

УДК 616.89–084

МЕТОДИКА ДЛЯ МОТИВИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ К ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Н. Д. Семенова

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

Мотивация и ее нарушения при шизофрении

Мотивация представляет собой систему устойчивых мотивов, определяющих поведение, а также избирательность отношений данного человека к другим людям и различным проблемам [7, 11]. О мотивации можно судить не по отдельным поступкам (которые могут быть ситуативными), а по устойчивым тенденциям деятельности и общения. Мотивы могут быть осознанными, связанными с выдвижением сознательных целей, и неосознанными – в виде готовности к определенной деятельности, к определенным поступкам. Мотивация – это не только направленность поведения в плане достижения цели, но и его интенсивность (объем усилий, инвестируемых в поведение) и персистентность (упорство и настойчивость) в достижении цели [20].

В современной психологии регуляция рассматривается как овладение и сознательное управление собственными психическими процессами и поведением, при этом подчеркивается ее интегрирующая роль в организации психической деятельности. При шизофрении интегрирующая роль регуляции в организации психической деятельности может существенным образом нарушаться. Исследования отечественных психологов показали, что ведущую роль в данном случае играет потребностно-мотивационный компонент [8]. Наиболее выраженное изменение этого компонента связано с ослаблением определяющей роли социального фактора в регуляции сложных форм психической деятельности. Влияние этого фактора ослабевает из-за снижения у больных социальной направленности, обусловленного недостаточной потребностью в общении.

У больных шизофренией могут нарушаться мотивация социальных контактов, мотивация самооценки (в частности, мотивация достижения). Стремление к ограничению социальных контактов, дефицит навыков, необходимых для инициации и поддержания межличностных контактов, снижение роли межличностных стимулов как подкрепляющих общение – все эти нарушения общения, пред-

шествуя началу заболевания и во многом предопределяя его исход, приводят к тому, что основные, базальные потребности пациента начинают удовлетворяться исключительно аутистически [6].

В ряде симптомов болезни отчетливо отражаются серьезные проблемы в плане удовлетворения некоторых потребностей (потребности самооценки и потребности социальных контактов). Психотическое поведение становится для пациента привычным средством получения удовольствия или подавления неприятных ощущений. Прямой вызов психотической симптоматике не эффективен [4, 6]. В этом смысле тот стиль общения, который практикует квалифицированный персонал в общении с душевнобольными, является терапевтически оправданным.

Формирование «аномальной личности» у больных шизофренией происходит вследствие сужения круга мотивов, разрыва их смыслообразующей и побудительной функций [5]. С увеличением стажа заболевания происходит ослабление и угасание мотивации к социальному восстановлению. Все более утрачивается та ее составляющая, которая выражается в стремлении пациента вернуться к полноценной жизни как главной и наиболее высокой реабилитационной цели. Вместо этого стремления больного становятся ограниченными и заземленными (например, рудиментарные социальные контакты и развлечения и т.п.) [1].

За любым мотивом скрывается влияние какой-либо потребности (биологической и материальной, социальной и духовной). Потребностям социальных контактов соответствуют мотивы любви, нежности, социальной присоединенности, идентификации; потребностям самооценки – мотивы достижения, поиска признания и одобрения. В потребностях можно выделить два уровня – более низкий и более высокий. Так, потребность в одежде для защиты от холода – одна из витальных потребностей. Но для полноценной социализации и адаптации пациента руководствоваться исключительно этим явно недостаточно. Одеваясь, пациент должен следовать традициям, хотя бы минимальным эсте-

тическим требованиям моды. То же самое можно сказать и об удовлетворении потребности пациента в пище, жилище, в личной жизни, в признании окружающих.

Ослабление и утрата мотивации к социальному восстановлению – одно из проявлений психологических сдвигов по мере прогрессирования болезни [1]. Стационар и длительное в нем нахождение (госпитализм) способствуют тому, что потребности пациентов сужаются, снижаются в своем уровне, ограничиваясь рамками стационара (режимом дня, лечебными мероприятиями). Встает вопрос о том, чтобы даже в условиях стационара создать возможности для формирования у пациентов новых потребностей, которым, в свою очередь, соответствуют новые виды мотивов. Необходимо повысить уровень усилий пациента по преобразованию своей жизни, чтобы у него появилась возможность реализовать свои социальные притязания в конструктивных, преобразующих действиях.

Весь спектр психосоциальных мероприятий так или иначе этому следует. В ходе психосоциальной терапии происходит процесс научения, благодаря которому осуществляется формирование тех или иных навыков. Процесс научения выстраивается, следуя ряду законов [13]. Так, для образования навыка у пациента должно наличествовать состояние, толкающее его к соответствующим действиям («закон готовности»); чем чаще какое-нибудь действие совершается пациентом, тем вероятнее, что он повторит это действие, или чаще будет выбирать это действие впоследствии («закон упражнения»); чаще повторяется то действие, которое дает положительный эффект («закон эффекта»). Пациент может действовать стереотипно, шаблонно, не учитывая конкретных условий. Формы поведения, приобретаемые им в процессе психосоциальной терапии, позволяют ему лучше приспособиться к условиям жизни. Навык помогает гибко изменять и варьировать поведение. В результате – ту или иную потребность пациент может удовлетворить, выбирая способ, в наибольшей мере соответствующий его социальным притязаниям и конкретной ситуации.

Сберегающе-превентивная реабилитация в психиатрии: проблема воздействия на мотивационную сферу пациентов

Современные требования к психиатрическим службам таковы, что формирование мотивации пациента к реабилитации становится одной из ключевых задач профессионалов. Именно тогда реабилитационная составляющая при оказании психиатрической помощи приобретает свое настоящее качество, позволяющее пациенту сберечь социальные достижения и позиции, а также сохранить эти достижения и в последующем [1].

Начальные этапы болезни, когда прогрессивный процесс обнаруживает свой особо деструктивный характер, сопровождаются наиболее выраженной динамикой социальных потерь. Утрата пациен-

том социальных достижений в этот период снижает вероятность приемлемого социального восстановления в будущем. Именно на начальных этапах психического заболевания специальные меры в рамках реабилитационных усилий позволяют предотвратить утрату мотивации к сохранению социальных достижений и позиций. В период активного течения процесса социальные потери и социальное снижение продолжают нарастать – здесь также необходимы специальные вмешательства, формирующие мотивацию пациента к реабилитации [1].

