

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания	6
Предисловие	12
Список сокращений и условных обозначений	14

Часть I. История становления психотерапии и ее место в обществе

Глава 1. История психотерапии (С.А. Подсадный)	19
Глава 2. Становление психотерапии в качестве самостоятельной медицинской специальности в Российской Федерации (А.В. Васильева, Т.А. Караваева)	41
Глава 3. Этические основы психотерапии и психологического консультирования (А.В. Шаболтас)	50
Глава 4. Этнокультурные аспекты психотерапии (Е.Л. Николаев)	60

Часть II. Основы психотерапии

Глава 5. Общие понятия и принципы психотерапии (А.В. Васильева, Т.А. Караваева, Н.Г. Незнанов, С.В. Полторак)	81
Глава 6. Психотерапевтический анамнез (А.В. Васильева, Т.А. Караваева)	95
Глава 7. Экспериментально-психологическая диагностика в психотерапии (Е.Б. Мизинова)	104
7.1. Психодиагностика познавательных процессов	106
7.2. Психодиагностика актуального эмоционального состояния	110
7.3. Психодиагностика личности	117
Глава 8. Мотивация к лечению как компонент психотерапевтического процесса (М.Ю. Сорокин)	133
Глава 9. Защитные механизмы и сопротивление терапии (А.И. Куликов)	146
Глава 10. Формы психотерапии	154
10.1. Индивидуальная психотерапия (Т.А. Караваева, А.В. Васильева)	154
10.2. Групповая психотерапия (Г.Л. Исурина)	160
10.3. Семейная психотерапия (А.Я. Варга, Г.Л. Будинайте)	194
10.4. Психотерапия средой (А.В. Васильева, Т.А. Караваева)	215
Глава 11. Психотерапия детей и подростков (М.Ю. Городнова)	227
Глава 12. Психотерапия лиц пожилого возраста (Е.Б. Мизинова, Т.А. Караваева, А.В. Васильева, Н.Г. Незнанов)	240
Глава 13. Соотношение психотерапии и фармакотерапии (А.В. Васильева, Т.А. Караваева, Н.Г. Незнанов, С.В. Полторак)	252
Глава 14. Использование новых технологий в психотерапии (А.В. Васильева, Т.А. Караваева, Н.Г. Незнанов, С.В. Полторак)	263
Глава 15. Балинтовские группы (В.А. Винокур)	271
Глава 16. Супервизия в психотерапии (С.А. Кулаков)	281
Глава 17. Психотерапия и психокоррекция синдрома эмоционального выгорания (Т.А. Караваева, В.В. Макаров, А.В. Яковлев)	308
Глава 18. Объективизация психотерапевтического процесса (Р.Д. Тукаев)	326
Глава 19. Оценка эффективности психотерапии (В.А. Абабков)	340

Часть III. Направления и методы психотерапии

Глава 20. Динамическое направление в психотерапии	357
20.1. Основные понятия динамического направления психотерапии (А.В. Васильева, Т.А. Караваева)	357
20.2. Основные принципы индивидуальной психоаналитической терапии (И.С. Лукина)	372
20.3. Групповой психоанализ (группанализ) (Я.О. Федоров).....	379
20.4. Динамическая психиатрия Г. Аммона как система психотерапевтического лечения психических расстройств (А.В. Васильева, Т.А. Караваева, Н.Г. Незнанов).....	393
20.5. Терапия на основе ментализации (А.А. Пичиков)	400
20.6. Психоанализ в России (принципы петербургской школы) (М.М. Решетников)	412
20.7. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (Г.Л. Исурина, Т.А. Караваева, А.В. Васильева, Е.Б. Мизинова)	424
20.8. Краткосрочная групповая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (Е.Б. Мизинова)	440
Глава 21. Когнитивно-поведенческое направление в психотерапии	445
21.1. Теория и этапы развития когнитивно-поведенческой психотерапии (А.В. Васильева, Т.А. Караваева)	445
21.2. Когнитивно-поведенческая психотерапия А.Т. Бека (Д.В. Ковпак)	467
21.3. Метакогнитивная терапия (Д.В. Ковпак)	492
21.4. Диалектическая бихевиоральная (поведенческая) терапия (Д.Ф. Пушкарев, А.А. Меньшикова)	501
21.5. Схема-терапия (А.В. Ялтонская, Н.В. Гегель, Д.А. Марьясова)	509
21.6. Психотерапия эмоциональных схем Р. Лихи (Д.В. Ковпак)	518
21.7. Терапия принятия и ответственности (Д.В. Ковпак)	539
Глава 22. Экзистенциально-гуманистическое направление в психотерапии	546
22.1. Экзистенциальная психотерапия (С.М. Бабин)	546
22.2. Логотерапия (Т.А. Караваева, А.В. Васильева)	568
Глава 23. Гештальт-психотерапия (Л.Л. Третьяк)	577
Глава 24. Транзактный анализ (Д.И. Шустов, Т.В. Агибалова, Е.Ю. Абриталин, О.Д. Тучина)	591
Глава 25. Гипнотерапия (Р.Д. Тукаев, М.Н. Гордеев)	601
Глава 26. Экспрессивные методы психотерапии	620
26.1. Театротерапия (А.Е. Строганов)	620
26.2. Арт-терапия (А.И. Копытин)	637
26.3. Музыкальная психотерапия (Т.Б. Резницкая, С.М. Бабин, А.В. Васильева) ...	662
26.4. Танцтерапия (А.В. Васильева, Т.А. Караваева)	674

Часть IV. Специальная психотерапия

Глава 27. Психотерапия невротических расстройств	681
27.1. Мишени психотерапии невротических расстройств (Т.А. Караваева, А.В. Васильева)	681
27.2. Психотерапия тревожных невротических расстройств (Т.А. Караваева, А.В. Васильева)	697

