

ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ МОТИВАЦИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВНУТРЕННИХ ПОДКРЕПЛЯЮЩИХ СВОЙСТВ КОГНИТИВНОЙ СТИМУЛЯЦИИ¹

Н. Д. Семенова

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Программы восстановления когнитивных функций

Современные программы восстановления когнитивных функций показали эффективность воздействия на нейрокогнитивный дефицит при шизофрении. Рандомизированные контролируемые исследования, объектом которых была коррекция когнитивных нарушений, продемонстрировали наличие стойких улучшений по ряду показателей [21, 28]. Представлены многочисленные свидетельства статистически значимого улучшения когнитивных функций под влиянием направленного воздействия: кратковременной памяти, управляющих (контролирующих, целеобразующих) функций лобных долей, процессов принятия решений, гибкости когнитивного стиля, абстрактного мышления, внимания и других. Когнитивное функционирование поднялось до уровня, сравнимого с уровнем группы контроля (здоровые субъекты), отмечалась также генерализация эффекта при переходе на другие нейрокогнитивные задачи [32]; позитивные результаты обучения сохранялись в течение двух лет [18].

Успешная коррекция когнитивных расстройств при шизофрении определяется действием множества факторов. Так, интегративный подход, соединяющий восстановление когнитивных функций с другими методами психосоциальной реабилитации (например, поддерживаемое трудоустройство, тренинг социальных навыков и др.) оказался более эффективным, нежели раздельное применение тех или иных методов – в плане достижения общих целей реабилитации [21].

В ходе изучения эффективности программ восстановления когнитивных функций было также обнаружено, что результат вмешательства опосредуется рядом психологических и иных факторов.

¹ Расширенный реферат главы книги: Medalia A., Choi J. Motivational Enhancements in Schizophrenia // Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients: Basic Concepts and Treatment / V. Roder, A. Medalia (Eds.). Karger, 2010. P. 158–173.

Интеллектуальный статус пациента [15], техники инструктирования [20], а также квалификация ведущего – вот факторы, существенно влияющие на результаты лечения [24]. Обратная связь по результатам деятельности, денежное вознаграждение, активность пациентов в плане посещения ими психосоциальных мероприятий, активность взаимодействия пациента с ведущим, возможность творческой самореализации пациента в процессе занятий, а также отсутствие стигматизирующих моментов в окружении пациента – суть другие факторы [24].

Подмеченная таким образом связь между нейрокогнитивным восстановлением и различными психическими образованиями, оказывающими влияние на актуальный процесс обучения, вывела на первый план ключевое психическое образование – мотивацию. Роль мотивации и ее производных в когнитивном восстановлении и общей психиатрической реабилитации сегодня приобретает особую актуальность и активно изучается в ходе исследований.

Мотивация и обучение

Мотивация не только детерминирует деятельность человека, но и буквально пронизывает большинство, если не все сферы психической деятельности. В тех или иных образовательных форматах мотивация считается ключевым предиктором успеха обучения [11].

Особый интерес представляет роль мотивации в обучении, когда данное обучение закладывается в программу восстановления когнитивных функций у пациентов с шизофренией [7, 15, 24]. Здесь особенно важно понять, как наилучшим образом, используя мотивацию и воздействуя на нее, обучить когнитивным навыкам людей, болезнь которых снижает любую мотивацию и ограничивает собственно обучаемость.

В ситуациях обучения мотивация связывается с большей захваченностью обучением, с высокой заинтересованностью в решении задач обучения. Пациенты с шизофренией демонстрируют сниженную

мотивацию в плане участия в деятельности обучения. Истошающиеся в результате болезни ресурсы личности (когнитивные, эмоциональные, поведенческие) приводят к такому положению дел, когда формальное признание ценности обучения не отражается на поведении больного: пациенты неохотно посещают занятия, пропускают их, забывают о них и т.п. Это вызвано не столько отсутствием у них желания учиться, сколько детерминированным клиникой шизофрении дефицитом мотивации. Поэтому крайне важно выявить весь набор факторов – детерминантов мотивации – чтобы предпринять меры, способствующие включению пациента в деятельность обучения.

Детерминанты мотивации

Мотивация – суть продукт сложного взаимодействия физиологических и социальных контекстуальных детерминант. Физиологические и социальные переменные причудливо переплетаются, формируя личность, ее мотивационный стиль. Физиологические детерминанты попали в фокус исследований сравнительно недавно [5]. С помощью медикаментозного лечения и при наличии достаточно эффективных антипсихотических средств можно воздействовать на физиологическую составляющую мотивации. Что касается социальных контекстуальных факторов как детерминантов мотивации (например, факторов окружения и др.), то в настоящее время они также активно изучаются.