Мотивирующие вмешательства при шизофрении

Начиная с 70-х годов, широкую известность получили «курсы мотивационного тренинга», целью которых было повышение тех или иных аспектов мотивации у различных контингентов нормальных людей: людей, занятых поиском работы; школьников и студентов, желающих повысить свою успеваемость; менеджеров, желающих продвинуться по службе и т.п. [11]. Элементами данного тренинга являлись: изучение и отработка так называемого «синдрома достижения», самоанализ, постановка целей, социальная поддержка. На занятиях разбирались случаи направленного на достижение поведения, где далее в условиях игры отработывались приемы реалистичного целеполагания, осуществлялась проверка совместимости деятельности достижения с собственным образом жизни и различными обстоятельствами. В условиях тренинга создавались аффективно насыщенные (эмоциогенные) ситуации, усиливавшие доминантность мотива, связывающие в воображении участника элементы ситуации с превосходящими аффектами. «Курсы мотивационного тренинга» показали свою эффективность – за счет совершенствования участниками навыков организации собственного поведения и повышения ориентированной на достижение активности.

Элементы «мотивационного тренинга» находят свое применение и в работе с психически больными. Отечественными психологами было показано, что введение мотивирующих стимулов может способствовать повышению уровня регуляции у больных [8]. Помещая пациентов в эмоциогенные ситуации – ситуации кооперации или конкуренции – можно способствовать актуализации у них мотивов достижения, а также мотивов социальной присоединенности [4].

Вместе с тем, негативная динамика психосоциальных характеристик пациентов с шизофренией на протяжении болезни препятствует осуществлению любых психосоциальных мероприятий, в том числе и мотивирующих. Вмешательства, специально разработанные для данного контингента больных, учитывают нарушения, присущие болезни, среди которых – когнитивные нарушения, социальная несостоятельность, а также препят-

ствия, связанные со снижением или отсутствием мотивации [3, 10].

Мотивационная терапия при шизофрении в настоящее время стала рассматриваться как важный компонент лечения заболевания [15, 16, 21]. В одной из последних работ на эту тему [10] приведены клиничко-психологические исследования мотивирующих вмешательств, развивающихся в настоящее время. Особый интерес представляют те, что основаны на методологии «мотивирующей беседы» [12, 16, 24].

Мотивирующая беседа

W.R.Miller и S.Rollnick [24] разработали принципы прямого терапевтического воздействия на мотивационную сферу. Метод получил название «мотивирующей беседы». Выбор термина «беседа» (а не «терапия») сделан с целью подчеркнуть равноуровневое положение взаимодействующих лиц. Лишь условно авторы продолжают говорить о «терапевте» и «пациенте» («клиенте») – о человеке, который хотел бы что-то изменить в своем поведении (найти работу, начать вести здоровый образ жизни, более активно общаться с лицами противоположного пола и т.п.), и о другом человеке («друге» или «советчике»), который может и желает помочь второму в этом.

Авторы систематизировали действенные элементы вмешательства и изложили их вкратце в акрониме FRAMES. Аббревиатура расшифровывается как Feedback (обратная связь), Responsibility (ответственность), Advice (совет), Menu/Options (меню, варианты), Empathy (эмпатия), Self-efficacy (эффективная самореализация или Я-эффективность).

Ф. «Обратная связь» предоставляется пациенту в форме объективной информации о его физическом, психическом и социальном состоянии.

Р. Делается акцент на личной ответственности пациента, что приводит к снижению противодействия и повышает вероятность начала процесса изменения и вероятность того, что пациент будет и дальше следовать в нужном направлении. Подчеркивая основную роль пациента в этом процессе, профессионал способствует повышению его мотивации.

А. «Совет» предполагает передачу пациенту профессиональных знаний о возможностях и последствиях изменения. «Совет» будет мотивирующим только тогда, когда у пациента есть свобода выбора – следовать ему или нет, профессионал при этом не оказывает давления и не поучает.

М. Мотивирующим является предоставление пациенту свободы выбора возможностей (меню). Это предполагает как различные варианты целей, так и методов осуществления изменения (будь то профессиональная или иная помощь, формы этой помощи). Наличие свободы выбора увеличивает возможность того, что пациент будет придерживаться принятого им самим решения об изменении.

Е. Эмпатическое отношение профессионала способствует готовности пациента к изменению. Так, даже понимание и признание профессионалом важности «психотического потенциала» и трудности изменения поведения в этой связи имеет мотивирующее значение.

С. Вера в то, что он способен сделать что-то важное, повышает возможность пациента к эффективной реализации своих решений. Мотивирующее значение имеет убеждение пациента в том, что он в состоянии вести себя правильным образом, дистанцируясь от болезни и сохраняя человеческое достоинство. Способность к самореализации, Я-эффективность пациента повышается, когда профессионал проявляет здоровый оптимизм, поддерживая пациента и веря в возможность изменений.

Собственно «мотивирующая беседа» во многом опирается на клиент-центрированный подход Карла Роджерса – она ориентирована на клиента, но вместе с тем директивна, следует определенной цели, которая суть: изменение поведения клиента. Основными принципами «мотивирующей беседы» являются: выражение эмпатии; избегание споров; смещение (свертывание, направление в другое русло) сопротивления пациента; развитие у пациента Я-эффективности (чувства самостоятельности, самодостаточности и компетентности); целенаправленное развитие противоречий и расхождений [24].

Пациент в некоторой степени амбивалентен на предмет изменения своего поведения. Амбивалентность нормальна как спутник любого переходного состояния, она всегда сопутствует процессу изменения. Цель мотивирующей беседы – помочь пациенту правильно и конструктивно разрешить амбивалентную ситуацию. Усилить осознание этой амбивалентности можно, помогая пациенту говорить об этом, о «плюсах» и «минусах» своего текущего состояния и поведения.