27.3. Психотерапия социальных фобий (Т.А. Караваева, А.В. Васильева, Е.Б. Мизинова)	707
27.4. Психотерапия обсессивно-компульсивных расстройств (Т.А. Караваева, А.В. Васильева, Е.Б. Мизинова)	723
27.5. Психотерапия посттравматического стрессового расстройства (А.В. Васильева, Т.А. Караваева)	730
27.6. Экстренная психологическая помощь пострадавшим при чрезвычайных ситуациях (Ю.С. Шойгу)	739
27.7. Психотерапия расстройств адаптации (Т.А. Караваева, А.В. Васильева)	750
27.8. Психотерапия расстройств телесных ощущений и диссоциативных расстройств (Е.Ю. Абриталин, М.Н. Гордеев)	756
27.9. Психотерапия неврастении (Т.А. Караваева, А.В. Васильева)	763
Глава 28. Психотерапия депрессивных расстройств (А.В. Васильева, Т.А. Караваева, Н.Г. Незнанов)	786
Глава 29. Психотерапия расстройств личности (А.В. Васильева, Т.А. Караваева)	803
Глава 30. Психотерапия суицидального поведения (А.А. Пичиков)	825
Глава 31. Психотерапия зависимостей (М.Ю. Городнова)	842
Глава 32. Психотерапия расстройств пищевого поведения (А.А. Пичиков)	871
Глава 33. Психотерапия психогенного переедания (А.В. Васильева, Т.А. Караваева, М.В. Фомичева)	888
Глава 34. Психотерапия нарушений сна (П.В. Пчелина, М.Г. Полуэктов)	898
Глава 35. Психотерапия сексуальных нарушений (А.И. Федорова)	909
Глава 36. Психотерапия в психосоматической медицине (А.В. Васильева, Т.А. Караваева, Н.Г. Незнанов)	928
Глава 37. Психотерапия в онкологии (Т.А. Караваева, А.В. Васильева, Т.Ю. Семиглазова)	939
Глава 38. Психотерапия пациентов с тяжелыми психическими расстройствами (Н.Б. Лутова, А.Н. Еричев)	955
Глава 39. Программы улучшения медикаментозного комплаенса больных, страдающих психическими расстройствами: социо- и психотерапия (Н.Б. Лутова)	976
Предметный указатель	986

ПРЕДИСЛОВИЕ

Это первое издание национального руководства по психотерапии, хотя следует отметить, что психотерапия как самостоятельная медицинская специальность в нашей стране существует не один десяток лет, ее история, этапы становления подробно освещаются на страницах данной книги. Определение здоровья как состояния полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствия болезней и физических дефектов, сформулированное в Преамбуле к Уставу Всемирной организации здравоохранения, принятому Международной конференцией здравоохранения еще в 1946 г., само по себе указывает на важную роль психотерапии в системе оказания помощи больным как с психическими расстройствами, так и с соматическими заболеваниями. Это понимание здоровья всегда было основой теоретической базы и практической работы ленинградской–санкт-петербургской школы психотерапии с ее оригинальным методом личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, ставшей наиболее каузально-ориентированным методом в нашей стране с большим объемом проведенных исследований, что дало возможность, как представить собственно метод, так и продемонстрировать на примере отдельных нозологий алгоритм выделения мишеней и организации психотерапевтического процесса при лечении конкретного расстройства.

С момента выхода в 1985 г. книги Б.Д. Карвасарского «Психотерапия», а затем изданной в 1999 г. под его редакцией первой «Психотерапевтической энциклопедии» прошло много лет. Специальность интенсивно развивалась, появились новые интересные отечественные методы. Активное международное сотрудничество позволило многим психотерапевтам пройти обучение, а в дальнейшем самим организовать преподавание по наиболее признанным психотерапевтическим методам за рубежом с достойной базой доказательных исследований. Широкая научная деятельность способствовала объединению лучших отечественных специалистов в блестящий авторский коллектив данного издания. Разделы, посвященные отдельным методам психотерапии, подготовлены руководителями соответствующих профессиональных психотерапевтических ассоциаций, институтов и кафедр, что дает им право на авторский стиль и терминологию в изложении соответствующего материала. Отказ от жестких рамочных унифицированных стандартов изложения позволил стать книге более содержательной и многогранной.

Для описания диагностического этапа, собственно нозоспецифических психотерапевтических методов были выделены отдельные главы. В них рассмотрены как отдельные психические расстройства, так и значимые немедицинские состояния, к примеру, синдром эмоционального выгорания, где своевременное применение психокоррекции является ключевым в профилактике психических нарушений.

В руководстве отдельно представлена специфика проведения психотерапии с лицами разных возрастных групп. В качестве иллюстраций были выбраны психологически наиболее сложные возрастные периоды, когда сам возраст может быть психотравмирующим фактором либо определять специфику реагирования на жизненные обстоятельства и психотерапевтические интервенции.

Сегодня активно развивается применение психотерапии в комплексном лечении соматических больных. Ограничения по объему руководства не позволили рассмотреть применение психотерапии во всех областях медицины. В качестве образца как наиболее значимая ее область была выбрана онкология, а описанные в данном разделе мишени и методы могут быть отчасти экстраполированы и на другие медицинские аспекты специальности.

Многие ведущие специалисты в области психического здоровья, как ученые, так и организаторы, и практики сходятся во мнении, что недостаточная изучен-

ность механизмов действия психотерапии и ее эффективности в большей степени связана с ограниченным финансированием необходимых для этого исследований. В психотерапии, как и в психофармакотерапии, также многие используемые методы и средства лечения вошли в рутинную клиническую практику задолго до эпохи доказательной медицины. Задачей будущего является подтверждение эффективности отечественного лечебного арсенала в соответствии с международными критериями доказательной медицины, поэтому в данное руководство включены наиболее признанные на основании профессионального консенсуса отечественные методы психотерапии, которые заняли свое значимое место в российском здравоохранении.

Перспективы использования новых технологий, в том числе искусственного интеллекта, также освещены в соответствующей главе издания.

Сегодня цифровая среда стала неотъемлемой частью нашей жизни и системы отношений. Цифровое поведение и поведение в цифровой среде открывают новые возможности для объективизации клинических проявлений психических нарушений и для повышения качества доказательных исследований в области психотерапии. В будущем необходимо будет найти баланс между проблемным использованием Интернета и включением элементов геймификации в лечебный процесс для повышения приверженности терапии. Возможности искусственного интеллекта активно используются в новых компьютеризированных психотерапевтических программах, что дает возможность обеспечить доступ к высококачественной психотерапии широким слоям населения независимо от региона проживания и существенно снизить затраты на лечение. Использование новых технологий открывает новые возможности по исследованию эффекта долговременной психотерапии.

Первое национальное руководство по психотерапии освещает широкий круг вопросов и представляет интерес как для психотерапевтов, так и для психиатров, организаторов здравоохранения, клинических психологов и всех, кто интересуется данной специальностью.