Изучая роль мотивации в ситуации обучения в рамках программ восстановления когнитивных функций, важно учитывать не только ее выраженность или уровень (количественные показатели или параметры), но и некоторые качественные ее характеристики. К последним, согласно A. Wigfield и J.S. Eccles [29], ведущим западным исследователям мотивации, относятся: ожидания, ценности и ориентация на цель в процессе обучения. В целом, представление о мотивации человека при обучении можно составить, осветив следующие вопросы: 1) ожидает ли человек успеха в достижении целей и решении задачи обучения; 2) считает ли он поставленную перед ним задачу ценной; 3) почему он хочет выполнить задачу.

Ожидание успеха в обучении связано, с одной стороны, с восприятием своей компетентности и своих способностей (Я-эффективность) и, с другой, – со сложностью стоящей перед человеком задачи [2]. Мотивирующим является ощущение эффективности, а результатом активности – возрастание разного рода компетентности.

Исследования здоровых лиц показали определяющую роль воспринимаемой самим обучающимся компетентности в успехе обучения [27]. У пациентов с шизофренией отмечена такая же определяющая роль воспринимаемой компетентности в плане показателей выхода обучения [22].

Восприятие собственной компетентности у пациентов с шизофренией при выполнении трудной когнитивной задачи влияет на количественные показатели эффективности обучения. В рамках одной программы обучения сравнивались два метода ее реализации. Один метод обучения содержал внутренне мотивирующие стратегии, другой метод был стандартным. Эти внутренне мотивирующие стратегии доказали свою эффективность в плане обучения здоровых лиц [9]. Занятия представляли собою компьютерные программы по обучению арифметике. Степень усвоения пациентами материала оценивалась количественно. Как и ожидалось, и согласно результатам, полученным при обучении здоровых лиц [33], пациенты с шизофренией, прошедшие через «мотивирующую» обучающую парадигму, лучше усваивали материал, демонстрировали более высокий уровень внутренней мотивации на выполнение задачи, обладали большим чувством Я-эффективности и достижения, и выражали готовность к выполнению более сложных задач. Высоко воспринимаемая собственная компетентность, даже перед началом обучения, служила предиктором большего улучшения – вне зависимости от используемого метода обучения. Эти данные подтвердили положение о том, что те же конструкты, что действуют при обучении здоровых лиц, «работают» и в случае шизофрении. Техники инструктирования, способствующие повышению воспринимаемой Я-компетентности, также улучшали обучение. Подобно тому, как это бывает в непсихиатрической популяции, лица с психозами должны верить в то, что их действия принесут желаемые результаты (Я-компетентность), иначе у них нет побуждения пробовать свои силы и ставить сложные когнитивные задачи. Чувствовать свою эффективность, ощущать себя источником изменений в окружающем пространстве – вот руководящий принцип, пронизывающий различные мотивы.

Ожидание успеха при обучении связано с восприятием сложности задачи. Задачи, которые кажутся сложными, провоцируют негативные ожидания, тогда как те, что воспринимаются как легкие, порождают позитивные ожидания в плане успеха. В норме, на восприятие субъектом сложности задачи (и далее, на ожидание успеха) влияют следующие факторы: прошлый опыт, ролевые модели, наличие обратной связи по ходу выполнения задачи, физиологические индикаторы, целевая ориентация и целевые свойства задачи [2, 12, 27, 30].

Мотивация достижения зависит от целевой ориентации субъекта [12]. Целевую ориентацию можно представить дихотомически. С одной стороны, это выполнение задачи как самодовлеющая цель (речь идет об оценке выполнения: «выполнено»–«не выполнено»), с другой – это такая позиция, когда выполнение оценивается в критериях мастерства. При ориентации на выполнение (в плане «успех» или

«неуспех») человек боится провала или неудачи, и для него очень значима реакция других. При ориентации на мастерство фокус помещается внутрь (повысить собственную компетентность), а реакция других людей отодвигается на второй план. Решающей оказывается внутренняя локализация тех причинных факторов, которые пациент считает ответственными за результат, к которому он стремится. В первом случае собственные интеллектуальные способности воспринимаются субъектом статически. Целевая ориентация на мастерство, на овладение знаниями, напротив, строится на точке зрения, что умственные способности можно развивать, совершенствовать, а систематическая работа как раз и поможет развить нужные навыки.

Вмешательства, стимулирующие целевую ориентацию второго типа – ориентацию на овладение знаниями – как раз и должны помочь пациентам с шизофренией изменить складывающийся стиль, помочь им активно включиться в программы восстановления когнитивных навыков и воспринимать свое участие в программе как ценную деятельность. Соответствующим образом выстроенное психообразование о роли познавательных функций и демонстрация улучшений этих функций при выполнении задач могут служить мощным мотивирующим фактором. Как только пациенты поймут, что когнитивные функции можно развивать, они с большей готовностью будут включаться в процесс обучения. Целевая ориентация на овладение знаниями будет способствовать росту внутренней мотивации и более активному включению в учебные занятия.

