

МОДУЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ МОТИВАЦИИ К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Н.Д. Семенова, И.Я. Гурович

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Психосоциальные вмешательства, идущие в русле берегающе-превентивной реабилитации в психиатрии [2], направлены на предупреждение социальной дезадаптации, сдерживание роста социальных потерь и социальное восстановление, а собственно «мотивирующие» вмешательства – призваны пробудить у пациента желание участвовать в психосоциальных мероприятиях. Лейтмотивом построенных таким образом программ служит: во-первых, сбережение имеющихся у пациента к данному конкретному моменту социальных достижений и позиций; во-вторых, превентивная работа по сохранению этих достижений. Именно так можно способствовать движению пациента в плане личностно-социального восстановления, движению, предполагающему и новые достижения [2–4].

Мотивация и ее производные играют особую роль в психиатрической реабилитации [14, 15, 19, 23]. Мотивацию к психосоциальной реабилитации можно определить как внутреннее относительно устойчивое стремление пациента к преодолению болезни, отражающее степень его готовности сберечь и сохранить социальные достижения и позиции, а в случаях их утраты, предпринять усилия к их восстановлению [2, 9].

Предлагаемый модуль ориентирован на пациентов с шизофренией с отсутствием или низкой вовлеченностью в психосоциальную терапию и психосоциальную реабилитацию, с наметившейся или уже очевидной тенденцией к утрате социальных достижений и социальных ролей, с низкой готовностью к изменению жизненного стереотипа и неадаптивных форм поведения (приспособление к болезни, поглощенность болезнью и т.п.).

Цель вмешательства – формирование у пациентов мотивации к реабилитации.

Задачи вмешательства: повышение осознания болезни (деструктивных тенденций шизофренического процесса) и связанного с этим социального снижения; повышение мотивации к изменению неадаптивных форм поведения; содействие движению пациента по пути сохранения социальных

достижений и позиций через контроль над болезнью и активное вовлечение в психосоциальные мероприятия.

Теоретические основания

Детерминированный клиникой шизофрении дефицит мотивации – предмет многочисленных исследований, как отечественных, так и зарубежных. При разработке модуля мы опирались на достижения современной психологии мотивации, исследования мотивации при шизофрении, мотивации в контексте лечебного и реабилитационного процессов [1, 5–7, 11–13, 17, 18, 24, 28, 29].

Прежде всего, это теории мотивации, хорошо зарекомендовавшие себя в мировой психиатрической практике: транс-теоретическая модель [28], теория самодетерминации [17, 29], интегральная модель лечебной мотивации [18]. Взаимно дополняя друг друга, эти теории предлагают наиболее полную концептуализацию мотивации [19], и именно в тех случаях, когда собственно лечение предполагает изменение жизненного стереотипа, поведения и стиля жизни пациента, его социальных функций, когда важны видимые (обозримые) показатели.

Ставя во главу угла эти изменения, данный модуль не отделяется от других видов психосоциальной терапии. Лишь подчеркивается, что лечение, имеющее целью поведенческие изменения, требует от пациента немалых встречных усилий – регулярно посещать занятия, активно участвовать в них, воздерживаться от проблемного поведения, практиковать на занятиях и в жизни новые виды поведения и т.п. Именно такое, контролируемое волевыми усилиями пациента, поведение необходимо, чтобы собственно лечение стало эффективным [18]. Мотивационный конструкт, лежащий в основе данного вмешательства, отличается от сходных, но не поведенческих по своей природе мотивационных конструктов, включающих когнитивные и аффективные факторы («признание проблемы», «ожидания на предмет выхода», «удовлетворение лечением», «терапевтический альянс») [18] – то есть, от случаев, когда сам

пациент выражает желание изменить существующее положение дел, однако не может начать действовать, не предпринимает конкретных шагов в направлении изменения.

Основываясь на вышесказанном, выделим искомые компоненты поведения, которые следует принять во внимание в попытке оценить эффективность работы пациента по данному модулю: участие в программе (посещает ли пациент занятия); пунктуальность и ответственность (опаздывает ли пациент на занятия); конструктивное использование занятия (поднимает ли пациент важные вопросы); использует ли советы и пояснения ведущего; фокусируется ли на решении конкретных проблем и на изменении поведения; проявляет ли открытость (касательно своего поведения и событий своей жизни); предпринимает ли усилия по изменению поведения на занятиях; предпринимает ли усилия по улучшению социальной, рабочей или учебной ситуации; предпринимает ли усилия по улучшению ситуации дома; предпринимает ли усилия по улучшению отношений с близкими; предпринимает ли усилия по улучшению социальной жизни и правильно ли распоряжается свободным временем; следует ли своей цели, переводит ли цель в поведенческие акты.