*А.В. Васильева, доктор медицинских наук,
Т.А. Караваева, доктор медицинских наук,
Н.Г. Незнанов, профессор, заслуженный деятель науки РФ*

Глава 8

Мотивация к лечению как компонент психотерапевтического процесса

Определение понятия. Детерминация форм поведения человека является предметом исследований как в психологии, так и в смежных с ней разделах медицины — психиатрии, наркологии, психотерапии. При этом взгляд на мотивационную сферу как центральный аспект психологии, определяющий особенности деятельности человека, длительное время остается консенсусным [32]. В рамках отечественной школы «Теории отношений личности», ее мотивационно-поведенческий компонент отражает индивидуальное взаимодействие человека с реальностью, субъективно преобразует действительность и обуславливает поведение внутренними или внешними личностными факторами [26]. В данном случае мотивы-стимулы побуждают и направляют деятельность человека, а смыслообразующие мотивы определяют субъективное значение поведения [18]. Таким образом, применительно к психотерапии, именно характер сочетания мотивов-стимулов, порождаемых через опредмечивание потребности, и личностных интересов в связи с актуальной потребностью организует иерархию мотивов [20, 32], тем самым определяет качество терапевтической мотивации.

Термин **«мотивация»** принято трактовать не только как совокупность потребности и инстинктов (источников активности), но и совокупность мотивов как причин, определяющих выбор направленности поведения; а также как механизмы регуляции динамики поведения, учитывающие эмоциональные проявления, субъективные переживания (стремления, желания и т.п.) и установки субъекта. Считается, что первым автором, который ввел в научный обиход термин мотивация, был А. Шопенгауэр, который в 1813 г. использовал его в значении энергизирующего и направляющего фактора каузальности поведения человека [11]. Тем не менее, несмотря на активные и разнообразные исследования мотивации человека в рамках психологии, философии, социологии и медицины, к настоящему времени отсутствует общепризнанная единая теория мотивации [33].

Роль терапевтической мотивации в лечебном процессе. Характер течения психических расстройств определяет необходимость продолжительного лечения пациентов не только на этапе купирования острого периода, но и по мере стабилизации состояния и/или формирования ремиссии. Не только больным эндогенными психическими расстройствами требуется длительная медикаментозная терапия [25, 53]. В поддержании приверженности лечебной программе нуждаются пациенты с аффективной симптоматикой [23, 68] и невротическими расстройствами [1, 14, 29]. При этом сочетанное влияние биологических, психологических и социальных факторов на развитие психических расстройств определяет необходимость оказания медицинской помощи в рамках целостного, биопсихосоциального подхода [13, 16]. Таким образом, собственная терапевтическая мотивация больных является, наряду с психосоциальными условиями, одним из факторов определения длительности противорецидивной терапии для эндогенных расстройств [25] и учитывается при составлении комплексной лечебной программы пациентов с невротическими расстройствами [3, 14, 24], играет особую роль в системе всей психосоциальной реабилитации [16, 42].

Вовлеченность в терапию непосредственно связана с индивидуальными мотивами пациентов в отношении лечения при широком спектре психических расстройств. Тем не менее наличие возможности и готовность получать медицинскую помощь не всегда означают достаточную собственную мотивацию следования пациентов рекомендациям врача или психолога [6, 42, 47]. Уменьшает вовлеченность пациентов с психическими расстройствами в терапевтический процесс распространенность психиатрической предвзятости и явлений стигматизации [68]. Широко распространенные нарушения критики к болезни осложняют формирование у пациентов сознательного отношения к лечению, определяя ситуации, когда продолжение терапии становится возможно лишь под влиянием значимых внешних фигур: врача, психолога или близкого окружения пациента [21, 67]. Таким образом, эффект терапевтической мотивации, энергизирующий и направляющий действия пациента в русле терапевтической программы [35], может быть достигнут не только посредством активного интереса пациентов к получению помощи, но и за счет внешнего мотивирующего давления.

Консенсусные экспертные оценки мер по преодолению некомплаенса у пациентов с психическими расстройствами выдвигают на первое место включение больных в психосоциальные реабилитационные программы [65]. Здесь одной из целей является повышение мотивации пациентов к лечению [52, 53], однако само включение в терапевтическую программу требует готовности пациентов активно участвовать в реабилитационных интервенциях. Показано, что для больных с невротическими расстройствами преобладающие мотивационные сценарии в отношении лечения являются не только прогностическим фактором динамики терапии [4, 35], но и мишенью патогенетического для пациентов с невротизмами метода помощи — психотерапии [22].

Недостаточная мотивация к лечению связана с преждевременным прекращением и нарушениями режима не только медикаментозной [55], но и психотерапии [45, 64], что в целом влечет ухудшение результатов лечения [51, 66]. Таким образом, успешное включение пациентов в терапевтическую программу зависит от объективной диагностики и сфокусированной коррекции мотивационных установок больных в отношении лечения [16, 35].

Исторический обзор теорий мотивации. Первые психологические теории, призванные объяснить выбор человеком различных видов поведения, были сформулированы еще в конце XIX — начале XX вв. и исходили из того, что действия детерминированы стремлением психики как системы поддерживать состояние

условного «равновесия», таким образом, модификация поведения рассматривалась как следствие и способ реакции на воздействия, нарушающие гомеостаз [37]. Среди названных позднее гомеостатическими теорий принято выделять два основных направления: поведенческой психологии и психоаналитические концепции, по-разному определяющие гетеростатические факторы и механизмы их воздействия на психику.

По мере накопления экспериментальных сведений становилось очевидным, что поведение человека определяется более сложными механизмами, чем классическая стимул-реакция из бихевиористских теорий. Конкретный тип реакции опосредуется интрапсихическим состоянием. Исследования Р.В. Липпера (Leeper R.W., 1935), В. Campbell, F. Sheffield (1953), R.C. Bolles (1957) показывали, что актуальные потребности могут вступать в противоречие друг с другом, а интенсивность потребности не связана напрямую с интенсивностью поиска способов ее удовлетворения, но зависит от прочих внешних обстоятельств [38]. Если подготовительные к удовлетворению потребности реакции по мнению Р. Вудвортса (1918), в основном связаны с внешними обстоятельствами среды, то есть со спецификой активации потребности, то удовлетворение потребности (консумматорные реакции) — с внутренними факторами, определяемыми субъективно ожидаемым результатом поведения.

В отечественной науке в рамках поведенческого подхода наиболее разработанной является теория функциональных систем П.К. Анохина, описывающая специфику формирования любого произвольного поведения [11]. В каждую единицу времени один из параметров потребностей человека становится ведущим в силу своей наивысшей значимости для адаптации во внешней (в том числе социальной) среде, формируя доминирующую функциональную систему (морфофункциональную, гомеостатическую, нейродинамическую, психофизиологическую). При этом другие функциональные системы либо затормаживаются, либо своей результирующей активностью способствуют деятельности доминирующей системы. Определение доминирования и субдоминирования функциональных систем основано на их биологической и социальной значимости, а также на результатах их деятельности.