В рамках «мотивирующей беседы» также используются терапевтические приемы, помогающие пациентам произнести само-мотивирующие, обращенные к самому себе слова, обладающие побудительной силой. «Мотивирующая беседа» – это искусство «вызвать к жизни» идеи и планы изменения поведения у пациента. Тенденция к изменению должна быть вызвана, усилена собственными аргументами, соображениями и чувствами пациента, но не навязываться или предлагаться извне. Терапевт обсуждает с пациентом его настоящее положение (подчеркивая, в частности, негативные и контр-продуктивные стороны настоящего), помогает формулировать задачи, представлять возможные альтернативы, стимулирует у пациента надежду и уверенность в себе, но не убеждает, не делает предложений и не поучает. Такое, на первый взгляд, «пассивное» ведение пациента авторы сравнивают с процессом «ведения» партнера в танце [24].

Собственно процесс изменения концептуализируется как состоящий из трех компонентов:

«потребность», «способность» и «готовность». Как только терапевт фиксирует реальный интерес пациента к изменению (хотя бы в простейшей форме потребности, не говоря уже о способности и готовности), он помогает ему осознать его и сформулировать. Отсюда уже возможен переход к конкретному плану действий по изменению поведения [24].

Мотивирующая 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 «способность». 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 и роль стигматизации, в той или иной мере интериорируемой пациентом.

Во-вторых, действенность обычных мотивирующих факторов (например, подкрепления) может быть значительно снижена в связи с ангедонией и неспособностью пациента формировать чувства по отношению к другим людям и себе. У больных шизофренией отмечается дефицит положительного эмоционального реагирования в ситуациях, являющихся для большинства нормальных людей источником положительных эмоций. Все это так или иначе принимается во внимание при построении «мотивирующей беседы».

В-третьих, сопутствующие заболеванию нарушения функций внимания и памяти препятствуют эффективному проведению беседы [12, 19]. Поэтому в данном случае беседу проводят в неспешном, медленном темпе. Так, у J.Addington [12] курс растягивался на 12 занятий и более, вместо стандартных восьми. При наличии выраженных нарушений функций внимания и памяти мотивирующая беседа дополняется методами когнитивного тренинга [3, 18].

Отметим особо, что проведение мотивирующих бесед не является лечением в узком смысле этого слова. Речь идет о подготовке к возможной терапии и о мотивировании к ней [20]. Иногда бывает достаточно проведения мотивирующей беседы для того, чтобы добиться включения пациента в реабилитационный процесс. Целесообразнее заранее врачу на основании знания пациента решить нужно ли начинать с мотивирующей беседы или сразу включить его в психосоциальную группу по модулю «Психосоциальная методика для мотивирования пациентов на психосоциальную реабилитацию» (см. ниже).

Модель изменения поведения

Мотивирующие вмешательства в своем большинстве опираются на известную модель изменения поведения или стадий изменения [26]. Согласно данной модели, мотивация к изменению возникает не сразу – она развивается постепенно. Изменение рассматривается как процесс, проходящий

ряд стадий: начиная с предварительной стадии – через стадию размышления и рассмотрения возможности изменения – к стадии принятия решения и подготовки к его осуществлению – и далее, к стадии осуществления – стадии выдержки – и стадии рецидива.

На предварительной стадии у пациента могут быть жалобы и проблемы, связанные с болезнью, но он не готов что-либо предпринимать, чтобы изменить свои привычки и поведенческие стереотипы. Без давления извне пациент не обращается за помощью. На данной стадии используются приемы, позволяющие пациенту поднять уровень осознания проблемы, разбудить в нем процесс переоценки себя. На стадии размышления пациент начинает осознавать причины своих проблем, рассматривает возможность изменения, однако колеблется и впадает в состояние амбивалентности. Он начинает взвешивать недостатки и преимущества прекращения или продолжения привычного стиля жизни. На стадии принятия решения и подготовки к осуществлению – пациент планирует что-то изменить в своем поведении, в своей жизни. На стадии осуществления пациент собственными силами или с посторонней помощью осуществляет свои планы, в результате чего его поведение и стиль жизни меняются. Реализуя свою направленность в делах и поступках, пациент на практике убеждается в степени реалистичности своих социальных притязаний и вносит в них соответствующие коррективы. Постоянное испытание направленности практическим действием – необходимое условие ее устойчивости и реалистичности. На стадии выдержки пациент пытается интегрировать новое поведение в свою жизнедеятельность. Однако осуществить свои планы, изменить себя и свое поведение пациенту удастся далеко не всегда, и тогда наступает стадия рецидива и все начинается сначала. Он должен снова принимать решения и планировать конкретные действия. Такая же стадийность, возможно, прослеживается и в процессе преодоления пациентом болезни и движения в сторону здоровья – процесс может быть долгим, со многими отступлениями и «плато» на этом пути [2].

Разделяют – «готовность к изменению» и «мотивацию для изменения» [16, 26]. Мотивация для изменения – это некое внутреннее когнитивно-аффективное состояние, являющееся необходимым условием поведенческого изменения (или поддержания изменения). Готовность к изменению – это комбинация факторов, отражающих вероятность того, что пациент начнет или продолжит вести себя правильно, двигаться в нужном направлении. Готовность к изменению (например, изменению негативных болезненных поведенческих стереотипов) – более широкое понятие, включающее не только мотивацию к изменению, но также ряд моментов, среди которых – соответствующие социальные навыки пациента и поддерживающие факторы внешнего порядка. Мотивация и действия

по изменению определяются, с одной стороны, имеющимися у пациента ресурсами, а с другой стороны – барьерами на пути его движения вперед. Так, пациент, скорее всего, начнет движение в плане изменения поведения, если он ощущает готовность и желание измениться, если он приобрел соответствующие навыки, делающие успех такого изменения более вероятным, и если он предвосхищает поддержку и подкрепление извне в своих усилиях измениться [16, 26].

Модуль: Методика мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации

Предлагаемый модуль «Методика мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации» нацелен на создание условий, способствующих мотивации к изменению и к движению пациента вперед в плане сохранения социальных достижений, восстановления социальных ролей, в плане контроля над болезнью и активного вовлечения в психосоциальные мероприятия.

Модуль можно подключать на любом из этапов реабилитационного процесса [1]: в период активного вовлечения пациентов в психосоциальные мероприятия, проводимые в стационаре; на последующих этапах, при подготовке к «жизни среди людей», в ходе практического освоения пациентом приобретенных навыков; на этапе закрепления и поддержки социального восстановления.