Именно такое поведение пациента будет способствовать мотивации к реабилитации и личностно-социальному восстановлению и обеспечит почву для появления новых (отличных от потребностных) мотивационных образований, которые мы называем «более высокой реабилитационной целью» [2].

При реализации модуля используются техники, способствующие повышению *Я-эффективности* пациента. Конструкт *Я-эффективность* [13] существенным образом влияет на мотивационные процессы и опирается на такие источники: опыт собственных успехов, вселяющие уверенность словесные убеждения (идущие со стороны или свои собственные), наблюдение за тем, как другие справляются с трудностями. В последнем случае речь идет о «моделировании» или опыте викарного (замещающего) обучения.

Взяты на вооружение также принципы и приемы обучения, исключающего ошибки при выполнении заданий (*errorless learning*) [20], широко используемые в современной практике психосоциальной реабилитации [30]. Желаемые реакции, получаемые через поэтапное повышение уровня сложности задачи, в определенной мере компенсируют когнитивные нарушения и позволяют добиться более прочных навыков по сравнению с теми, что получил бы пациент методом «проб и ошибок». Перед пациентом ставится задача (например, взять на себя ту или иную роль в ходе занятия) – и далее поэтапно повышается уровень ее сложности. Положительный опыт подкрепляется и сохраняется на каждом уровне, и вкуче с богатым репертуаром позитивного подкрепления (поддержка ведущего и группы) – как раз и

повышает *Я-эффективность*, подталкивая пациента к практическому освоению ролевых функций и социальных позиций в жизни.

Постановка целей – ключевая часть мотивационного процесса [11, 12, 16]. На занятиях в рамках модуля цели обсуждаются всесторонне, прорабатываются различные их параметры: трудность, содержательное разнообразие, конкретность, близость или отдаленность, социально-адаптирующее влияние [1, 11]. Поставив перед пациентом задачу с характеристиками, соответствующими его способностям и психологической готовности к «провалу», можно повысить мотивацию к ее выполнению.

Формированию мотивации пациента к реабилитации отвечает следующая «сквозная линия» воздействий. Во-первых, это мотивация к психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации, поскольку психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация – это путь к выздоровлению. Во-вторых, это социальные роли и социальные позиции. Утрата ролей – сопровождение иных утрат, характерных для болезни, таких как потеря работы, оставление учебы, изменение устойчивого и значимого положения в семье, регресс в плане бытовых навыков и т.п. В-третьих, это используемые в процессе занятий техники и приемы, опирающиеся на теории, относящиеся к большому домену «мотивация» (транс-теоретическая модель, теория само-детерминации, интегральная модель лечебной мотивации), а также на отдельные конструкты – конструкт *Я-эффективность*, принципы «мотивирующей беседы», приемы «*errorless learning*», приемы и навыки реалистического целеполагания [10, 21, 22, 27].

Техники и приемы, используемые в процессе занятий – это ответ на вопрос «как?». Как следовать первым двум линиям – «мотивация» и «социальные роли и социальные позиции»? Как вовлечь пациентов в психосоциальную терапию/реабилитацию? Как изменить сложившийся под влиянием болезни жизненный стереотип? Как правильно ставить цели? Как с одного уровня функционирования перейти на другой, более высокий (не залеживаться в постели, справляться с болезнью, ставить цели, быть продуктивным и т.д.)? Опора на принципы «*errorless learning*» позволяет определить некий стартовый уровень социального функционирования пациента. С него он начинает движение, будто взбираясь по ступенькам лестницы с малым «шагом». Успех на завоеванном уровне подкрепляется поддержкой со стороны группы. Обратная связь при этом – *адресная*, данная в нужное время и подкрепленная реальными достижениями пациента [31].

Концептуализацию собственно движения пациента дает транс-теоретическая модель – от готовности и принятия решения, к подготовке к его осуществлению, выдержке, и возможному рецидиву, «срыву» на прежний уровень. Вероятность «вто-

рой попытки» при этом уже возрастает – группа «помнит» успех пациента и поддержит его в новой попытке удержаться.