Роль Я-эффективности пациента в процессе обучения: значение для практики

Исследования, посвященные роли Я-эффективности в успехе обучения, имеют большой потенциал в плане практической реализации. Если в учебных ситуациях использовать техники, способствующие повышению Я-эффективности пациента, можно увеличить терапевтические показатели выхода.

При низком уровне воспринимаемой Я-компетентности к обучению опираются на технику «обучения, исключая ошибки в процессе усвоения» [8].

Прием основывается на получении желаемых реакций через поэтапное повышение уровня сложности задачи. Подобная модель обучения (теоретически и эмпирически выверенная) нацелена на компенсацию когнитивных нарушений, ограничивающих возможность усвоения навыков на самых первых, начальных этапах обучения. Такое обучение позволяет добиться более прочных знаний – по сравнению со знаниями, получаемыми в рамках традиционной модели, через обучение методом «проб и ошибок».

Обучение начинается с корректно выбранной позиции, когда у учащегося высоко ожидание успеха.

Успех имеет место. Затем обучающийся постепенно совершенствует навыки, переходя к более сложным задачам. Положительный опыт от выполнения работы сохраняется на каждом уровне сложности. Уровень сложности задач возрастает постепенно. Так формируется в целом положительный опыт (в противовес опыту методом «проб и ошибок» с привлечением ненужной в данном случае обратной связи от повторных ошибок).

Метод был впервые использован при работе с детьми с задержками развития. Затем был адаптирован для взрослых людей с другими расстройствами (восстановление речевых навыков и памяти при черепно-мозговых травмах, афазия, слабоумие, шизофрения) [8].

В социальном опыте пациента-хроника особо важен первый, хотя бы незначительный, но все же успех. Для такого пациента естественным «полигоном» радостей и разочарований, успехов и неудач является психосоциальная реабилитация, внебольничная постгоспитальная работа и все то, что с ней связано. Таким образом можно запустить развитие – позитивное направление или путь, не отягощенный грузом постоянных срывов и неудач. Отягощенные неудачами прошлое не должно нависать над пациентом дамокловым мечом. Такая возможность – начать с «чистого листа», приобрести опыт успеха на психосоциальных занятиях – всегда должна предоставляться пациенту в стенах психиатрического учреждения.

Итак, данная методика была использована в программах тренинга навыков у пациентов с шизофренией [19]. Повторяющийся успешный опыт в совокупности с богатым репертуаром позитивного подкрепления – как раз и способствовал повышению Я-эффективности и генерализации усвоенных навыков у пациентов.

Приемом, позволяющим повысить воспринимаемую Я-компетентность в обучении, является и тщательный подбор так называемых «целевых характеристик» задачи [23]. Непосредственно предстоящая задача – важный фактор силы мотивации. Задачи с отдаленными и неясными целями воспринимаются пациентом как сложные, тогда как близкие и четко поставленные цели с большей вероятностью будут рассматриваться им как те, с которыми можно справиться. Так, задача на сортировку, для выполнения которой от пациента требуется, например, разбить 9 объектов по двум характеристикам (по цвету и по форме) более понятна. Менее понятна задача на сортировку, когда требуется разбить 15 объектов на 3 категории, которые пациент должен «определить самостоятельно» (т.е. пациент должен сам угадать основания для классификации, которые суть – форма, цвет, размер). Поставив перед пациентом задачу с целевыми характеристиками, которые соответствуют его, пациента, когнитивным способностям и психологической готовности к «провалу», мож-

но повысить мотивацию к ее выполнению. Психологическая удаленность цели и ожидание неудачи сказывается на мотивации: у пациентов снижается желание действовать.

Обратная связь, получаемая пациентом в процессе работы, также может повлиять на Я-эффективность [23]. Положительный отзыв мотивирует человека, испытывающего трудности при выполнении задачи. Однако это может стать и «демотиватором», если у пациента вдруг возникнут сомнения в искренности такого отзыва [27]. Ведущий, подкрепляющий реальные способности и усилия, и произносящий при этом заслуживающие доверия слова, создает ожидание успеха. Настоящая обратная связь – это адресная, данная в нужное время обратная связь, она максимально эффективна, так как подкреплена реальными достижениями пациента [33].

В психологии мотивации различают несколько типов обратной связи: «обратная связь по результатам выполнения задания», «корректирующая обратная связь», «обратная связь по типу атрибуции», «стратегическая обратная связь» и др. [27]. Обратная связь может исходить изнутри (когда пациент сам дает себе обратную связь) или извне (от ведущего группы или от врача). Обратная связь по типу атрибуции дает информацию на предмет Я-эффективности, связывает успех в деятельности с приложенными пациентом усилиями («Вы все сделали правильно») и существенно поддерживает мотивацию.