Теория функциональных систем оперирует понятием «мотивация» как в узком понимании — предпосылки поведения на этапе афферентного синтеза, так и в широком смысле, как описательной концепции, объясняющей динамику и модификацию поведения. В соответствии с ней план обращения за психотерапевтической помощью, как и любое другое поведение, может быть описан как процесс взаимодействия с условиями среды (физическими, биологическими, социальными, психологическими) на основании накопленного опыта и сформированных установок (поведенческих, социально-нравственных) в ходе анализа условий и прогнозирования поведения. Реализация плана действия находится в динамическом взаимодействии с ожиданиями и корректируется по ходу своего выполнения для достижения поставленной цели оптимальным образом.

Исследования и теории формирования мотивации в рамках психодинамического направления психологии в большей степени концентрировались вокруг изучения факторов, побуждающих субъект к видоизменению поведения, то есть нарушающих состояние «равновесия». В классической теории З. Фрейда такими факторами были драйвы или влечения, а также возможность их редукции, приводящей психический аппарат к состоянию стабилизации и получению удовольствия [63]. Являясь одновременно энергетическим и аффективным понятием, влечения определялись как психическая представленность раздражителей, имеющих внутреннее телесное происхождение. Их источником рассматривались бессознательные

психические процессы. Индивидуальная специфика реакций человека детерминировалась особенностями взаимодействия интрапсихических структур личности посредством более или менее адаптивных механизмов психологической защиты, продуцируемых сознанием с целью защиты (самосохранения) от социально неприемлемых влечений.

Предпочтение человеком одного из конкурирующих мотивов, по мнению У. Мак-Дауголла, реализуется иначе — через импульс подкрепления желания или когнитивного компонента, исходящий из системы самоуважения. Инстинкты или склонности американским психологом рассматривались как врожденные качества личности, определяющие избирательность восприятия и внимания, побуждающие эмоциональные и результирующие поведенческие реакции. Г.А. Мюррей (1938) целенаправленность поведения объяснял не только личностными характеристиками человека, но историей отношений личности и ее окружения [36]. Он был одним из первых исследователей, широко внедрившим в научную терминологию понятие аффилиации — потребности в социальном принятии. Потребность, в понимании Г.А. Мюррея, есть желаемый вариант взаимодействия личности и среды. Он определял потребность как гипотетический конструкт, организующий работу психики через функции восприятия и апперцепции, а также интеллект и волю [38]. Таким образом, человек становится способен произвольно влиять и трансформировать неудовлетворяющие его внешние и внутренние (интрапсихические) условия. Плоскостью взаимодействия потребности и соответствующего давления среды являются «темы», исследование которых легло в основу разработанного Г.А. Мюрреем Тематического апперцептивного теста (ТАТ), ставшего на многие годы ведущим инструментом исследования мотивационной сферы человека.

Проблема выбора альтернативных форм поведения долгое время оставалась в центре внимания исследователей и изучалась в рамках не только теорий личности, но и психологии воли, эмоций, когнитивных процессов и сознания. Эти исследования объединял подход к мотивационной сфере не как к гедонистически- и гомеостатически-организованной. Их фокусом внимания становилась процессуальная сторона мотивации поведения человека. У. Джемс (1890) описывал предпочтение конкретного поведения как волевой процесс, необходимым и достаточным условием которого являлось обдумывание пути его реализации. В своих работах Н. Watt (1905) уточнил, что исходное намерение остается сознательным процессом до момента его автоматизации, а N. Ach (1905) для описания такого процесса использовал термин детерминирующая тенденция, которая, оставаясь недоступной сознанию, тем не менее управляет целевыми представлениями [38].

Широкое распространение и влияние на дальнейшие пути развития психологических исследований получила теория когнитивного диссонанса Л. Фестингера (1957). В ее основе лежит принцип согласованности когнитивных репрезентаций с условиями действительности, однако акцент сделан на ситуациях отсутствия такой сбалансированности [38]. Когнитивный диссонанс, по мнению Л. Фестингера, становится основой мотивационного эффекта, что заключается в стремлении восстановить согласованность противоречащих элементов когнитивного процесса через избирательное восприятие новой информации, целью чего является избегание потенциального диссонанса. Важный вывод из теории когнитивного диссонанса состоит также в том, что редукция диссонанса возможна при:

- 1) видоизменении элементов диссонансной системы;
- 2) добавлении в систему новых элементов, усиливающих одну их сторон диссонансных отношений;
- 3) снижении значимости элементов диссонансных отношений.

Каждый из этих подходов может быть источником формирования терапевтической мотивации при условии понимания пациентом нежелательности либо патологичности его состояния.

Логическим развитием широко известной теории поля К. Левина стала теория результирующей валентности, в которой подробно рассматривались эмоциональные последствия достижения или не достижения ожидаемых индивидом результатов. Было экспериментально подтверждено, что наиболее яркие переживания успеха и неудачи характерны для целей средней степени трудности, что, как считается, связано с наиболее сильным их влиянием на самооценку. Достижение легкой цели и неудача в труднодоступной задаче не подвергают сомнению верность оценки субъектом собственного «уровня притязаний». Напротив, высокая личностная значимость цели или ее социальные одобрение и нормативность способствуют повышению уровня притязаний в отношении ее целей. Это может породить расщепление между субъективной и социально ориентированной ценностями в случае неудачи [17] и также быть релевантным к ситуации психотерапевтического процесса. Желанный, новый стиль поведения пациента может восприниматься как труднодоступный и, таким образом, подвергаящий пациента чрезмерному риску разочарования в себе в случае терапевтической неудачи. Когнитивная теория принятия риска Дж.У. Аткинсона (1957) вводит в формулу ценности успеха и неудачи личностно зависимые переменные «мотива достижения» и «мотива избегания». По мнению Дж.У. Аткинсона, побудительность успеха и неудачи зависят только от субъективно воспринимаемой сложности задания [38].