Программа по реализации данного модуля представляет собой цикл занятий, проводимых в режиме от одного до нескольких раз в неделю. Программу можно осуществлять как индивидуально, так и в групповом формате. В освоении программы пациенту могут помочь члены его семьи и другие поддерживающие его лица. С разрешения пациента данные лица могут выборочно посещать занятия, знакомиться с учебными материалами, помогать пациенту в разработке планов, помогать в продвижении к намеченным целям.

Процедура вмешательства включает 4 функциональных блока, каждому из которых отводится от одного до трех занятий.

Структура и содержание занятий

Блок 1. Введение, оценка и обратная связь.

Общие цели:

1. Установить терапевтический альянс, отношения доверия и сотрудничества с пациентом.
2. Начать исследование «расхождения» (коснуться проблем, связанных с болезнью и ее негативными последствиями, с социальными потерями, которые могут оказаться невосполнимыми).

Составляющие терапевтической активности:

1. Вводная часть, знакомство с методом.
2. Первичное обсуждение темы готовности к изменению.
3. Обратная связь на предмет текущего состояния, его последствий, осложнений и рисков.

Вводная часть включает вступительное слово ведущего и общий обзор метода в приемлемой и доступной для пациентов форме.

Ведущий: «Занятия направлены на оказание Вам помощи в выборе правильных позиций и линий поведения, в плане разрешения конфликтных ситуаций, выявления направлений самосовершенствования... Важно движение вперед, продвижение по вашей жизни. Вы узнаете больше о том, как продвигаться по направлению к своим целям, в направлении здоровья».

На основной части занятия затрагивается и обсуждается готовность пациента к изменению, текущее положение дел и перспективы что-либо изменить. Важно предоставить пациенту объективную информацию о его состоянии на данный момент (печальные результаты инактивного поведения и его последствия – физические, эмоциональные, связанные с межличностными отношениями, финансовые, влияние по типу «порочного круга» на симптомы болезни и т.п.) и выявить возможное расхождение между представлениями пациента и реальным положением дел в плане влияния болезни на его жизнь. Здесь могут использоваться различные приемы убеждающего воздействия, которые во многом зависят от фонового обеспечения беседы: необходима обстановка, способствующая релаксации (удобные кресла, отсутствие фрустрирующих воздействий).

Далее предлагается структурированная техника – «Шкала ожиданий».

Учебным материалом для данного блока служит листок «Шкала ожиданий» (Приложение 1).

Предлагаемые в рамках данного модуля учебные материалы – служат пациенту визуальной опорой и поддержкой, подкрепляют обсуждение и помогают проработать материал глубже. Шкалы используются исключительно как стимул для последующего обсуждения, а не как объективная мера измерения того или иного качества или навыка пациента.

Обратная связь, исходящая от ведущего, поможет пациенту принять и по возможности присвоить информацию, а также начать процесс работы над расхождением.

Заключительная часть занятия посвящается краткому обзору пройденного.

Ведущий: «Листки можете взять с собой. Что нового вы узнали, что вам запомнилось из занятия? Правильно ли впечатление, что некоторые из вас пришли, потому что направил врач, но потом вам стало интересно. Вы еще не совсем уверены в себе на предмет того, получится ли у вас что-то изменить (см. листок «Шкала ожиданий»), но, с другой стороны, вы сказали, что однажды у вас получилось ...»

Ведущий акцентирует внимание на «малых победах» пациентов, которые, возможно, были у них в прошлом. Особо подчеркиваются, повторяются и усиливаются само-мотивирующие, обращенные к себе слова пациента.

Ведущий: «Не забыла ли я что-то важное еще упомянуть? Хорошо, на следующем занятии мы займемся вот чем. Есть одно упражнение, которое почти всем нравится. Называется оно «Баланс (или качели, или коромысло) решения». Вот этим мы и займемся».

Блок 2. Баланс решения

Общие цели:

1. Продолжать поддерживать терапевтический альянс и сотрудничество.
2. Больше внимания уделить развитию расхождений (противоречий).

Составляющие терапевтической активности:

1. Вводная часть и обзор предыдущего занятия.
2. Баланс решения.

Учебным материалом для данного блока служит листок «Баланс решения» (Приложение 2).

Суть упражнения «Баланс решения» – не в том, чтобы показать пациенту, что он должен пережить расхождение (чего-то с чем-то), и не в том, чтобы создать на занятии это расхождение. Суть упражнения заключается в другом: некоторое расхождение уже существует, расхождение между тем, в каком положении находится пациент, и тем, где бы он хотел находиться, – а помечаемое на листке – является лишь отражением существующего положения дел. Важно, чтобы пациент проговаривал свои действия, выполняя задание, чтобы слышал свой голос как подкрепление – как «голос изменения». Ведущий при этом помогает пациенту идентифицировать и проговорить наиболее ощутимые «минусы» текущего положения дел и «плюсы» в плане изменения его. При этом у пациента усиливается неудовлетворенность текущим положением дел, он пытается прояснить «преграды» (или барьеры), что мешают ему выбраться из наличествующей ситуации.

Ведущий объясняет суть упражнения, показывая листок. Затем просит пациента назвать наиболее упроченные (привычные) факторы, которые располагаются на одной стороне листа (на одной чаше весов). Для пациентов, которые уже начали движение в нужном направлении (предприняли хотя бы первые шаги в плане сохранения социальных достижений, восстановления социальных ролей, в плане контроля над болезнью и сохранения здоровых личностных установок), необходимо модифицировать задание, предложив, например, обозначить причины поддерживать свое теперешнее состояние.

«Раскачивание весов принятия решения» начинают с «за» и «против» сохранения текущего состояния, потому что это пациенту на данный момент ближе: это воспринимаемые им как удовлетворяющие моменты настоящего: ничего не делать, смириться с текущим положением дел, дать болезни «поглотить» себя. Затем продвигаются к «за» и «против» – в плане изменения ситуации.