Тип обратной связи может и должен меняться со временем. Когда пациент только приступает к работе над упражнением, важна оценка именно его усилий (а не столько возможностей); по мере овладения пациентом навыками задача становится легче, и тогда используется обратная связь по типу оценки возможностей. Обратная связь по результатам выполнения задания дает информацию о продвижении в обучении. В компьютерные обучающие программы встроена обратная связь именно данного типа. Пациентов просят отслеживать ход выполнения задания. Такое самонаблюдение повышает уровень психического функционирования и обеспечивает синхронность целей и возможностей. Пациенты, которых побуждают постоянно отслеживать ход выполнения работы, включают процесс само-мониторинга, что улучшает показатели выхода в программах восстановления когнитивных функций [6, 31]. Процесс само-мониторинга – когда пациент записывает на бумаге или вербально озвучивает свои мыслительные процессы – позволяет организовать такую обратную связь, которая и способствует прогрессу от занятия к занятию.

Ожидание успеха в плане выполнения когнитивных задач также чувствительно к моделированию [3]. Здесь на Я-эффективность влияет опыт викарного (или замещающего) обучения: пациент наблюдает за кем-либо, успешно выполняющим

задачу, действия последнего он может повторить, идентифицируясь с ним. Моделирование повышает Я-эффективность обучающегося, если он считает, что модель демонстрирует ценные навыки, если модель похожа на него в плане его способностей и навыков (т.е. если в качестве модели выступает кто-либо из «своих»). Если же в качестве модели выступает врач или иной эксперт, это не дает пациенту нужного чувства Я-эффективности: эти люди считаются «другими», «непохожими». Пациенты противятся участию в таком викарном обучении, когда и без того благополучные и компетентные клиники демонстрируют им те или иные навыки.

В деятельности, связанную с обучением, человек склонен включаться, если воспринимает ее как ценность [29, 30]. Учебная деятельность приобретает ценность, если, во-первых, она пробуждает у человека интерес, во-вторых, если она воспринимается человеком как полезная в плане достижения им собственных целей, в третьих, если обучение помогает человеку достичь будущего желаемого Я. Наконец, есть и четвертая составляющая: плата (стоимость), которую принимают во внимание при оценке важности задачи. Человек взвешивает затраты времени и энергии при выполнении задачи, признает ограниченность своих ресурсов.

Учебная деятельность приобретает ценность, если она пробуждает у человека интерес. В психологии мотивации теориями привлекательности стремятся непосредственно объяснить целенаправленность действий. Привлекательность воспринимаемых или ожидаемых объектов или событий – это то, что запускает действие и одновременно придает ему направленность. Привлекательность выполняет функцию «энергетизации» действия, а также функцию управления, при этом она мотивирует деятельность. Мотивация привлекательностью, учитывая сниженную способность пациентов к переживанию удовольствия и прочие ангедонистические тенденции, не всегда оправдывает себя.

Задаче совсем не обязательно быть привлекательной, интересной и увлекательной в случае, если пациент видит практическую пользу от ее выполнения, может связать ее выполнение с собственными целями, краткосрочными и долгосрочными. Удовлетворенность от выполнения задачи приходит от связи между затраченными усилиями и достижением цели. У пациента складывается впечатление, что между его действием и наступлением желательных результатов существует причинная связь, «сопряженность». Сложную структуру регуляторных процессов больного интегрирует в одно целое та практическая задача, которую он ставит перед собой. Если такой задачи нет, то нет и программы и цели действия, нет организованного, строго направленного поведения. Поведение пациента на занятиях мотивируется не любым или всеми возможными его мотивами, а тем из самых высоких мотивов в

иерархии (т.е. из самых сильных), который в данных условиях ближе всех связан с перспективой достижения соответствующего целевого состояния. Такой мотив активируется, становится действенным.

Когда программы когнитивного восстановления комбинируются с другими формами психосоциальной реабилитации, ценность когнитивной реабилитации становится более очевидной. Пациенты более мотивированы, так как предлагаемые упражнения видятся ими в практической плоскости как путь к возвращению в жизнь – на работу, в институт, путь к независимому проживанию.

Затраты – очень важная составляющая, рассматриваемая в связи с представлением о ценности обучения. Исследователи указывают на важность учета эмоциональных и физических затрат при выборе пациентом того или иного вида деятельности [30]. Как известно, в результате болезни истощаются ресурсы личности, падает «энергетический потенциал». Пациенты, принявшие решение об участии в программе, должны прежде оценить свои возможности. Когда цена участия в программе когнитивного восстановления или любой другой психосоциальной терапии слишком велика, пациент может отказаться от участия, даже если высоко оценивает ожидаемый результат терапии. С другой стороны, отказ от участия может повлечь неблагоприятные (а за ними – еще большие затраты), и это может подтолкнуть пациента к тому, чтобы изменить свое решение.