Н. Neckhausen и J. Kuhl (1985) в рамках процессуального подхода разработали модель Рубикона, разделив весь *мотивационный процесс* на ряд стадий и описав ведущие психологические процессы в них. Первое звено характеризуется мотивационным состоянием сознания, в котором происходит анализ желаний и опасений, связанных с ними. Оно завершается формированием интенции. В ходе ожидания благоприятных условий сформированная интенция либо угасает, либо находит средства выражения. Во второй, преакционной фазе, проявляются закономерности селективного восприятия, определяемые влиянием волевых процессов на сознание, приводящие к переориентации сознания с задачи оценки реальности на реализацию активной интенции. Следующая фаза реализации интенции, акциональная — также находится в поле волевого контроля. Последняя мотивационная фаза связана с оценкой выполненного действия и его сопоставлением с ожиданиями. Важнейшим этапом *мотивационного процесса* является образование «результирующей тенденции», которая ускоряет переход интенции из подготовительной мотивационной в преакционную волевою фазу на основании личностных predispositions.

Граница между первой и второй фазами — Рубикон определяет отбор из всего многообразия мотивационных интенций одной-двух, принимаемых сознанием в качестве намерения. Процесс отбора связан с определением «разрешающей тенденции» необходимым ограничением количества мотивационных интенций для максимизации эффективности поведения. Акциональную фазу всегда оценивают ментальным контролем, заключающимся в определении цели, или в формулировании промежуточных целей при существенных затруднениях реализации первоначальной. Интенсивность деятельности связана также с волевой регуляцией, определяемой силой результирующей мотивационной тенденции. В постакциональной фазе результат деятельности анализируют на его соответствие цели. Случаи успеха и неуспеха подвергают каузальной атрибуции для принятия решения о прекращении деятельности, связанной с актуальной мотивационной интенцией, или возвращением к целеполаганию и анализу необходимых условий для

более успешной реализации мотивационной интенции. Важной особенностью, отличающей модель Рубикона, является принципиальное разделение процесса поведения на стадии — мотивационную и волевую. Такой подход позже нашел широкое применение в теориях стадий изменения поведения [38], разрабатывавшихся для персонификации психотерапевтических воздействий. Залогом включенности пациента в лечебную программу в данном случае можно считать включение им психотерапии в состав актуальной мотивационной интенции — то есть перестройка мотивационной сферы личности с учетом формирования новой квази-потребности в получении медицинской помощи.

Анализируя предпосылки выбора различных вариантов поведения, Дж.Б. Роттер (1954) предположил наличие обобщенного ожидания, которое сводится к ориентации на подкрепления собственных действий за счет преимущественно внешних или внутренних, интрапсихических стимулов. Так, люди, имеющие преобладающий внешний локус контроля, относят свои достижения и неудачи к внешним обстоятельствам, а тем, для кого характерен внутренний локус контроля, напротив, свойственно приписывать достижения и неудачи себе и собственным качествам. Логичным развитием этой концепции стали теории каузальной атрибуции. Они исходили из предположения, что человек вынужден для восприятия всего многообразия происходящих событий прибегать к их классификации и причинному анализу, что позволяет экономить ресурсы внимания и мышления за счет нахождения во всем многообразии событий общих закономерностей [30].

По мнению D. Bem (1967), механизмы отнесения (атрибуции) причин событий имеют важное социальное значение, поскольку являются основой процесса самовосприятия через постоянные попытки человека объяснить свое собственное поведение, сопоставляя его с поведением других людей. Одновременно, здесь отношение к себе формируется на основании предположения о том, как будет оценено собственное поведение индивида его окружением. Таким образом, процессы каузальной атрибуции становятся важным механизмом регуляции самооценки, где ошибки атрибуции, например, могут приводить к полярным состояниям объяснения всех неудач только через собственные негативные характеристики, а успех как следствие случайного стечения внешних обстоятельств [38].

Еще в 20-х годах XX в. В.М. Бехтерев, описывая закономерности взаимоотношений личности и общества, отмечал ведущую роль социума в формировании поведения человека и его регуляции, где социальные ограничения действуют «в виде тормозящих условий», а различные поощрения побуждают к деятельности. По мнению В.М. Бехтерева, через знакомство с общественными нормами и подражание им поведение человека еще в детском возрасте «направляется в сторону соответствия интересам коллектива». При этом у социально зрелой личности поведение регулируется не гипотетическими или реальными «репрессиями», а привычными навыками [2].

Роль социальных факторов и классификация стимулов, побуждающих человека к различному поведению, детально описаны в наиболее авторитетной мотивационной теории — самодетерминации [62]. В соответствии с ней выделяют *внутреннюю* мотивацию (определяет деятельность на основе личных потребностей и желаний), *внешнюю* мотивацию (влияние значимых других и условий среды), *амотивацию* (деятельность без видимых причин либо против собственной воли). Ключевым здесь является подход к описанию континуума вариантов внешней мотивации. Один из них — *внешняя регуляция* — обуславливает вознаграждаемую, либо позволяющую избежать наказания деятельность. *Интроецированная (внешняя) регуляция* опосредована чувством долга, стремлением избежать чувства вины. Она подразумевает свободную деятельность, детерминированную только прямыми

ми последствиями поведения. Когда внешние условия, побуждающие к действию, начинают согласовываться с собственными установками и потребностями человека, имеет место *интегрированная (внешняя) регуляция*. Таким образом, варианты внешней мотивации характеризуют процесс интеграции индивида в социум.

Движущей силой социализации являются врожденные потребности в самоидентификации, связи с окружением и стремление к повышению своей компетентности. При полной интеграции социальных требований в структуру личности деятельность человека может приобретать автономный характер. Повышаются уровни компетентности, эффективности, растут любопытство и интерес к новым, стимулирующим видам активности. При неполной интеграции поведение приобретает гетерономный (зависимый от внешних условий), либо неконтролируемый личностью характер (безличный локус каузальности). Соответственно, в процессе социализации у разных людей формируются преимущественные уровни мотивации: *глобальный, контекстный или ситуативный*. *Ситуативный* уровень мотивации определяет нестойкость поведенческих изменений, усиливает чувство ситуационной некомпетентности человека. Последние исследования в русле теории самодетерминации позволяют говорить о более сложных и менее однозначных взаимоотношениях вариантов внешней и внутренней мотивации [8]. Предлагается выделять контролируемую и автономную мотивацию, включающую помимо внутренней еще 2 разновидности внешней — *идентифицированную и интегрированную* мотивации.

Соотношение количественных и качественных характеристик мотивации. На современном этапе развития психологии поведение человека принято рассматривать как результирующее действия множественных, иногда разнонаправленных мотивационных тенденций [20, 33]. Кроме рассмотрения направленности мотивов, вновь стали актуальны исследования влияния силы мотивов на итоговые показатели деятельности.