Ведущий: «Посмотрите на листок. Здесь показано, что происходит, когда мы принимаем какое-либо решение – сделать что-либо, или не делать. Всегда есть причины – как «за», так и «против». Например, поход в кино. Причина этого не делать – дороговизна билетов или просто лень. Причина сделать это – «я пойду, потому что хочу посмотреть этот фильм» или «меня пригласили» или «хочу побыть среди людей, хорошо провести время». Взвешивая причины «за» и «против» чего-либо, мы подходим к окончательному решению, которое принимаем, и далее действуем. То же самое можно сказать и о вашей ситуации – посещать занятия по психосоциальной терапии или не посещать, принимать лекарства или нет, навещать регулярно к врачу или нет, сделать что-то зависящее от вас, чтобы не госпитализироваться так часто, или нет, вести одинокую жизнь или пойти навстречу людям и т.п.».

Следует при этом контролировать групповой процесс, потому как одни пациенты предпочитают говорить только о «плюсах», консолидируя свое текущее состояние и упрочиваясь в нем; другие – сдвигают фокус разговора в сторону и говорят о том, как трудно вообще что-либо изменить в жизни, приводя аргументы внешнего характера. Важно минимизировать сопротивление и категорически избегать всего, что может быть расценено пациентом как конфронтация или попытка с ним поспорить. Однако можно и даже нужно ставить пациента перед альтернативой «либо-либо», и прояснять ему, что определенные вещи настолько тесно связаны друг с другом, что невозможно иметь одну из них без другой.

Пациенты, провозглашающие одни и те же цели, в сходных жизненных ситуациях могут вести себя по-разному. Один преодолевает возникающие по ходу препятствия, другой никак не может начать движение к цели – мешают самые незначительные мелочи. Ведущий деликатно ставит под сомнение то, что субъективно воспринимается пациентом как положительные (удовлетворяющие) стороны его ситуации. Предлагаются альтернативы, альтернативные способы достичь той же цели, однако, не прибегая к психотическим симптомам и не изолируя себя от других. Например, в некоторых случаях спасают упражнения или освежающая прогулка в парке, приятная музыка, – или иные формы вовлечения в рекреационную активность, приносящую удовольствие (посещение бассейна, выращивание цветов на садовом участке и т.п.).

Ведущий обозначает ключевые факторы, способствующие изменению, и те, что удерживают от изменений – «толкающую» и «тормозящую» силы в динамике действий пациента. Первая – это стремление к достижению. Вторая – это риск дестабилизации состояния, скованность негативным прошлым опытом, разного рода внутренние барьеры. Путем «развития расхождения» между текущим положением дел и поведением – и более притяга-

тельными возможностями, пациент обретает мотивацию к изменению, желая снизить это расхождение или противоречие.

Ведущий: «Все это как будто бы вас удовлетворяет, но все это – до поры до времени, потом может стать хуже, поэтому нужно уже сейчас что-то делать...», «Вы также говорили о других возможностях, которые можно использовать, чтобы стало лучше: включить музыку или совершить прогулку, или, наконец, выйти на балкон и покурить».

Блок 3. Стремления и эффективность

Общие цели:

1. Продолжить линию на развитие расхождения.
2. Больше внимания уделить Я-эффективности – «Я могу» – соотношению возможностей пациента и сложности жизненной задачи.

Составляющие терапевтической активности:

1. Вводная часть и обзор предыдущего занятия.
2. Первичное обсуждение ожиданий пациента в связи с поведенческими изменениями.
3. Список устремлений.

После вводной части и обзора предыдущего занятия – переориентировать пациента, поддержать, усилить и подкрепить его прошлые успехи и достижения.

Ведущий: «Сегодня – поговорим о личных целях, которые вы ставите для себя на ближайшее будущее – и о том, как двигаться к ним».

Прежде следует затронуть и обсудить ожидания в связи с поведенческими изменениями, прояснить мотивацию к изменению у пациента, выяснить причины недостаточной мотивации.

Учебным материалом для данного блока служит листок «Шкала ожидания» (Приложение 1).

Ведущий: «Что изменилось с тех пор?»

Листок «Шкала ожидания» заполняется снова и сравнивается с первоначальным вариантом. Обсуждаются изменения или их отсутствие, помечаемые на листке карандашами или фломастерами разного цвета. Важно обратить внимание на то, почему произошли, пусть малые, но изменения к лучшему.

Далее применяется следующий прием: «Мои цели и устремления».

Учебным материалом для данного блока служит листок «Мои цели и устремления» (Приложение 3).

Цель данного приема – развить расхождение между будущим «с» изменениями и «без» изменений. Ведущий помогает пациенту вербализовать как личные устремления, так и возможные негативные моменты текущего (без изменений) состояния в плане их влияния на достижение той или иной цели или продвижение к ней.

Пациент называет и записывает 1–3 личных цели на ближайший год.

Ведущий помогает ему сформулировать цели. Учитывая реалии болезни, вполне возможно, что пациент поставит перед собою цели бредовые или слишком амбициозные. Даже в таких случаях рабо-

та (условием которой является временное принятие терапевтом цели, пусть и бредовой) позволяет вскрыть более глубокие и серьезные устремления. Это лучше, нежели прямо указать пациенту на «нереалистичность» его цели и тем самым подорвать его эмоциональный порыв.

Потери при шизофрении, ущерб, который нанесла болезнь, – все это так или иначе должно отражаться на постановке целей: негативные симптомы, включающие недостаток воли и апатию; ограничения в плане когнитивного функционирования (абстрактного мышления), без чего невозможно планирование и постановка дистантных целей и осуществление промежуточных шагов по направлению к их достижению; дефицитный по сравнению с нормой личный опыт в плане успешного планирования и постановки целей, а также последующего их достижения; весьма ограниченный ресурс социальной и иной внешней поддержки. В последнем случае имеем своего рода «ниспадающую спираль» – бедные социальные навыки и обедненное, недостаточно стимулирующее социальное окружение, негативно подкрепляющие друг друга.

Часто пациент формулирует свою цель весьма тривиально – как «снятие симптомов». Здесь необходимо выяснить, почему эти симптомы столь нежелательны, чему конкретно и каким образом они мешают (работе, учебе, ведению домашнего хозяйства, личной жизни). При этом может оказаться, что имеются «обходные пути», и цель может быть достигнута без нереалистичного на данный момент или невозможного в некоторых случаях «избавления от болезни» и «полного выздоровления». Иногда надо просто заместить деятельность, оказавшуюся заблокированной «симптомом», другой, более перспективной – разумно переключиться на другие приемлемые каналы, увидеть перспективу.