Факторы, динамизирующие действие: внутренняя и внешняя мотивация

Человек проявляет мотивацию к выполнению задачи, если полагает, что у него есть выбор и он самостоятельно принимает решение о выполнении данной задачи; если он считает, что будет компетентен, справится с задачей; если для него будут ценны сопровождающие его деятельность социальные взаимодействия и связи [11]. Если учебная ситуация способствует удовлетворению этих потребностей (иными словами, потребности в личном контроле, мастерстве и привязанности), то человек находит обучение притягательным.

В контексте обучения это проявляется в виде желания участвовать в учебной, познавательной деятельности, поскольку она, по своей сути, интересна и привлекательна. «Внешней» мотивация становится тогда, когда достигнутый результат пациент приписывает внешним причинам и когда он предпринимает действие не по собственному желанию, а в силу внешних последствий типа вознаграждения и наказания за невыполнение.

Внутренняя мотивация положительно коррелирует с более высоким качеством обучения, большей настойчивостью в плане выполнения работы, с большей креативностью, более высокой самооценкой и чувством благополучия, а также с более актив-

ным вовлечением в окружающую обстановку [26]. Внешняя мотивация, как показано, может сократить количество изучаемого материала; и педагогам, в таком случае, советуют использовать данный вид мотивации с известной осторожностью [10, 13, 14].

Приведенные выше данные относятся к здоровым субъектам. Если предположить, что пациенты с шизофренией обучаются так же, как и здоровые субъекты (норма), то в рамках реабилитации когнитивных функций внутренняя мотивация будет положительно сказываться на результатах их деятельности. Это предположение было подтверждено в уже упомянутом исследовании А. Medalia и соавт. [24]. Участников программы разделили на группы имеющих высокую или низкую внутреннюю мотивацию. «Добровольность» и «частота и регулярность» посещения пациентами занятий рассматривались в качестве меры оценки внутренней мотивации. Пациенты имели право выбора, принимать участие в программе или нет. Выявлены значимые эффекты по всем показателям для группы с высокой внутренней мотивацией: участники лучше и быстрее выполняли предложенную задачу.

Роль внутренней мотивации не ограничивается лишь данными эффектами. Внутренняя мотивация опосредует связь нейрокогниции с психосоциальными показателями выхода как такового. Е. Nakagami и соавт. [25] изучили природу отношений между нейрокогницией, внутренней мотивацией и психосоциальным функционированием у больных шизофренией (n=120), проходивших амбулаторную психосоциальную реабилитацию. Внутренняя мотивация значимо опосредовала связь между нейрокогницией и психосоциальным функционированием, однако нейрокогниция как таковая не влияла на отношения между внутренней мотивацией и психосоциальным функционированием. Внутренняя мотивация способствует нейрокогнитивному улучшению и крайне важна в плане психосоциальных стратегий улучшения функциональных показателей пациентов.

Ситуационные условия и актуализация внутренней мотивации

Говоря о внутренней мотивации в обучении, важно осветить ситуационные условия, приводящие к ее актуализации. Речь идет о социально обусловленных (социальных контекстуальных) переменных, которые могут повлиять на нее – в сторону увеличения или уменьшения. При разработке методических приемов реабилитации когнитивных функций, опираясь на социальные контекстуальные переменные, можно повысить эффективность мероприятий, проводимых в сообществе, где внешние факторы мотивации (например, подкрепление), как правило, не срабатывают.

В образовательном процессе в норме социальные контекстуальные переменные, влияющие на вну-

треннюю мотивацию к обучению, суть: 1) межличностный контекст; 2) техники инструктирования (методические приемы); 3) общие условия (окружение) обучения.

Межличностный контекст – это отношения между учителем и учеником, отношения между обучающимися. Социальный контекст можно контролировать, оказывая, например, давление на учащегося (через напоминание, через установление сроков выполнения задачи, путем авторитарных комментариев и т.п.). Требования окружения, внешнее давление – все это может снижать уровень переживаемого самоутверждения. Все это ограничивает его автономию, уменьшает «чувство автономии», способствует снижению мотивации [10]. Контролирующий социальный контекст ведет к пассивности и снижает качество обучения. Напротив, социальный контекст, ослабляющий значимость внешних стимулов, когда не столь часто прибегают к контролирующим комментариям, а обращаются к индивидуальности, личности обучающегося, – повышает внутреннюю мотивацию, и далее – способствует лучшему выполнению задания, усвоению большего объема материала, появлению чувства благополучия [10].