Еще в 1989 г. Э. Крепелин, проводя анализ когнитивной деятельности, пришел к выводу о неравномерности работоспособности («кривая работоспособности»), при которой пиковые результаты соответствовали среднему временному отрезку всего процесса деятельности. Одним из факторов влияния на эмпирически выявленные закономерности работоспособности Э. Крепелин считал волевые процессы и воздействие побуждающих стимулов, то есть в широком понимании — мотивационные процессы [11]. Открытые в начале XX в. Н.Е. Введенским (1905) физиологические закономерности оптимума-пессимума эффективности воздействия стимулов на периферическую нервную систему на поведенческом уровне были исследованы Р.М. Йерксом, Дж.Д. Додсоном (1908) [9]. В соответствии с первым законом Йеркса–Додсона график эффективности наращивания мотивации имеет форму колокола, поэтому сверхвысокая мотивация приводит к снижению результатов деятельности. Второй закон гласит, что более сложные виды деятельности обладают более низким оптимальным уровнем мотивации. В то же время N. Ach (1910) отмечал, что задания повышенной трудности повышают волевые усилия, прилагаемые к их реализации («закон трудности»), что поднимает вопрос о соотнесенном либо разнонаправленном влиянии собственно мотивационных интенций и волевых усилий человека при решении различных задач [38].

Приведенные данные свидетельствуют, что в результирующий эффект мотивационного воздействия вносят вклад различные его характеристики: интенсивность, направленность, базовые личностные характеристики (мотивационные predispositions), уровень притязаний и соотношение разнонаправленных конкурирующих мотивационных интенций [20, 33]. Лишь анализ такой мультипараметрической структуры мотивации поведения наиболее приближает к пониманию динамики

поведения человека, поскольку: 1) мотивация тесно связана с когнитивными и эмоциональными характеристиками индивида, структурой личности и особенностями самооценки — имеет как индивидуально-психологическую, так и социокультурную обусловленность; 2) мотивация детерминируется не только актуальными потребностями человека, но и процессами целеполагания, ожиданиями от себя и условий среды; 3) оценка мотивации требует сочетания позиций количественного и качественного анализа, причем последний должен включать учет как разнообразных источников мотивации (внутренние, интрапсихические и внешние), так и их временных характеристик, отражающих динамический характер структуры мотивации, подвергающейся трансформации в процессе деятельности [32].

Нозологические особенности и оценочные модели мотивационных процессов. Развитие психических расстройств вносит существенные и нозоспецифичные изменения в мотивационные процессы пациентов. Так, Э. Кречмер (1928) ядром клинической картины истерических реакций выделял желание признания, демонстрации своих преимуществ, эгоцентризм, хотя известно, что В. Макдугалл (1916), Х.А. Мюррей (1938) рассматривали потребности в самопрезентации и демонстративности в качестве базовых [7]. В.Н. Мясищев, анализируя различия в отношении к труду, приходил к выводу, что для больных истерией характерна субъективно-личностная диспропорция в уровне притязаний, связанная с самооценкой, чувством неполноценности, стремлением к самоутверждению, отношением к работе как средству повышения престижа личности. Для больных с неврастениями субъективно-личностная тенденция балансируется объективно-принципиальной тенденцией — сознанием значимости работы, общественной ответственностью, требовательностью к себе, однако здесь уровень притязаний систематически не соответствует личностным ресурсам пациента. Наконец, у пациентов с психастенией диспропорция смещается к сугубо объективно-принципиальному полюсу притязаний. Количественные характеристики притязаний, по мнению В.Н. Мясищева, могут определять клинические варианты психогенных нарушений: высокие, скрытые, отсутствующие притязания характерны соответственно для агрессивного-стенического, мягко агрессивного и астено-абулического типов истерии [27].

М. Peterson и К. Seligman (1984) была прослежена взаимосвязь преобладающего типа атрибуции у депрессивных пациентов. Они оказались склонны определять временные трудности и неудачи константными личностными и ситуационными факторами, то есть имели пессимистичный стиль объяснения событий [19]. В литературе есть указания на другие изменения в мотивационной структуре больных депрессией: установлено преобладание над деятельными социально-нравственных мотивов, выявлены сложности в ситуационной ориентировке и актуализации альтернативных стратегий социального поведения. Мотивации таких пациентов свойственна ригидность, затрудненность динамических перестроек, терминальные цели являются утрированно конформными [10].

Оценочные модели мотивации к лечению. При отсутствии общепринятой теории мотивации и высокой практической потребности в прогнозе поведения пациентов в ходе терапевтического процесса, было разработано большое количество моделей с различными подходами операционализации мотивационного конструкта. В получивших название мотивационных, или моделей континуума, опора на произвольные, но значимые для конкретных клинических задач интрапсихические и средовые параметры, позволяла оценивать мотивацию испытуемых. Существенная редуцированность здесь сочеталась с приемлемыми уровнями погрешности, что делало мотивационные процессы доступными для сопоставления, коррекции и, главное, — прогнозов поведения [31, 57].

Модель убеждений о здоровье А. Розенстока (1974) включает 6 факторов: воспринимаемая уязвимость, воспринимаемая тяжесть, воспринимаемая выгода, воспринимаемые барьеры, мотивация к здоровью (совершение действий, способствующих здоровью), стимулы к действию. Считается, что вероятность желательного поведения выше, если человек чувствует угрозу (воспринимаемые уязвимость и тяжесть), а выгоды здорового поведения превосходят трудности. При высокой степени влияния отдельных факторов модели на прогноз поведения, ее общий прогностический эффект достигает уровня $r < 0,21$.

Теория мотивации защиты Р.В. Роджерса (1983) исходит из позиции, что поведение, направленное на здоровье, является следствием копинг-стратегий, отвечающих на стресс (болезнь). Оценка угрозы в этой модели операционализирована также через восприятие тяжести, серьезности риска, связанного с болезнью, и собственной уязвимости. Второй компонент модели — оценка совладания, описываемая через восприятие эффективности поведения и уверенности в собственных возможностях действовать необходимым образом. Средний уровень корреляции между показателями мотивации защиты и соответствующим поведением составляют $r = 0,40$.

Социально-когнитивная теория А. Бандуры (1986) ориентирована на оценку самооэффективности и ожидания результата — как от собственных действий субъекта, так и от окружающих условий. Тем не менее ведущая роль здесь отводится конструкту самооэффективности.