Человеку психологически легче и комфортнее двигаться в сторону чего-то привлекательного («приближение мотивации»), нежели осуществлять движение, стараясь избежать чего-то неприятного и малопривлекательного («избегание мотивации»). Если предыдущее упражнение, «Баланс решения», фокусируется на предшествующем опыте пациента (на «за» и «против» в плане сохранения прежнего образа жизни), – то данное упражнение фокусируется на возможностях, которые прекращение прежнего образа жизни может предоставить, на ориентированных на будущее возможностях пациента.

Мотивирующие сентенции типа «Если я прекращу так вести себя, мне станет лучше» для пациента становятся предпочтительнее сентенций типа «Если я буду продолжать так вести себя, мне станет хуже». Ибо каждый рецидив – это вероятная госпитализация, несколько недель или месяцев болезненного состояния. Все это неизбежно приводит к осложнениям в учебе, к потере работы, разрушению отношений с окружающими, социальному отчуждению [1].

Если пациенту особенно трудно выразить и сформулировать цель, то ему можно предложить выбрать цель из предлагаемого списка. Например, улучшение в плане симптомов, отсутствие обострений, отсутствие госпитализаций, большая автономия и самостоятельность, самостоятельный образ жизни, проживание отдельно от родителей, улучшение общего состояния здоровья, возможность учебы или работы (частичная или полная занятость), улучшения в плане отношений с близкими, наличие дружеских связей, успехи и продвижение в какой-либо значимой для пациента активности, хобби (научиться чему-либо – иностранному языку, танцу фламенко, вязанию макраме, искусству аранжировки цветов) и т.п.

Предлагаемый ведущим список целей должен быть релевантным данной клинической группе. Речь идет прежде всего о различных проблемных группах больных [1, 2]: больные на начальном этапе шизофрении; больные с частыми госпитализациями; больные с неустойчивой трудовой адаптацией; одинокие больные шизофренией; больные с чрезмерно длительным пребыванием в больнице.

Чтобы стимулировать у пациента той или иной проблемной группы потребность в достижении, необходимо подбирать жизненные задачи средней трудности (не слишком легкие и не слишком трудные). Именно тогда возможна ситуация успеха. Постановка слишком высоких целей и стремление приблизиться к ним создает ситуацию неуспеха, дискомфорта, продуцирует целый спектр негативных состояний. Так, например, для одиноких больных-хроников среднего и пожилого возраста жизненные задачи могут быть примерно такими: своевременность обращения к врачу, который для больного подчас служит суррогатом близкого человека, всяческая стимуляция социальных и гигиенических навыков, культ ухоженности и комфортного быта.

Следует отражать и поддерживать само-мотивирующие предложения, особенно содержащие и отражающие Я-эффективность («Я могу» – соотношение возможностей человека и сложности жизненной задачи).

Ведущий: «Что нужно изменить в жизни, чтобы Вы нашли работу?»

Пациент: «Должна быть ясность в голове, в моих мозгах. Чтобы я не подвел, чтобы на меня можно было положиться».

Ведущий: «Вы сказали: «на меня можно положиться»...»

Пациент: «Да-да! Чтобы я смог приходить на работу каждый день».

Ведущий: «В следующий раз мы поговорим о том, как сделать первый шаг в нужном направлении».

Блок 4. Цели, план действий

Общие цели:

1. Поддерживать мотивационные заслуги пациента и его Я-эффективность.

2. Предоставить пациенту ясный план действий.

Составляющие терапевтической активности:

1. Обзор метода.

2. Выявить цели и разработать в письменном виде план действий.

Позиция ведущего – уважительное отношение к автономии пациента и его свободе выбрать собственную программу действий, включая решение не принимать никаких действий. У пациента должна быть возможность продолжить начатые на занятиях обсуждения и в дальнейшем – с человеком, которого он уважает, и авторитет которого он признает (психиатр, психолог, друг).

Если цель пациентом выбрана, следует определить пути ее достижения и возможные ресурсы, на которые он может полагаться. Именно ведущий помогает пациенту по-новому взглянуть на себя и свою жизнь, включить внутренние ресурсы, привести в действие систему мотивации, развить личностный потенциал, правильно позиционировать себя.

К цели следует двигаться маленькими шагами, не стимулируя чрезмерно пациента и не вызывая тем самым у него «реакции капитуляции». Пациента постепенно подводят к открытию положительных аспектов жизни. Далее следует поддержать мотивационные изменения, периодически подводя итоги.

Учебным материалом для данного блока служит листок «Следующие шаги» (Приложение 4).

В дополнение к этому используются другие учебные материалы: листки «Шкала ожиданий», «Баланс решений», «Мои цели и устремления».