Весь спектр социально обусловленных переменных, влияющих на внутреннюю мотивацию к обучению, представлен в мета-аналитическом обзоре [10]. Как оказалось, все они применимы к пациентам с шизофренией, и, возможно, ко всем пациентам, включающимся в программы реабилитации в психиатрии [1]. Отношения между специалистом, осуществляющим когнитивное восстановление, и пациентом являются ключевым фактором в плане ответной реакции пациента на лечение, а создание благоприятных условий, поддерживающих автономию пациента, всецело отвечает принципам, на которых основывается современная психиатрическая реабилитация.

В программах реабилитации когнитивных функций поддерживающую автономию пациента среду создает ведущий. Он не столько контролирует выполнение предписанного программой набора задач, но и наблюдает, оценивает, направляет деятельность пациента, использует упражнения и задачи, отвечающие потребностям пациента [23]. Ведущий получает данные не только о процессах переработки пациентом информации, содержащейся в предложенной ему задаче или проблемной ситуации, но и данные о принятии пациентом разного рода управляющих и вспомогательных воздействий (например, обратной связи).

Внутренняя мотивация усиливается, когда пациенту позволяют осуществлять, пусть и ограниченный, но все же осязаемый контроль над процессом обучения, когда ценность деятельности для него очевидна и существуют возможности для демонстрации собственной компетентности.

Учебные методики или техники инструктирования – другая важная социальная контекстуальная

детерминанта внутренней мотивации к обучению. Техники инструктирования повышают мотивацию, если в них заложено следующее: 1) контекстуализация; 2) персонализация; 3) возможность выбора [29]. Эти приемы должны использоваться и в конкретном виде деятельности пациента и в общем построении лечения.

Учебный материал, помещенный в контекст практической полезности и связи с повседневной жизненной активностью пациента, будет усваиваться лучше. Так, при восстановлении внимания пациента, когда используется задача на фокусировку, можно пойти двумя путями. Пациенту необходимо нажимать на кнопку всякий раз, когда на экране компьютера будет появляться желтый круг. Это так называемая «деконтекстуализированная» версия задачи. «Контекстуализированная» же версия создает условия стимулирующие: пациент выступает в роли «проводника поезда», в задачу которого входит быстро и точно реагировать на цвет сигнала на трассе.

Персонализация – это соотнесение учебной деятельности, приближение учебного материала к интересам и ценностям пациента. Соответственно подбирается и задача, например, на решение проблем (подбор по цвету объектов среди массива фигурок различной формы) – на том или ином материале (путешествие, доставка груза и т.п.). Персонализация также предполагает обращение к личности пациента: его просят написать свое имя, расписаться, или, как и при контекстуализации, предлагается взять на себя роль и смоделировать деятельность, реально существующую в жизни.

Предоставление возможности выбора в учебной деятельности позволяет обучающемуся осуществлять необходимый контроль. Например, в тренировках памяти при выполнении упражнений на визуальную память пациент волен выбирать уровень трудности задачи или вводить дополнительные аудио сигналы как подсказки.

Пациенты с шизофренией, как оказалось, отвечают на приведенные выше социальные контекстуальные переменные и переменные инструктирования, так, как на них отвечают нормальные субъекты. Сравнивались техники инструктирования и определялось влияние мотивирующей инструкции на результат обучения. Мотивирующая инструкция строилась таким образом, что осуществлялась контекстуализация когнитивной задачи (задача приводилась в осмысленный, оформленный в виде игры контекст), персонализация процесса обучения и обеспечивался выбор в ходе работы над задачей. Пациенты с шизофренией приобретали больше когнитивных навыков, демонстрировали большую внутреннюю мотивацию, сообщали о более высоком уровне собственной компетентности и показали лучшее распределение ресурсов внимания, нежели пациенты, помещенные в стандартные условия, когда давалась обычная инструкция. Таким образом,

система мотивации у пациентов с шизофренией, актуализирующаяся в ситуации обучения, является податливой, в том смысле, что реагирует на те же социальные контекстуальные «ключи» (стимулы), что усиливают внутреннюю мотивацию обучения в норме.

Тот факт, что система мотивации у пациентов с шизофренией, актуализирующаяся в ситуации обучения, является податливой и реагирует на социальные контекстуальные ключи, важен для разработки программ реабилитации когнитивных функций. Здесь не следует ограничиваться сугубо когнитивным аспектом программ (например, на какие области когниции нацеливаться). Важен вопрос о том, как проводить лечение: эффективна такая программа, которая использует виды деятельности, дающие пациентам возможность управлять процессом, ощущать собственную компетентность и переживать опыт позитивных межличностных отношений. Именно такая программа будет способствовать актуализации внутренней мотивации к обучению и положительно сказываться на результатах обучения.