Таким образом, мотивация к психосоциальной реабилитации рассматривается как динамическое и многоуровневое образование. В формате группы посредством мотивирующих вмешательств осуществляется воздействие, складывающееся из внешних побудительных воздействий на пациента и из разного рода *мотивационных взаимодействий* (эмоциональное вовлечение, мотивирующий диалог и др.). В качестве побудительной системы, *мотивирующей* пациента, выступает и терапевтическая среда, в которой находится пациент.

Организация и проведение занятий по модулю

Организация занятий, процедура и условия их проведения – в целом соотносятся с общим форматом групповых занятий в рамках психосоциальной терапии и реабилитации [8]. Вместе с тем, здесь наличествует указанная выше «сквозная линия» – она проходит через все фазы цикла, меняется в деталях и второстепенных звеньях, но не теряет своей сердцевины.

В предшествующей версии модуля [10] процедура вмешательства описывалась как состоящая из 4-х функциональных блоков; было подробно раскрыто их содержание и приведены учебные материалы: листок «Шкала ожиданий», листок «Баланс решения», листок «Мои цели и устремления», листок «Следующие шаги».

Данную версию модуля мы представим в виде двух этапов: этап установочный (занятия с 1 по 3) и этап собственно мотивирующий – как процесс, рассчитанный на большее число занятий и направленный на формирование мотивации к психосоциальной реабилитации (занятия с 4 по 10). Программа вмешательства представляет собой цикл из 10 занятий, и в ней используются те же учебные материалы. Установочный этап включает следующее: опору на сохраненные стороны личности пациентов, на их «увлечения» и знания; поиск лидера среди пациентов как ролевой модели с последующим викарным обучением; опору на фактор группы, «объединительные процедуры» и обратную связь, идущую от группы. Собственно мотивирующий этап направлен на формирование мотивации к психосоциальной реабилитации. Он призван (в той или иной мере) восстановить стоящую над потребностными механизмами побуждения мотивирующую систему пациента, которая «размывается», ослабевает и угасает по мере прогрессирования болезни.

Содержание занятий

Занятие 1.

Задачи: Общая активизация, установление терапевтического контакта и формирование установки на совместную работу по программе занятий.

Следует дать понять больным, что групповые мероприятия являются интегральной частью лечебных программ, и «возвращение в жизнь» возможно именно при сочетании методов психофармакологического лечения и психосоциальных мероприятий.

Активное вовлечение в занятия должно опираться на остаточные силы и умения больных, их склонности и «увлечения» (выявленные ранее, а также в ходе занятия). Вводя прием «рондо» (высказывания по кругу), ведущий спрашивает пациентов об их увлечениях. Важно «нащупать» тему (так или иначе связанную с «хорошим», с «увлечениями»), обсуждение которой может вовлечь максимальное число участников.

Пациенты группы могут различаться в плане социальной дезадаптации, наличия вредных стереотипов поведения. С самого начала следует выделять пациентов с «малыми» достижениями по тем или иным линиям, так, чтобы каждый участник смог увидеть хотя бы один положительный пример. Безопасная атмосфера, поддержка, элементы «игры» используются как заложенные в групповой процесс мотивирующие факторы.

Занятие 2.

Задачи: Формирование установки на совместную работу по программе занятий. Поощрение деятельности пациентов в рамках социальных норм и наращивание «ролевого диапазона» участников. Проработка учебного материала – листок «Шкала ожиданий».

Поощрение деятельности пациентов в рамках социальных норм предполагает: во-первых, структурирование взаимодействий в группе, соблюдение порядка и очередности высказываний и т.п.; во-вторых, введение в действие фактора ответственности перед группой. Группа в некотором смысле дисциплинирует пациентов с признаками снижения, проявляющимися в утрате гигиенических навыков и т.п. Стационар и одинокая жизнь с минимальными социальными контактами – это сферы, где такое снижение вполне допустимо и проходит незамеченным. Группа бросает этому вызов. Приходя на занятия, пациент стремится выглядеть опрятно. Вместе с этим, расширяется и его ролевой диапазон: появляется первая из дополнительных ролей – роль «участника группы» – предполагающая взятие на себя обязательств.

После того, как в группе устанавливается рабочая атмосфера, участникам предлагается учебный материал – листок «Шкала ожиданий»: что конкретно пациент желает изменить в жизни, насколько это важно для него, насколько он уверен в том, что сможет это сделать.