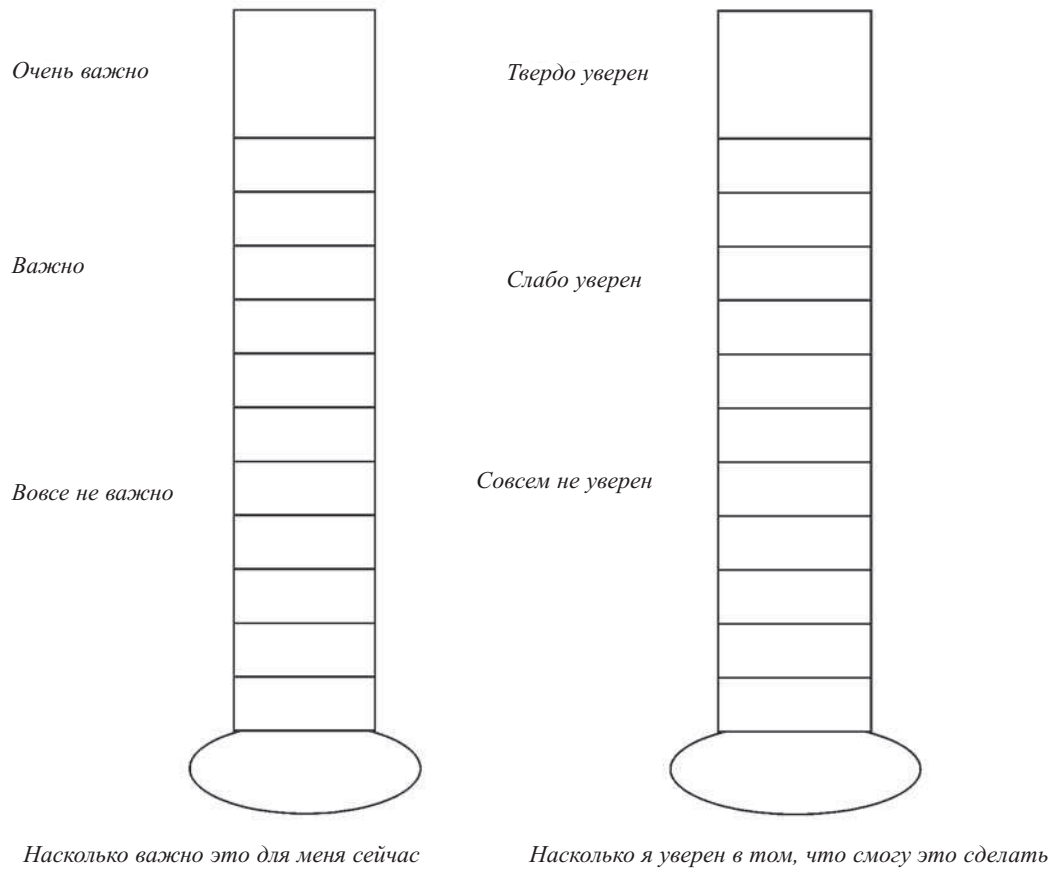
Основное содержание занятия посвящается выявлению цели (или целей) и разработке письменного плана действий. Пациент идентифицирует и проясняет свои, индивидуальные, и, по возможности, реалистические цели, которые с большой вероятностью достижимы. Ведущий помогает ему разработать план действий, включить возможности внешней поддержки и мобилизацию внутренних ресурсов, помогает ему продвигаться за пределами системы психиатрической помощи, где можно получить значимые, социально ценные роли. Ведущий помогает пациенту предвосхищать возможные барьеры и проблемы на его пути, и намечает пути их преодоления и разрешения.

Пациенты различаются в плане «социальных притязаний». Их жизненные планы могут быть различной степени конкретности, начиная от смутных стремлений и надежд, и кончая вполне ясными и четкими целями (например, восстановиться в институте, продолжить образование, повысить свой заработок и т.п.). Совокупность ближних и дальних, частных и общих целей, которые пациент (его ближайшее окружение, профессионалы) считает реально достижимыми, и образует перспективу его жизни, ее программу. Заключительная часть занятия посвящается консолидации «социальных притязаний» и мотивационных устремлений пациента.

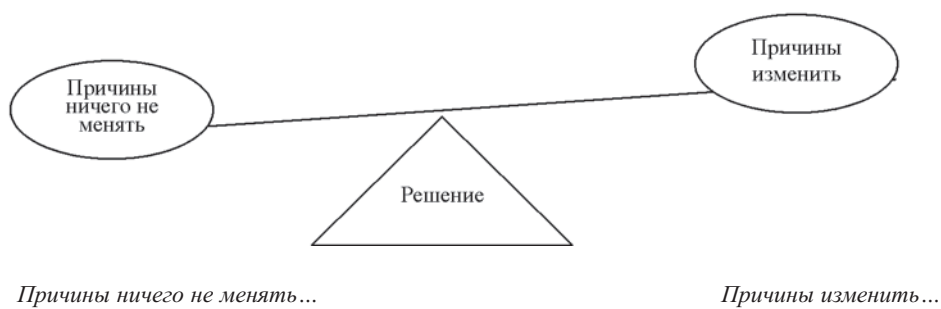
Приложение 1

Инструкция: Пожалуйста, пометьте Ваши чувства (мнение) на предмет возможности изменить что-то в Вашей жизни, что именно: _____

Для каждой шкалы крестиком отметьте положение на сегодняшний день.



Приложение 2



1.		1.	
2.		2.	
3.		3.	
4.		4.	
5.		5.	

Приложение 3

Мои цели

Инструкция: Пожалуйста, назовите (перечислите) некоторые цели, на которые могут или не могут повлиять те изменения, что Вы внесете в свою жизнь.

Например:

Перечислите, что Вы хотите завершить, достичь, приобрести для себя в ближайшем будущем?

Или

Назовите нечто, что Вы цените и чего хотите достичь.

Цель 1 _____

Вероятность того, что это случится, если я изменю свою жизнь (внесу в свою жизнь изменения)

Маловероятно __ Есть определенная вероятность __ Высоко вероятно __

Цель 2 _____

Вероятность того, что это случится, если я изменю свою жизнь (внесу в свою жизнь изменения)

Маловероятно __ Есть определенная вероятность __ Высоко вероятно __

Цель 3 _____

Вероятность того, что это случится, если я изменю свою жизнь (внесу в свою жизнь изменения)

Маловероятно __ Есть определенная вероятность __ Высоко вероятно __

Приложение 4

Что делать, начиная с этого момента?

Цель:**Каким я хочу себя видеть в будущем**

Примеры:

Причины, почему эта цель важна для меня:

Примеры:

- См. мой лист «Баланс решения», там я все указал
- См. мой лист «Мои цели и устремления», там я все указал
- Другие причины: здоровье, самооценка, положительный образ Я, автономия, дом, работа, отношения, симптомы и проявления болезни

Следующие шаги

Шаги, которые я планирую предпринять:

Примеры:

- продолжить обсуждение этой темы с моим психиатром
- получить информацию, узнать больше о возможностях лечения (о лечебных опциях)
- посещать психосоциальную терапию в группах
- посещать группу самопомощи
- посещать Клуб для пациентов
- найти человека, который сможет понять и поддержать меня
- стараться избегать ситуаций, связанных с риском обострения (например, не встречаться с представителями секты Свидетели Иеговы, ...)
- стараться больше общаться с людьми, находящимися вне круга психиатрической больницы и диспансера (например, с друзьями школьных и студенческих лет, товарищами по работе и т.п.)
- найти здоровые способы получения удовольствия от жизни (например, хобби, фильмы, прогулки, спорт, вечера для тех, кому за 30 ...)

