

---

## АКТУАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

### МОТИВАЦИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ И ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

**А.В. Васильева, В.В. Бочаров, Д.М. Сарайкин**

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт имени В.М. Бехтерева,  
Санкт-Петербург*

Программа IPPP Всемирной психиатрической ассоциации от 2005 года предполагает, что основной мишенью для фармакологических и психотерапевтических воздействий является личность пациента и особенности его индивидуального функционирования в обществе. В её рамках существует концепция диагноза, определяемого как интеграция позитивных и негативных аспектов здоровья в их взаимодействии внутри жизненного контекста личности (Mezzich J.E., 2005). Качество жизни является одним из базовых понятий личностно-ориентированной психиатрии, наряду с теорией о сохранных здоровых ресурсах патологически измененной личности (Ammon G., 1988; Schmolke M., Lecic-Tosevski D., 2003). Так называемый личностно-ориентированный интегративный диагноз (PID) включает изучение качества жизни и будет изменяться во времени с учётом текущего состояния больного в его "объективных" и "субъективных" показателей. Неоднократно отмечалась необходимость анализа и оценки социального окружения больного, его независимости, потребностей, духовной сферы, удовлетворенности общим качеством своего здоровья (Фурст Дж.Б., 1957; Кабанов М.М., 1985; Sartorius N., Gaebel W., 2002, и др.). На данный момент термин "качество жизни" используется чрезвычайно широко и является следствием применения биопсихосоциального подхода к вопросам болезни и здоровья (Engel G.L.,

1979) и принципа партнерства в терапии (Ammon G., 1969; Кабанов М.М., 1998). Изначально ВОЗ определила "здоровье" как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезни или ограничения способности. К настоящему времени ВОЗ гораздо чаще, чем раньше, использует понятие "качество жизни" и определяет его как "восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами". В это определение входит также уровень способности индивида к развитию. В клинической медицине понятие "качество жизни" стало применяться с 1977 г., заявленное в Index Medicus. К настоящему моменту проведено большое количество исследований, связанных с качеством жизни, в различных отраслях медицины, в том числе в психотерапии и психофармакотерапии (Бурковский Г.В., 1997; Коцюбинский А.П., 2004; Михайлов В.А., Громов С.А., 2004; Kuyken W., 1994, и др.).

Одним из важных методологических вопросов, связанных с качеством жизни, является его оценка с точки зрения "субъективных" и "объективных" показателей. В рамках "субъективного подхода" качество жизни может рассматриваться как субъективное восприятие индивидом своего состояния и положения в жизни в зависимости от системы ценностей, потребностей и ожиданий (Гурович И.Я., Шмуклер А.П., 1998). В отличие от объективных показателей функционирования человека в жизни с точки зрения общественных норм субъективные индикаторы пытаются установить относительную важность различных сфер жизни для каждого индивида в терминах его собственной "субъективной нормы" (Parsons T., 1967). К.А. Menninger считал важным описывать состояние жизни больного в его "личных терминах": ощущение счастья, позитивная оценка своих социальных отношений, удовлетворенность и т.д. (1971). J. Brandstädter (1982) отмечал, что объективные критерии здоровья часто культурально обусловлены, и их бывает недостаточно для понимания "ценностного смысла болезни самим больным". В рамках второго подхода (Коцюбинский А.П., 2004) большее внимание уделяется "объективным характеристикам качества жизни". В

качестве варианта третьего подхода R. Lutz (1995) предложил рассматривать понятие "здоровье", "болезнь" и "самочувствие" как независимые величины, предлагая разделять критерии объективной (нормативной) и субъективной (личностно-мотивационной) картины функционирования организма. Внешние условия среды, её качество должны анализироваться как осмысленная ситуация, имеющая не только общественный, но и субъективный аспект (Bandura A., 1975). J.R. Elkinton (1966), описывая качество жизни, отмечает, что гармоничные отношения человека с самим собой должны в норме сочетаться с адаптивными социальными отношениями, в которых он состоит.