Ответственность перед группой подкрепляется и усиливается домашним заданием: 1) придумать девиз (речевку) группы; 2) подумать о том, кого из участников выдвинуть на роль «старосты».

Занятие 3.

Задачи: Проведение занятия с опорой на стимулирующую роль пациентов с успехами и достиже-

ниями («староста» группы). Проработка учебного материала – упражнение «Баланс решения».

На занятии выбирается «староста» группы, и ведущий делегирует ему ряд полномочий. «Староста» выступает как ролевая модель – это самый надежный и ответственный участник, «старший брат» в «семье».

Ведущий далее знакомит участников с упражнением «Баланс решения». «Раскачивание весов принятия решения» начинается с «за» и «против» сохранения текущего состояния. Далее участники продвигаются к «за» и «против» – в плане изменения ситуации, движения вперед. Данное упражнение отражает движущие противоречия развития личности. Психотическая симптоматика, «уход в болезнь» (ролевое сужение, утрата социальных функций и социальных ролей) – это дефектное разрешение противоречий между желаемым и возможным. Тогда как движение по пути личностно-социального восстановления (а именно это и стимулируется в процессе работы по модулю) направляет пациента к реальной деятельности, деятельности по линии конкретных достижений.

Занятие 4.

Задачи: Продолжение работы над учебным материалом – упражнение «Баланс решения». Практическое (ступенчатое) освоение пациентами приближенных к прежним или новых для них ролевых функций и социальных позиций.

Следует особо выделить пациентов, которым удалось использовать в реальной жизни новые способы поведения. Основное содержание занятия можно посвятить разбору этих случаев. Непосредственные успехи и достижения и связанный с этим эмоциональный подъем конкретного пациента стоят выше необходимости жестко следовать плану занятия.

Далее ведущий может вернуться к работе по линии «Баланс решения». Регрессивный трудовой маршрут, поиск менее утомительных видов и условий труда – это мотивация по типу «избегания». Следует открыть пациентам привлекательные стороны новой жизни и попытаться изменить знак их мотивации – двигаться в сторону чего-то привлекательного («приближение»). Важен отказ от сиюминутного, близкого и доступного, но социально малоценного в пользу отдаленного, но социально ценного.

Работа в группе является началом такого движения – прекрасным полем для отработки планов и действий по практическому освоению приближенных к прежним или новых для пациента ролевых функций и социальных позиций. При этом обсуждение в группе должно быть предметным и не сводиться лишь к вдохновляющим призывам ведущего.

Занятия 5–7.

Задачи: Продолжение практического освоения пациентами приближенных к прежним или новых для них ролевых функций и социальных позиций. Постановка целей. Проведение занятий с двойкой

опорой на группу: 1) группа как внешний мотивирующий фактор; 2) группа как «мотивирующая среда».

После приветствия и вводного слова ведущего, в случайном порядке выбирается «ведущий» данного занятия группы. Пациенту предлагается взять на себя роль и смоделировать деятельность, реально существующую в жизни. В течение определенного времени (примерно 60% общего времени занятия) участник самостоятельно проводит занятие. Роль «лидера» – это укрепление *Я-эффективности* в его практической реализации, это элемент практического освоения (приближенных к прежним или новых для некоторых пациентов) ролевых функций и социальных позиций. В конце занятия участники оценивают сильные стороны лидера и указывают на те области, где ему надо «совершенствоваться».

Ведущий приступает к реализации задач, касающихся постановки целей, движения к цели. Пациенты выделяют и заносят в бланк несколько (1–3) личных целей на ближайшее будущее. Ведущий помогает сформулировать цели, особо выделяя пациентов, проявляющих «предрасположенность» к личностно-социальному восстановлению. Попутно обсуждаются возможные барьеры на пути к достижению цели.

Практическая реализация конструкта *Я-эффективности* продолжается и на последующих занятиях (занятие 6 и занятие 7), где другие участники также выступают в роли «ведущих», для остальных же важен опыт викарного обучения.

На каждом занятии пациент должен продвигаться вперед, что-то добавлять к сказанному ранее в плане своих достижений. Например, «Я стала ходить в бассейн». – Что изменилось за это время? – «Продолжаю ходить в бассейн. Но если раньше я ходила только с мамой и от случая к случаю, то теперь хожу сама и делаю это регулярно». Эта линия конкретных достижений всячески подчеркивается и закрепляется от занятия к занятию. Постановка новых целей и их реализация – не только тренинг волевых усилий, но и опыт достижений, усиливающий веру в свои силы и позволяющий осознать преимущества своего положения при восстановлении тех или иных социальных функций и позиций.