Когда пациенты внутренне мотивированы, они испытывают удовлетворение от самого процесса деятельности (а не исключительно за счет внешних ее «подпорок», таких как денежное подкрепление, награды или сертификаты участия) [23]. Соответствующие паттерны внутренне мотивированного поведения повторяются без ощутимого внешнего вознаграждения, и с большей вероятностью будут поддерживаться далее. Это особенно актуально для разработки программ психосоциальной реабилитации. Внешние поощрения и подкрепления недостаточно сильно влияют на пациентов с шизофренией [4, 16]. Разумнее сосредоточить усилия на поощрении внутреннего удовольствия пациентов и ценности, которую они отводят обучению как таковому.

Под воздействием внешнего подкрепления внутренняя мотивация ослабевает. Внешнее подкрепление может «экстернализировать» мотивацию, несколько снизив интерес к выполнению задачи,

которая первоначально решалась под влиянием внутренних побуждений. Внешние «мотиваторы», однако, следует время от времени использовать. Оптимальным будет умелое сочетание факторов внешней и внутренней мотивации, когда возможен взаимно подкрепляющий эффект [17]. Синергическая польза обоих видов мотивации особенно важна для тех пациентов, которые сталкиваются с задачами, имеющими сложные и отдаленные цели. Соответствующие внешние «мотиваторы» (например, обратная связь на предмет выполнения задания) могут способствовать постепенной «интернализации» ценности обучения, развитию контроля и мастерства.

Заключение

Программы когнитивного восстановления будут более эффективны, если задействовать внутреннюю и внешнюю мотивацию пациентов. В настоящее время уже сформировался обширный пласт литературы о влиянии мотивации на результаты обучения здоровых лиц, а также лиц, страдающих шизофренией. Пациенты, участвующие в таких программах, добиваются лучших результатов, если их удастся внутренне мотивировать. Внутренняя мотивация побуждает пациента посещать занятия, а улучшенные когнитивные функции рассматриваются пациентом как сама по себе важнейшая цель. Внутренней мотивацией можно управлять, например, с помощью определенных техник инструктирования. Пациенты с шизофренией чувствительны к техникам инструктирования, известным как используемые для повышения внутренней мотивации здоровых лиц, причем реагируют на них сходным образом. Такая, адаптивная по своему характеру, природа мотивационных процессов у пациентов с шизофренией может служить основой для разработки и совершенствования программ восстановления когнитивных функций. В результате происходит не только улучшение когнитивных функций, но и отмечается положительная динамика в плане более широких функциональных показателей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Anthony W.A. Cognitive remediation and psychiatric rehabilitation // *J. Psychiatr. Rehab.* 2008. Vol. 32. P. 87–88.
2. Bandura A. Toward a psychology of human agency // *Perspect. Psychol. Sci.* 2006. Vol. 1. P. 164–180.
3. 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.
4. Batch D.M. The relationships among cognition, motivation, and emotion in schizophrenia: how much little we know // *Schizophr. Bull.* 2005. Vol. 31. P. 875–881.
5. Berridge K.C. et al. Affective neuroscience of pleasure: reward in humans and animals // *Psychopharmacology.* 2008. Vol. 199. P. 457–480.
6. Choi J., Kurtz M.M. A comparison of remediation techniques on the Wisconsin Card Sorting Test in schizophrenia // *Schizophr. Res.* 2009. Vol. 107. P. 76–82.
7. Choi J., Medalia A. Factors associated with a positive response to cognitive remediation in a community psychiatric sample // *Psychiatr. Serv.* 2005. Vol. 56. P. 602–604.
8. Clare L., Jones R.S. Errorless learning in the rehabilitation of memory impairment: a critical review // *Neuropsychol. Rev.* 2008. Vol. 18. P. 1–23.
9. Cordova D.I., Lepper M.R. Intrinsic motivation and the process of learning: beneficial effects of contextualization, personalization, and choice // *J. Educ. Psychol.* 1996. Vol. 88. P. 715–730.
10. Deci E.L., Koestner R., Ryan R.M. A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation // *Psychol. Bull.* 1999. Vol. 125. P. 627–668.
11. Deci E.L., Ryan R.M. Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains // *Can. Psychol.* 2008. Vol. 49. P. 14–23.
12. Dweck C.S. *Self-theories. Their role in motivation, personality, and development.* Philadelphia: Psychology Press, 1999.
13. Dweck C.S. Motivational processes affecting learning // *Am. Psychologist.* 1986. Vol. 41. P. 1040–1048.
14. Dweck C.S., Mangels J.A., Good C. Motivational effects on attention, cognition, and performance // *Motivation, emotion, and cognition: Integrative perspectives on intellectual functioning and development* / D.Y.Dai, R.J.Sternberg (Eds.). Mahwah: Erlbaum Associates, 2004.
15. Fiszdon J.M., Choi J., Bryson G.J., Bell M.D. Impact of intellectual