Модель информации — мотивации — поведенческих навыков по Дж.Д. Фишер, В.А. Фишер (1992) опирается на параметры, включенные в ее название. Мотивация здесь рассматривается одновременно как личностная, так и социальная характеристика, а прогноз поведения находится в зависимости от информированности человека и его актуальных навыков.

Теория запланированного действия согласно работам I. Ajzen (1991) и I. Ajzen, M. Fishbein (1980) является одной из самых распространенных среди континуальных моделей прогноза поведения, связанного со здоровьем. Прогноз поведения в ней осуществляется через анализ силы намерения выполнять деятельность, связанную со здоровьем. Последняя, в свою очередь, зависит от установок (положительное или отрицательное отношение к поведению), субъективных норм (представления о мнении окружения) и воспринимаемого поведенческого контроля (затруднения, связанные с поведением). Применение модели позволяет предсказывать около 40% намерений, которые, в свою очередь, совместно с воспринимаемым поведенческим контролем предсказывают около 30% вариантов поведения.

Очевидно, что само намерение изменить поведение не гарантирует начало активного действия, вероятность которого по данным литературы составляет $r = 0,53$ или 28% вариантов поведения [31]. В высокой степени произвольная комбинация оцениваемых переменных, эффект большинства из которых опосредован именно через намерение к поведению, определяет средние прогностические показатели мотивационных моделей.

Деятельность субъекта в рамках *теории отношений* В.Н. Мясищева помимо эмоционального и когнитивного компонентов отношения также опосредуется мотивационно-поведенческим [12]. Дуализм последнего компонента объективирует известную закономерность: существующие стереотипы поведения реализуются в актуальном поведении человека легче, чем новые, несмотря на их возможную большую мотивационную детерминированность [33, 56]. Вероятно поэтому комплаентные в прошлом пациенты с психическими расстройствами чаще оказываются привержены текущей терапии. Актуальность прицельного анализа привычек пациентов в отношении своего здоровья отражает среди основных подходов

операционализации мотивационного конструкта отдельное направление — модели активации поведенческих стереотипов (модели прайминга). Они описывают характерные поведенческие реакции, посредством которых пациент склонен чаще всего реагировать на изменяющиеся условия [57, 58]. Модели прайминга конкретизируют на поведенческом уровне механизмы влияния источников мотивации на деятельность человека и, зачастую, служат дополнением к ним [31].

Примером, демонстрирующим необходимость поиска дополнительных предикторов поведения пациентов в ходе терапии, не ограниченных намерением лечиться, является апробация теоретической структуры *Интегративной модели мотивации к лечению*. Модель, основанная на описанной ранее *теории запланированного действия* [46], постулирует, что включенность пациента в лечебный процесс, его психосоциальное функционирование и качество жизни полностью опосредованы мотивацией к лечению. Последняя, в свою очередь, определяется эмоциональными и когнитивными предикторами: воспринимаемым внешним давлением, уровнем дистресса, осознанием проблемы, воспринимаемой стоимостью лечения, ожидаемым результатом лечения, а также воспринимаемым удобством лечебного режима. Однако среди обследованных пациентов с тяжелыми психическими расстройствами включенность в лечебный процесс была опосредована не только мотивацией к лечению, но и напрямую детерминировалась воспринимаемым внешним давлением [47]. Выраженность дистресса также непосредственно определяла уровень психосоциального функционирования пациентов и их качество жизни.

Альтернативные континуальным моделям теории стадий получили широкое распространение, поскольку в отличие от ориентировки на прогностические задачи изначально создавались для более эффективного оказания помощи и постулировали необходимость ее временной дифференциации на основе стадий изменений поведения человека [63].

Неоднозначные оценки роли мотивационных процессов в различных направлениях психологии, неопределенное количество факторов, определяющих особенности ее структуры, а также трудности оценки их удельного веса в результирующей структуре мотивации поведения человека стали предпосылками для создания *транстеоретической модели* [59]. Специфичные качественные различия в эмоциональных реакциях, когнитивных установках и поведенческих паттернах пациентов, получавших разные виды психотерапии, были систематизированы в 5 стадий изменения любого поведения. Модель определяет очередность смены этапов от предобдумывания, обдумывания, подготовки изменения, к активному действию и поддержанию изменений. На каждой из стадий были определены факторы исходов: оценка преимуществ и необходимых затрат для совершения изменений (баланс решения), уверенность в собственной способности к новому поведению (самоэффективность) и соблазн возврата к старому поведению. В зависимости от преобладания критериев исхода смена стратегий поведения человека происходит по спирали: с поочередным переходом от ранних стадий к более поздним, либо через возвращение к предыдущим этапам на фоне приобретенного нового опыта.

В соответствии с *транстеоретической моделью* на каждой из стадий преобладают те или иные динамические процессы изменений: 1) рост осознания; 2) облегчение; 3) социальное освобождение; 4) переоценка собственной личности; 5) переоценка окружения; 6) перевоспитание; 7) контроль поведенческих стимулов; 8) управление подкреплением; 9) самоосвобождение; 10) помогающие взаимоотношения. Первые пять процессов преимущественно характеризуют изменения когниций пациента в отношении референтного поведения, последние — отражают поведенческие реакции [44, 59].

Транстеоретической моделью постулируется, что дифференцированное применение психотерапевтических интервенций в зависимости от актуальной терапевтической ситуации позволяет сделать процесс изменения поведения менее ресурсозатратным и более эффективным за счет использования специфичных стадиям модели приемов. Наиболее широкое распространение транстеоретическая модель получила в работе с пациентами с аддиктивной патологией [49], лицами с делинквентным поведением [43], страдающими обсессивно-компульсивным расстройством [66], нарушениями питания [48], личностными и тревожными [45, 64], соматопсихическими расстройствами [51]. Растущее число исследований описывают ее использование у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами, преимущественно за счет широкого распространения техник мотивационного интервьюирования, в основе которых лежит концепция стадийности изменений поведения транстеоретической модели.

Наиболее трудноразрешимым в ситуации широкого применения модели является вопрос диагностики стадии, на которой находится пациент. Только корректное определение стадии позволяет применять специфичные терапевтические интервенции [44]. При этом растущее количество исследований объективирует ситуацию, когда однозначного определения стадии достичь невозможно, а в поведении человека проявляются черты различных этапов изменения в отношении одного или нескольких процессов деятельности [15, 44, 63]. Допущение факта, что человек может находиться сразу на нескольких стадиях изменения поведения, повышает роль оценки критериев исхода и процессов изменения [44].