Пациентам предлагаются домашние задания: 1) листок «Шкала ожиданий» – следует еще раз заполнить листок и сравнить первоначальные показатели (занятие 2) с нынешними (занятие 5, 6, 7); 2) листок «Мои цели и устремления» – следует продолжить и завершить работу над заданием самостоятельно.

Занятия 8–10.

Задачи: Закрепление и поддержка «главной линии» – социального восстановления, стремления вернуться к полноценной жизни.

Занятия данного блока по своему качеству отличаются от начальных. Содержательно и процессуально они стоят выше «группы поддержки»: пациенту необходимо перевести «привитые» на занятиях

навыки целеполагания в реальные действия в конкретных жизненных ситуациях.

В группе обсуждаются «барьеры» на этом пути и указывается на важность удерживать достижения. В этой связи участников информируют о системе поддержки, которой они могут воспользоваться в тех случаях, когда потребуется дополнительная помощь. Системы поддержки – необходимая составляющая многих программ психосоциальной реабилитации. Так, в программах метакогнитивного тренинга используются карточки (желтая и красная), которые получает пациент и применяет в труд-

ных ситуациях [25, 26]. В нашем случае важно, насколько доступны и отзывчивы будут те, к кому обратится пациент.

Завершение цикла занятий сопровождается подведением итогов. Выбор формы завершения также должен следовать линии на подкрепление достижений – например, награждение «победителей» в тех или иных «номинациях» и т.п. Далее предусмотрены и организуются катанестические встречи, на которых пациенты получают листки со списком контактов всех участников группы, а также полный комплект бланков, что использовался на занятиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гордеева Т.О. Мотивация достижения: теории, исследования, проблемы // Современная психология мотивации / Под ред. Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2002. С. 47–102.
2. Гурович И.Я. Сберегающе-превентивная психосоциальная реабилитация // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 1. С. 5–9.
3. 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.
4. 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.
5. Коченов М.М., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении. М., 1978.
6. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В.П.Критская, Т.К.Мелешко, Ю.Ф.Поляков. М.: Изд-во МГУ, 1991. 256 с.
7. Пятаева Е.Ю. Ситуативное развитие и уровни мотивации // «Вестник МГУ. Психология». 1983. № 4. С. 23–33.
8. Семенова Н.Д. Групповые психосоциальные методы работы с психически больными. Пособие для врачей, психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников. Министерство здравоохранения Российской Федерации. М., 2001.
9. Семенова Н.Д. Мотивационные факторы и психосоциальная терапия шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 2. С. 76–83.
10. Семенова Н.Д. Психосоциальная методика для мотивирования пациентов // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 1. С. 52–64.
11. Современная психология мотивации / Под ред. Д.А.Леонтьева. М.: Смысл, 2002.
12. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность: В 2 т. Пер. с нем. / Под ред. Б.М.Величковского. М.: Педагогика, 1986.
13. Bandura A. Going global with social cognitive theory // Donaldson S.I. Applied Psychology. New Frontiers and Rewarding Careers. Mahwah: Erlbaum Associates Publishers, 2006. P. 53–79.
14. 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.
15. Corrigan P.W. Toward an integrative, structural model of psychiatric rehabilitation // Psychiatr. Rehab. J. 2003. Vol. 26, N 4. P. 346–358.
16. 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.
17. Deci E.L., Ryan R.M. Self-determination theory: a macrotheory of human motivation, development, and health // Can. Psychol. 2008. Vol. 49. P. 182–185.
18. Drieschner K.H., Lammers S.M.M., Van der Staak C.P.F. Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept // Clin. Psychol. Rev. 2004. Vol. 23. P. 1115–1137.
19. Jochems E.C., Mulder C.L., van Dam A., Duivenvoorden H.J. A critical analysis of the utility and compatibility of motivation theories in psychiatric treatment // Curr. Psychiatry Rev. 2011. Vol. 7. P. 298–312.
20. Kern R.S., Green M.F., Mitchell S. et al. Extensions of errorless learning for social problem-solving deficits in schizophrenia // Am. J. Psychiatry. 2005. Vol. 162. P. 513–519.
21. Medalia A., Choi J. The role of motivation and engagement in successful cognitive training with schizophrenia patients // Schizophr. Bull. 2009. Vol. 35. P. 355.
22. Medalia A., Choi J. Motivational Enhancements in Schizophrenia // Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients: Basic Concepts and Treatment / V.Roder, A.Medalia (Eds.). 2010. P. 158–173.
23. Medalia A., Richardson R. What predicts a good response to cognitive remediation interventions? // Schizophr. Bull. 2005. Vol. 31, N 4. P. 942–953.
24. Miller W.R., Rollnick S. Motivational Interviewing. New York: Guilford Press, 2002.
25. Moritz S., Veckenstedt R., Bohn F. et al. Metacognitive training in schizophrenia. Theoretical rationale and administration // Social cognition in schizophrenia. From evidence to treatment / D.L.Roberts, D.L.Penn (Eds.). New York: Oxford University Press, 2013. P. 358–383.
26. Moritz S., Woodward T.S., Metacognition Study Group. Metacognitive Training for Patients with Schizophrenia (MCT). Manual. 2nd Edition. Hamburg: VanHam Campus Verlag, 2007.
27. Mueser K.T. et al. The Illness Management and Recovery Program: Rationale, development, and preliminary findings // Schizophr. Bull. 2007. Vol. 32. P. S32–S43.
28. Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C. In search of how people change: Applications to addictive behaviors // J. Addict. Nurs. 1992. Vol. 5, N 1. P. 2–16.
29. Ryan R.M., Deci E.L. A self-determination theory approach to psychotherapy: the motivational basis for effective change // Can. Psychol. 2008. Vol. 49. P. 186–193.
30. Sachs G., Winklbaur B., Jagsch R. et al. Training of affect recognition (TAR) in schizophrenia. Impact on functional outcome // Schizophr. Res. 2012. Vol. 138. P. 26–27.
31. Zimmerman B.J., Schunk D.H. Self-regulating intellectual processes and outcomes: a social cognitive perspective // Motivation, Emotion, and Cognition. Integrative Perspectives on Intellectual Functioning and Development / D.Y.Dai, R.J.Sternberg (Eds.). Mahwah: Erlbaum Associates Publishers, 2004. P. 323–349.

МОДУЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ МОТИВАЦИИ К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Н.Д. Семенова, И.Я. Гурович

Нарушения мотивации – одно из ключевых нарушений при шизофрении, отражающихся на функциональных показателях. В связи с этим, психологические вмешательства при шизофрении должны включать техники, стимулирующие мотивационные ресурсы пациентов.

Цель статьи – описать групповое вмешательство, предлагаемое как модуль формирования мотивации к реабилитации. Представлены тео-

ретические основания модуля, организационные аспекты и процедура проведения занятий, а также стратегия вмешательства в плане воздействия на мотивацию и связанные с ней факторы.

Ключевые слова: психосоциальные вмешательства при шизофрении, психосоциальная реабилитация, мотивация при шизофрении, терапевтические стратегии воздействия на мотивацию.

A MODULE OF MOTIVATIONAL ENHANCEMENT FOR REHABILITATION IN SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS PATIENTS

N.D. Semenova, I.Ya. Gurovich

Given that motivational impairment is a core feature of schizophrenia with significant functional implications, psychological interventions should therefore consider incorporating techniques to stimulate motivational abilities in patients with schizophrenia.

This paper aims to describe a motivational group intervention, to be administered as an add-on module to supplement ongoing mental health

treatment. Theoretical rationale and administration, as well as treatment strategy to address motivation to engage in psychosocial rehabilitation with its underlying factors are presented.

Key words: psychosocial treatments for schizophrenia, psychosocial rehabilitation, motivation in schizophrenia, treatment strategies to address motivation.

Семенова Наталья Дмитриевна – кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: niyami@yahoo.com

Гурович Исаак Яковлевич – профессор, доктор медицинских наук, руководитель отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи, заместитель директора по научной работе ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: prof.gurovich@gmail.com

Подписывайтесь на наш журнал
в местных почтовых отделениях связи

Индекс журнала 73358

Адрес редакции:

107076, МОСКВА, ПОТЕШНАЯ УЛ. 3,
МОСКОВСКИЙ НИИ ПСИХИАТРИИ МЗ РФ

РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА
«СОЦИАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ»

Тел. 963-76-63