Как другие люди смогут помочь мне:

Примеры:

- друзья, близкие, семья
 - в моем присутствии не будут напоминать мне о том плохом, что со мной было

– кто-то из них станет тем человеком, которому я смогу позвонить, когда будет трудно, когда столкнусь с проблемой, которую не смогу решить самостоятельно, когда будет нужна подсказка
– среди них будут люди, с которыми я смогу обсудить свое продвижение и свои успехи, и то, как я себя чувствую

• психиатр

– с ним я смогу говорить о болезни, обсуждать свое состояние и получать от него нужную и важную для меня информацию

• психолог, социальный работник

– поможет выявить те факторы и ситуации, которые чаще всего способствуют обострению и ухудшению моего состояния

– подскажет мне, что говорить и как поступить в сложной жизненной ситуации (например, как сказать «нет», как отказаться, не обидев при этом человека; как отказаться, когда зовут в секту опять; что делать и как себя вести, если соседи обзывают «психом» и т.п.)

– поможет мне в плане поиска работы – подскажет, как вести себя при приеме на работу

Что может помешать моим планам:

Примеры:

- проблемы с транспортом, когда трудно добираться до места учебы, работы и т.п.
- жилищные трудности (ничего надеть, нет подходящего костюма, не могу купить компьютер, швейную машинку, вязальный станок, занятия в институте начинаются слишком рано для меня – не могу встать вовремя)
- неприятные ситуации (наплывающие на меня негативные чувства, перепады настроения, лень, одиночество, депрессия и т. п.)
- избыток свободного времени, скука, пустота в голове

Как я смогу преодолеть эти барьеры:

Примеры:

- практиковать то, чему я научился на этих и других занятиях по психосоциальному тренингу навыков (например, как «перебить» плохое настроение, отвлечься, вспомнить о хорошем, сделать вид, что ничего не произошло и начать с чистого листа)
- поговорить с близким человеком, мамой или другом, специалистом, когда наступает депрессия

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я. Сберегающе-превентивная психосоциальная реабилитация // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 1. С. 5–9.
2. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. Выздоровление при шизофрении. Концепция «Recovery» // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 2. С. 7–14.
3. 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.
4. Кириллова М.Г., Курек Н.С. Эмоции и мотивация больных шизофренией в ситуациях кооперации и конкуренции // Психологический журнал. 2002. Т. 23, № 5. С. 80–99.
5. Коченов М.М., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении. М., 1978.
6. Курек Н.С. Экспериментально-психологическое исследование некоторых аспектов снижения активности у больных шизофренией // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1979. № 12. С. 71–74.
7. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. 1990.
8. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / Под ред. В.П.Критской, Т.К.Мелешко, Ю.Ф.Полякова. М.: Изд-во МГУ, 1991. 256 с.
9. Семенова Н.Д., Сальникова Л.И. Психосоциальное образование в психиатрии // Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация. М., 2004. С. 174–188.
10. Семенова Н.Д. Мотивационные факторы и психосоциальная терапия шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 2. С. 76–82.
11. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. Т. 2. / Под ред. Б.М.Величковского. М.: Педагогика, 1986.
12. Addington J. Group treatment for smoking cessation among persons with schizophrenia // Psychiatric Services. 1998. Vol. 49. P. 925–928.
13. Amelang M., Schmidt-Atzert L., Zielinski W. Psychologische Diagnostik und Intervention. Heidelberg: Springer, 2006.
14. Anthony W.A. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s // Psychosoc. Rehab. J. 1993. Vol. 16. P. 11–23.
15. Boydell K.M., Gladstone B.M., Volpe T. Interpreting narratives of motivation and schizophrenia: A Biopsychological understanding // Psychiatric Rehab. J. 2003. Vol. 26, N 4. P. 422–424.
16. Carey K.B., Purnine D.M., Maisto S.A., Carey M.P. Enhancing readiness-to-change substance abuse in persons with schizophrenia // Behav. Modification. 2001. Vol. 25, N 3. P. 331–384.
17. 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.
18. Corrigan P.W. Toward an integrative, structural model of psychiatric rehabilitation // Psychiatric Rehab. J. 2003. Vol. 26, N 4. P. 346–358.
19. Corrigan P.W., McCracken S.G., Holmes E.P. Motivational interviews as goal assessment for persons with psychiatric disability // Comm. Mental Health J. 2001. Vol. 37, N 2. P. 113–122.
20. Eysenk M.W. Psychology. Psychology Press, 2000.
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. 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.
23. 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.
24. Miller W.R., Rollnick S. Motivational Interviewing. New York: Guilford Press, 2002.
25. Mueser K.T. et al. The Illness Management and Recovery Program: Rationale, development, and preliminary findings // Schizophr. Bull. 2006. Vol. 32. P. S32–S43.
26. Prochaska J.O., DiClementi C.C. The Transpersonal approach: Crossing the traditional boundaries of therapy. Homewood, Ill: Dow-Jones/Irwin, 1984.
27. Recto N.A. Cognitive-behavioral therapy for severe mental disorders // Can. J. Psychiatry. 2005. Vol. 50, N 5. P. 245–246.
28. Sibitz I., Goessker 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.

МЕТОДИКА ДЛЯ МОТИВИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ К ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**Н. Д. Семенова**

В статье описывается состоящее из 4-х функциональных блоков вмешательство, разработанное для пациентов с шизофренией и предлагаемое как дополнительный модуль лечебной программы. Данное вмешательство нацелено на создание условий, способствующих мотивации к изменению неадаптивных форм поведения и к движе-

нию пациента вперед в плане контроля над болезнью и активного вовлечения в психосоциальные мероприятия с целью реабилитации.

Ключевые слова: шизофрения, мотивация, психосоциальная терапия, психосоциальная реабилитация, модель лечения с опорой на мотивацию.

METHOD FOR MOTIVATING PATIENTS FOR PSYCHOSOCIAL REHABILITATION**N. D. Semenova**

This article describes a four-functional block intervention designed for persons with schizophrenia, to be administered as an add-on module to supplement ongoing mental health treatment. The intervention is designed to enhance motivation to change maladaptive patterns of behavior, to

motivate patients to learn how to better manage their illness, and to facilitate engagement in psychosocial rehabilitation.

Key words: schizophrenia, motivation, psychosocial treatment, psychosocial rehabilitation, motivation-based treatment model.

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.com