Важность изучения связи мотивации с восприятием внешних условий неоднократно подчёркивалась в рамках различных подходов. Поскольку мотивация является динамическим звеном личности, она связана и с формированием границ "Я" (Jacobson E., 1971). Именно эти границы отвечают за то, каким образом индивид взаимодействует со средой и субъективно оценивает эту среду (Хартманн Х., 2002). Ж. Пиаже (1975) убедительно показал, что в организации восприятия жизненного пространства, условий любой деятельности и жизни вообще ведущую роль играет смысловая нагрузка этой среды личностным смыслом. С.Л. Рубинштейн подчеркивает важность понимания базового единства человека и среды, в которой он функционирует (1998). Ж. Нюттен (2004), полагал, что адаптация человека к условиям жизни и его оценка этих условий представляют собой постоянное мотивационное согласование. А.Н. Леонтьев (2004) подробно описывает трансформацию потребностей разного порядка в мотивы и цели и подчеркивает роль смысла в оценке и регуляции деятельности. А. Адлер (1995) в своей работе по изучению образа объекта потребности отмечает, что характеристики жизненной среды, чрезмерно ограничивающие поле деятельности, противостоящие потребности в развитии, рождают потребность в агрессивном обращении с объектами этой среды. О необходимости изучать связь мотивации и субъективно воспринимаемой индивидом характеристики среды говорил также Х. Хекхаузен (1986). Изменение соотношений условий жизни и личностных ресурсов способно вызывать напря-

жение в личностно-мотивационной системе, которое может проявиться и как симптом, изменяющий в свою очередь восприятие среды (Parsons T., 1967). Некоторые исследователи (Gollwitzer P., 1996) выделяют в качестве одной из мотивационных фаз оценку своих действий по изменению условий среды и оценку этих условий. По сути, эта оценка также может являться отдельным блоком для описания качества жизни. Связь мотивации и качества жизни можно рассматривать и с точки зрения концепции отношений В.Н. Мясищева, как комплекс отношений личности к своему функционированию и внешним требованиям. Качество жизни имманентно присутствует в теории отношений как внутренняя оценка объективных условий. В этом случае мотивация, как предпочтение определенных отношений и оценка этих отношений, играет ведущую роль.

Таким образом, представляет интерес рассмотрение взаимосвязи многомерной оценки пациентов с различным уровнем организации личности, невротическим и пограничным, своего качества жизни и взаимосвязи этой оценки с составляющими мотивационной структуры. Полученные данные могут использоваться для более целенаправленного планирования психотерапевтических интервенций.

Целью проведенного исследования явился анализ предполагаемой нами взаимосвязи характеристик мотивации и показателей качества жизни у больных с разным уровнем нервно-психической патологии. Для достижения поставленной цели был использован качественный клинико-психологический, экспериментально-психологический и статистический (корреляционный) анализ. Применялись проективный тест мотивационной индукции ММИ Ж. Нюттена, опросник качества жизни ВОЗ КЖ-100, клиническое интервью.

Исследуемая выборка составила 120 больных, находившихся на стационарном лечении в отделении неврозов и психотерапии СПб НИПНИ имени В.М. Бехтерева, с одинаковой долей мужчин и женщин. Возраст испытуемых варьировался от 20 до 50 лет, средний возраст по выборке составил 36 лет. Уровень образования всех испытуемых был не ниже среднего. Критерием формирования сравниваемых групп выступили: согласие

больных на проведение исследования и регистр заболевания (невротические и личностные расстройства). Все испытуемые имели верифицированный диагноз (модули F4 и F6 МКБ-10).

Корреляционный анализ проводился отдельно в каждой группе. Анализу подверглись показатели методики КЖ-100 (основные сферы и показатель общего качества жизни и состояния здоровья) и показатели методики ММИ.

В результате анализа обнаружены корреляции между показателями качества жизни методики КЖ-100 и мотивационными характеристиками методики ММИ (табл. 1, 2).

Таблица 1

Корреляции показателей качества жизни и мотивационных характеристик в группе больных с невротическими расстройствами

Показатели качества жизни КЖ-100	Мотивационные характеристики ММИ	Коэффициенты корреляции и уровень значимости
Физическая сфера	Экзистенциальные категории	$r = -0,420; p < 0,05$
	Интимный контакт	$r = 0,365; p < 0,05$
	Фиксация на ситуации тестирования	$r = -0,385; p < 0,05$
	Неудовлетворенность профессиональной деятельностью	$r = -0,405; p < 0,05$
Духовная сфера	Самореализация	$r = -0,401; p < 0,05$
Социальные взаимоотношения	Интенсивность	$r = 0,422; p < 0,05$
Окружающая среда	Психическое самосохранение	$r = 0,478; p < 0,05$
Уровень независимости	Самореализация	$r = 0,410; p < 0,05$
Психологическая сфера	Нереалистичные желания	$r = -0,382; p < 0,05$
	Самореализация	$r = -0,451; p < 0,05$
Общее качество жизни и состояние здоровья	Экзистенциальные категории	$r = -0,361; p < 0,05$
	Самореализация	$r = -0,467; p < 0,05$

