewing, motivation-enhancing interventions in schizophrenia.

Семенова Наталья Дмитриевна – кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава», e-mail: niyami@yahoo.ru