- status on response to cognitive task training in patients with schizophrenia // *Schizophr. Res.* 2006. Vol. 87. P. 261–269.
16. Gold J.M., Waltz J.A., Prentice K.J. et al. Reward processing in schizophrenia: a deficit in the representation of value // *Schizophr. Bull.* 2008. Vol. 34. P. 835–847.
 17. Hidi S., Harackiewicz J. Motivating the academically unmotivated: a critical issue for the 21st century // *Rev. Educ. Res.* 2000. Vol. 70. P. 151.
 18. Hogarty G.E., Flesher S., Ulrich R. et al. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2004. Vol. 61. P. 866–876.
 19. 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.
 20. Krabbendam L., Aleman A. Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled trials // *Psychopharmacology.* 2003. Vol. 169. P. 369–382.
 21. McGurk S.R., Twamley E.W., Sitzer D.I. et al. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* 2007. Vol. 164. P. 791–802.
 22. Medalia A., Choi J. The role of motivation and engagement in successful cognitive training with schizophrenia patients // *Schizophr. Bull.* 2009. Vol. 35. P. 355.
 23. Medalia A., Revheim N., Herlands T. Cognitive remediation for psychological disorders. Therapist Guide. New York: Oxford University Press, 2009.
 24. Medalia A., Richardson R. What predicts a good response to cognitive remediation interventions? // *Schizophr. Bull.* 2005. Vol. 31. P. 942–953.
 25. Nakagami E., Xie B., Hoe M., Brekke J. Intrinsic motivation, neurocognition, and psychosocial functioning in schizophrenia: testing mediator and moderator effects // *Schizophr. Res.* 2008. Vol. 105. P. 95–104.
 26. Ryan R.M., Deci E.L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being // *Am. Psychol.* 2000. Vol. 55. P. 68–78.
 27. Schunk D.H., Zimmerman B.J. (Eds.). *Motivation and self-regulated learning: Theory, research and applications.* Mahwah: Erlbaum Associates Publishers, 2008.
 28. Twamley E.W., Jeste D.V., Bellack A.S. A review of cognitive training in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 2003. Vol. 29. P. 359–382.
 29. Wigfield A., Eccles J.S. Expectancy-value theory of achievement motivation // *Contemp. Educ. Psychol.* 2000. Vol. 25. P. 68–81.
 30. Wigfield A., Eccles J.S. (Eds.). *Development of Achievement Motivation.* San Diego: Academic Press, 2002.
 31. Wykes T., Newton E., Landau S. et al. Cognitive remediation therapy (CRT) for young early onset patients with schizophrenia: an exploratory randomized controlled trial // *Schizophr. Res.* 2007. Vol. 94. P. 221–230.
 32. Wykes T., Reeder C., Landau S. et al. Cognitive remediation therapy in schizophrenia: randomized controlled trial // *Br. J. Psychiatry.* 2007. Vol. 190. P. 421–427.
 33. 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.

ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ МОТИВАЦИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВНУТРЕННИХ ПОДКРЕПЛЯЮЩИХ СВОЙСТВ КОГНИТИВНОЙ СТИМУЛЯЦИИ

Н. Д. Семенова

Реферативный обзор одного из разделов недавно вышедшей книги, посвященной нейрокогниции и социальной когниции при шизофрении – V.Roder, A.Medalia (Eds.). *Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients: Basic Concepts and Treatment.* Karger, 2010. P. 158–173.

Данный раздел посвящен влиянию психолого-педагогического мотивирующего воздействия на качество и результаты обучения па-

циентов с шизофренией. Речь идет о применении методов обучения, основанных на достижениях психологии мотивации и педагогики и предполагающих использование внутренних подкрепляющих свойств когнитивной стимуляции.

Ключевые слова: мотивация при шизофрении, когнитивная стимуляция, нейрокогниция, социальная когниция.

MOTIVATIONAL ENHANCEMENTS IN SCHIZOPHRENIA: USING INTRINSIC REINFORCEMENT PROPERTIES OF COGNITIVE STIMULATION

N. D. Semenova

This is an extended summary of a section of the book ‘Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients: Basic Concepts and Treatment’ edited by Volker Roder and Alice Medalia (Karger, 2010. P. 158–173).

The chapter reviewed deals with the influence of pedagogical and psychological motivation on the quality of learning and learning outcomes

in schizophrenic patients. The focus is on using the methods based on achievements of the motivation psychology and pedagogics that involve intrinsic reinforcement properties of cognitive stimulation.

Key words: motivation in schizophrenia, cognitive stimulation, neurocognition, social cognition.

Семенова Наталья Дмитриевна – кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: niyam@yahoо.com