Таблица 2

Корреляции показателей качества жизни и мотивационных характеристик в группе больных с расстройствами личности

Показатели качества жизни КЖ-100	Мотивационные характеристики ММИ	Коэффициенты корреляции и уровень значимости
Физическая сфера	Получение опыта	$r = 0,403; p < 0,05$
	Обладание объектом	$r = 0,446; p < 0,05$
	Фиксация на ситуации тестирования	$r = 0,403; p < 0,05$
Духовная сфера	Обладание объектом	$r = 0,408; p < 0,05$
	Коррекция тестового материала	$r = 0,478; p < 0,05$
Социальные взаимоотношения	Контакт вне эмоционального контекста	$r = 0,445; p < 0,05$
Окружающая среда	Контакт вне эмоционального контекста	$r = 0,607; p < 0,05$
Уровень независимости	Обладание объектом	$r = 0,406; p < 0,05$
	Коррекция тестового материала	$r = 0,404; p < 0,05$
Психологическая сфера	Обладание объектом	$r = 0,505; p < 0,01$
	Коррекция тестового материала	$r = 0,411; p < 0,05$
Общее качество жизни и состояние здоровья	Обладание объектом	$r = 0,502; p < 0,05$
	Коррекция тестового материала	$r = 0,478; p < 0,05$

Рассмотрим полученные корреляции между показателями качества жизни (основных сфер) и мотивационными характеристиками отдельно для каждой группы.

Качество физической сферы включает в себя оценку больным своей активности и жизненной энергии, удовлетворенность отдыхом и т.д. Как видно в табл. 1, качество физической сферы в группе невротических расстройств положительно коррелирует с мотивационной характеристикой "интимный контакт" и отрицательно – с характеристиками "экзистенциальные категории", "неудовлетворенность профессиональной деятельностью",

"фиксация на ситуации тестирования". Удовлетворенность качеством своего физического самочувствия (в том числе отсутствие вегетативных и психосоматических симптомов) у данной категории больных, вероятно, связана с включённостью в целенаправленные рабочие отношения, способностью переносить широкий спектр фрустрирующих ситуаций без переживаний тотальной опустошенности, выраженных депрессивных жалоб и озабоченности вопросами экзистенциального характера. Так, больной А., описывая вегетативные компоненты тревоги (головокружение, дрожь) отмечает, что *"это пугает, но я всё равно кое-как хожу на работу, иногда это даже помогает..., возьму себя в руки и терплю..., болеть особо некогда, а то еще и другие проблемы начнутся"*. Больная Н. схоже описывает свои проблемы: *"накатывает что-то, но я всё повторяю себе, что это не конец света, девчонки на работе подбадривают..., чаю с ними попьешь, отработашь, и полегче, повеселее"*. Используя свои симптомы, эти больные удерживают значимых других рядом с собой, в этом случае близкие (в том числе и интимные) отношения являются своего рода "гарантом от надвигающейся катастрофы". И наоборот, способность вступать в близкие доверительные отношения является важным критерием невротически структурированной личности.

Можно говорить о том, что при блокаде данных мотивационных потребностей эти пациенты склонны фиксироваться на вегетосоматических проявлениях тревоги и внутреннего напряжения, используя физическое недомогание для "патологической адаптации" к неблагоприятной ситуации, выбирая социальную роль больного, снимая таким образом с себя ответственность за исход ситуации. Сам по себе симптом может выполнять важную социально-коммуникативную функцию, выступая в качестве транзитного объекта, обеспечивающего установление отношений со значимыми другими.