Психическое расстройство оказывает значительное влияние на структуру отношений человека, ее сущностные и компонентные составляющие [12], определяет перестройку иерархии мотивов, которые могут утрачивать побудительные свойства и вступать в противоречие, ослабляя общую мотивацию к лечению [35]. Снижение мотивации к лечению при обращении в психотерапевтические и психиатрические центры демонстрируют больные с расстройствами личности по сравнению с пациентами без личностной патологии. Более высокие уровни терапевтической мотивации у них коррелируют с выраженностью дистресса, обусловленного симптоматикой [41]. Специфическими предикторами более высокой мотивации к лечению у пациентов пожилого возраста с тяжелыми психическими расстройствами являются нереализованные потребности в дневной активности и нарушения поведения.

Дополнительным фактором усугубления мотивационных нарушений может являться низкий уровень дифференцированности принятия решений в области здоровья при их мультифакторном характере [43, 45]. По-видимому, позиция «отказа от лечения» не является простой противоположностью согласия на терапию, поскольку в российской популяции минимально связана с опорой на мнение врача или автономным принятием решений в ситуации соматического заболевания [30]. Эти данные подчеркивают роль качества мотивации в результирующем эффекте поведения, связанного со здоровьем [20].

В психиатрии, психотерапии и медицинской психологии наибольшее распространение получили модели континуума и процессуальные модели мотивации [31]. Первые основаны на анализе интра- и интерпсихических источников мотивации поведения человека. В них существенным является принципиальное разделение внешней и внутренней мотиваций в зависимости от их эффективности в отношении референтного поведения [39]. Внешняя описывается как основанная преимущественно на давлении внешних обстоятельств, внутренняя — базируется на придаваемых человеком субъективных смыслах собственного поведения. Процессуальные модели мотивации постулируют принципиальную этапность процесса формирования нового поведения через ограниченное число стадий, где

отражаются динамический характер мотивации во времени и нарастание осознанности новых стратегий поведения. Отдельным теоретическим направлением психологии мотивации являются модели активации поведенческих стереотипов (прайминга), описывающие характерные поведенческие реакции, посредством которых пациент склонен чаще всего реагировать на изменяющиеся условия [57]. Модели прайминга конкретизируют на поведенческом уровне механизмы влияния источников мотивации или ее стадий на деятельность человека.

На практике необходима четкая методологическая дифференцировка поведенческих эффектов мотивации к лечению. Включение в терапию согласия на госпитализацию, пассивное или активное участие в лечебном процессе, длительное следование рекомендациям, по-видимому, могут являться различными поведенческими коррелятами особенностей структуры комплаенса больных [42, 46], которая также подвержена изменениям с течением времени [47]. Именно поэтому отсутствие сотрудничающей позиции на одном из этапов заболевания не предопределяет динамику показателей мотивации к лечению в дальнейшем [50].

Адекватная оценка терапевтической мотивации у пациентов с психическими расстройствами представляет существенные трудности [33, 44]. Как врачи, так и пациенты допускают здесь существенные субъективные искажения. Медицинские специалисты склонны занижать мотивацию больных к лечению или искажают ее в сравнении с самоотчетами пациентов [54], но переоценивают отношение пациентов к лечению по результатам проведенной терапии; выше оценивают удовлетворенность больных лечением при проведении реабилитационных интервенций [28]. Независимо от клинического опыта врачей их континуальные оценки структуры мотивации пациентов к лечению высоко коррелируют с самоотчетами больных, однако лишь в 50% случаев категориальные оценки мотивации у пациентов и врачей совпадают. В то же время результаты самоотчетов больных о намерениях по изменению поведения являются лишь слабыми или средними по мощности предикторами будущего поведения [58]. Вероятно, ни врачи ни пациенты не осознают сложный характер структуры мотивации поведения человека. Они оценивают лишь один из ее параметров — силу мотивации, без учета всего спектра источников и типов мотивации: случайного выбора варианта поведения и/или привычного поведенческого стереотипа (амотивации); внешней мотивации, определяемой давлением среды и окружения; внутренней мотивации к лечению, согласующейся с личностными смыслами и жизненными целями. Сложившаяся в настоящее время ситуация обуславливает необходимость использования специального психометрического инструмента для оценки мотивации к лечению у пациентов с психическими расстройствами.

Большинство из используемых в настоящее время психометрических инструментов тяготеют к исключительно количественной или качественной оценке мотивации к лечению. При этом данные ряда исследований с параллельным применением нескольких альтернативных инструментов оценки мотивации больных к лечению свидетельствуют о частичной внутренней и внешней валидности используемых методик [48, 54]. Лишь один из множества разработанных для оценки мотивации больных к лечению опросников самоотчета — URICA (от англ. University of Rhode Island Change Assessment — Оценка изменений Университета Род-Айленда) имеет валидизированную русскоязычную версию [15]. Метод основан на транстеоретической модели и его задачей является определение стадии готовности пациента к изменению проблемного поведения. Преимуществом данной методики является возможность планирования структурированной психотерапевтической работы, направленной на дальнейшее укрепление выявленной с помощью инструмента «стадии» мотивации пациента и переход к более высоким стадиям.

Наиболее существенным ограничением применения самоопросников пациентов для оценки их мотивации к лечению, доказавших в последние годы свою внутреннюю валидность, является недостаточная внешняя валидность психометрических инструментов [5, 44], связанная с проблемой субъективности восприятия пациентами ситуации болезни [61]. Индивидуальные искажения отношения к лечению у пациентов с психическими расстройствами определяют мотивационным уровнем их внутренней картины болезни [12, 33, 40]. Одним из способов преодоления перечисленных ограничений является комбинация интер- и интраперсонального подходов при разработке психометрического инструмента, а также многоступенчатая процедура его внешней валидации [60]. Для русскоязычной популяции пациентов с этой целью может быть использован Опросник оценки мотивации к лечению [34], разработанный в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России.

Использование мультипараметрического подхода для исследования терапевтической мотивации пациентов с психическими расстройствами при помощи инструментов объективной оценки их мотивации позволяет уйти от редукционистской, субъективной и лишь количественной оценки без учета всего спектра источников и путей реализации мотивации к лечению. Это делает доступными анализу взаимосвязи отношения пациентов к ситуации болезни и формирующейся у них установки на терапию. Учет не только интенсивности, но и внутренней структуры мотивации к лечению позволяет прогнозировать возможные нарушения комплаенса и проводить сфокусированные психотерапевтические интервенции с целью коррекции отношения больных к лечению.

Список литературы