В группе личностных расстройств этот показатель положительно коррелирует с мотивационными характеристиками "получение опыта", "обладание объектом" и "фиксация на ситуации тестирования". Можно считать, что новые ощущения и переживания в ряде случаев играют роль "обезболивающего", больные

могут механически переключаться на что-то необычное. Больная К. рассказывает, что *"путешествия с парнем на море всегда успокаивали..., ни разу не болела там..., было много нового, и я была наполнена"*. Она же отмечает, что *"по возвращении в наш серый Питер мне сначала было скучно, а потом опять закрутились в голове эти болезненные мысли"*. Можно предположить также, исходя из некоторых психодинамических концепций, что, испытывая болезненные чувства в соматической или психосоматической сфере, больной на какой-то момент получает подтверждение, что он существует. В этом случае сама попытка выстроить свои внешние границы, вызванная физическим дискомфортом, выступает в роли нового опыта. Вопросы удовлетворенности своим физическим самочувствием у данной категории больных приобретают особую значимость. Пациент может отыгрывать свое бессилие перед многочисленными соматическими жалобами, анализировать свое физическое состояние, скрыв (сознательно или бессознательно) за этими жалобами, подчас развернутыми и многочисленными, свои внутренние переживания. В ситуации тестирования такие пациенты фиксируются на вопросах "головной боли", "дрожи", "холода". Больная В. рассказывает: *"я чувствую... странные ощущения в груди", "мы поссорились и у меня затряслись руки"*, не имея возможности дать ощутить себе те реальные чувства и фантазии, которые у нее были на эти моменты. Связь с обладанием объектом, вероятно, говорит о выраженных симбиотических компонентах в личностно-мотивационной структуре.

Общее качество жизни в группе невротических расстройств отрицательно коррелирует с мотивационными характеристиками "экзистенциальные категории" и "самореализация". Вероятно, локально очерченный невротический конфликт (и симптом) в некоторой мере компенсируется "экзистенциально" у таких больных близким окружением, привязанностями, обязательствами. В этом случае "затопления" негативными эмоциями и фантазиями всей жизненной сферы не происходит, существуют свободные от конфликта и зоны "Я" и социальные аспекты. Больные во время беседы часто говорят: *"я болею, но у меня есть и много хорошего"*, *"паника мешает работать, но в семье"*



*мне спокойно*", *"мне мешает тревога, но я зарабатываю деньги, и уже это меня поддерживает, жена опять же"*. Больной А. так завершает одно из обследований: *"короче, у меня есть проблема, но не всё же тотально плохо"*. Чем меньше ориентирован больной на реализацию своих планов и замыслов, тем меньше он будет удовлетворен общим качеством своей жизни, и тем большую выгоду от своего состояния будет получать.

В группе личностных расстройств показатель общего качества жизни положительно коррелирует с мотивационными характеристиками "обладание объектом" и "коррекция тестового материала". Можно предположить, что уровень удовлетворенности такими больными качеством своей жизни базируется на принципе удовольствия. Отсутствие значимого объекта, вследствие неразвитой способности переносить напряжение и давление разнонаправленных потребностей, сопровождается активацией примитивных защит. В этом случае все психические силы идут на поддержание этих защит и построение фантазий, при этом сама ситуация не изменяется. Вследствие работы этих механизмов больные часто ощущают опустошенность, усталость, *"всё бесит, вокруг пустота, напряжение большое... вроде бы и делаешь что-то, а лучше не становится"*. Больная М., рассказывая о сексуальном партнере, говорит: *"если я его потеряю, всё не имеет смысла"*. Так же она говорит о возможности потери работы, сниженной успеваемости и т.д. К тому же именно деструктивный характер взаимодействия с объектами, без учета существующих правил и условностей, намеренно упрощенный, основанный на отреагировании вовне, сопровождающийся обесцениванием других и игнорированием контекста отношений, и определяет привычное "хорошее" общее качество жизни больных этой категории. Второй вариант – это чрезмерное усложнение мотивационной схемы, её размытость, отражающая низкую дифференциацию внутренних структур. О.Ф. Кернберг (2000) так описывает эту ситуацию: *"жизнь здорового человека – это ад для психопата"*.

Духовная сфера качества жизни включает в себя имеющиеся духовные, религиозные и личные убеждения индивида. В группе невротических расстройств она отрицательно связана с

мотивационной характеристикой "самореализация". Переживания собственной адекватности, смысла жизни, экзистенциальных вопросов, вероятно, связаны с активной целенаправленной деятельностью "Я". Участвуя в процессах обмена социальной энергией, вступая в отношения с другими без выраженных деструктивных компонентов, больные этой категории, имея относительно сохранную личностную структуру, не фиксированы на вопросах конечности существования, одиночества, витальной экзистенциальной тревоги. И напротив, ограничительное поведение, разрыв контактов и отстраненная позиция усиливают тревогу, вызывают депрессивные переживания. В качестве примера можно привести слова больной А.: *"когда нужно кормить ребенка, работать, на курсы по вождению ходить, да еще и за собой следить, то нет времени на прочую ерунду, типа, откуда мы взялись и зачем всё это..., иначе можно действительно с ума сойти и сидеть в комнате днями, думать над всякими мудрыми вещами"*.

В группе больных с расстройствами личности духовная сфера положительно коррелирует с характеристиками мотивации "обладание объектом потребности" и "коррекция тестового материала". Вероятно, личные убеждения больных этой группы часто соотносятся с конечным обладанием чем-либо, а не процессом достижения желаемого. В этом случае промежуточные звенья, делающие осуществление их потребностей более адаптивным и учитывающим сложный социальный контекст, опускаются в силу их непереносимости. Больные часто повторяют: *"у меня просто это будет, вот увидите"*, *"если я захочу, то..."*. В этом находят свое отражение и их грандиозные фантазии. Больной М., например, строя планы на будущее, говорит: *"вот выйду отсюда, сразу появится девчонка нормальная, потом сразу работа подвернется..., я же всё правильно делаю"*. Больной Н. так комментирует причины своего обращения в клинику: *"сильные люди имеют то, что хотят – это как закон..., когда чего-то нет, то нужно разгрузиться, и мне здесь для этого делают капельницы"*. Как уже предполагалось ранее, в случаях с показателем "коррекция тестового материала" речь идёт об игнорировании важных социальных смыслов, нечувствительности к эмоциональному контексту си-

туаций. Духовные убеждения (более или менее осознаваемые и оформленные) сводятся к обесцениванию объекта, намеренному упрощению ситуаций, недостаточной восприимчивости к условиям и социальным ролям. Например, больной М. так описывает свои "понятия" и свои "законы": *"если что-то не нравится, то это неправильно..., понравилась женщина – бери её..., не понял что-то – и не надо, надо просто делать"*. И добавляет: *"это мой закон"*. З. Фрейд в своей работе об изучении характера (1908) считал базовой характеристикой личностных расстройств неуспешную социализацию инстинктивных побуждений, мотивов (Фрейд З., 1991). О. Фенихель (2004) отмечал, что уровень нарушения "Я", его личностно-мотивационных структур при расстройствах личности может давать настолько дезадаптивное поведение и способы оценки реальности, которые выглядят порой как предпсихотические.

Социальные взаимоотношения как показатель качества жизни включают в себя личные отношения, оценку социальной поддержки и близкие контакты. Как видно в табл. 1, в группе невротических расстройств он положительно коррелирует с мотивационной характеристикой "интенсивность". Вероятно, у больного в период декомпенсации может нарастать эмоциональная и (или) экономическая зависимость от ближайшего окружения. По мере увеличения выгоды от болезни у пациента может утрачиваться способность дифференцировать эти отношения, выносить напряженность в них. На место относительно зрелых взаимоотношений могут выходить нереалистичные, фантазийные, с требованием "постоянной заботы", "вечной верности". Так, например, больная Е., описывая свои отношения с мужем, говорит: *"всегда очень бурно реагировала на поведение мужа..., на то, как со мной общались друзья..., часто плакала, если на меня повышали голос или хамили"*.

В группе личностных расстройств этот показатель положительно коррелирует с мотивационной характеристикой "контакт вне эмоционального контекста". Больные этой категории часто говорят об "ощущении пустоты в жизни", "жизни по привычке", "одиночестве", "непонятной скуке". Г. Аммон (1971) отмечает, что в социально-аффективный обмен строится на искреннем ин-

тересе к другому человеку, с серьёзным отношением к его потребностям. Часто формализуя контакт, не учитывая социально-го контекста, следуя деструктивным сценариям взаимодействия, скрываясь за защитным фасадом, больные исключают себя из процессов обмена социальной энергией, лишаются связей. Постепенно у больного накапливаются подтверждения собственной неэффективности, от которых всё труднее защищаться.

Психологическая сфера как показатель качества жизни включает в себя образ тела и внешность, эмоциональную жизнь, познавательные функции, самооценку и т.д. В группе невротических расстройств, как видно в табл. 1, этот показатель отрицательно коррелирует с мотивационными характеристиками "нереалистичные желания" и "самореализация". Клинической иллюстрацией к данной корреляции могут быть слова больного В.: *"решил вот найти себе девушку..., приходится и более смелым быть, и на дискотеку ходил рядом с домом, и у друга спросил совета..., потому что если просто сидеть и мечтать об этом, то, в конце концов, останешься один и никакой девушки"*. Ощущению психологического дискомфорта способствуют нереалистичные фантазии и ожидания, повышенные требования к окружающим или к себе. Чем менее реальные цели больные ставят перед собой, занимая пассивную позицию, тем с большим напряжением сталкиваются. Больная М. комментирует свою "мечтательность" так: *"на днях вдруг поняла, что нужно просто где-то нормально работать, а не искать того, кто бы меня обеспечил..., столько времени потратила на ожидание – такой нервной стала"*. Необходимо отметить, что нарастающая выгода от своего состояния способствует повышению пассивности больного. Чем более пассивную, "больную" роль он занимает, тем меньше он включен в реальные планы преобразования окружающего, тем в меньшем числе сфер может самореализоваться. На первое место в психической жизни могут начинать выходить жалобы и симптомы.

В группе личностных расстройств психологическая сфера качества жизни имеет положительные корреляции с мотивационными характеристиками "обладание объектом потребности" и "коррекция тестового материала". Ощущение благополучия, как

уже упоминалось выше, у больных этой категории, связано как с необходимостью "обладать объектом". Больные, как уже указывалось, часто повторяют: *"у меня просто это будет, вот увидите"*, *"если я захочу, то..."* или (в период декомпенсации): *"если мне не дают чего-либо, если чего-то нет, то сердце не выдерживает"* (больная М.). Фактически речь идет о типичных для данной категории больных мотивационных тенденциях. Как уже говорилось, подразумевается непереносимость условностей, требования реальности могут вызывать интенсивную агрессивную реакцию.

Сфера качества жизни "окружающая среда" включает в себя оценку больным своей защищенности, качества оказываемой помощи, уровня доступных данных, финансовых ресурсов и т.д. Как видно в табл. 1, в группе невротических расстройств этот показатель имеет положительную корреляцию с мотивационной характеристикой "психическое самосохранение". Можно считать, что больные этой группы, имея ослабляющий их внутрипсихический конфликт, становятся более зависимыми от внешних условий. И наоборот, они могут изменять качество среды, в которой находятся, опираясь на относительно сохранную личностную структуру, а их самореализация в этом случае не несет в себе выраженных деструктивных импульсов. Это означает, что речь идет не о разрушении, а об изменении окружающего.

В группе личностных расстройств показатель удовлетворенности окружающей средой положительно коррелирует с мотивационной характеристикой "контакт вне эмоционального контекста". Больные этой группы часто подчеркивают, что *"чтобы нормально жить, нужно отношения строить деловые..., жить из принципов полезности..."* (больной М.), *"всегда была крайне рациональной и поэтому обеспеченной, имела всё, что хотела, и мне завидовали все мои счастливые, но бедные подруги"* (больная А.), *"все живем и терпим друг друга только из выгоды, чувства выглядят часто мешающими"* (больной А.). Такие больные могут использовать других как "подлежащий опустошению ресурс" (Ammon G., 1988).

Уровень независимости включает в себя способность выполнять повседневные дела, зависимость от лекарств и лечения,

оценку больным своей способности функционировать без посторонней помощи и т.д. Как видно в табл. 1, в группе невротических расстройств он положительно коррелирует с мотивационной характеристикой "самореализация". Функции границ, идентичности и, следовательно, автономии при невротических расстройствах остаются относительно нетронутыми. Больной способен выстраивать противоречивые, но достаточно целостные объектные отношения, оценивать и принимать собственную роль в процессе дезадаптации. Так, больной В., описывая те изменения, которые с ним произошли, говорит: *"Не буду же я всю жизнь пить таблетки и за доктором ходить..., когда все рекомендации выполняешь, да еще и сам что-то делаешь, помогаешь себе сам, не раскисаешь, то и лечишь тебя проще"*. Больная О. так оценивает своё состояние: *"Когда настроишься сама, успокоишься, то это лучше, чем когда только лечишься"*. Эти больные только в период острой первичной декомпенсации, на фоне "пугающих и непонятных" симптомов, могут требовать постоянной поддержки, отрицая свою способность самим регулировать свое состояние, демонстрируя выраженную зависимость от врача и медицинского персонала.

В группе расстройств личности уровень независимости положительно связан, как и многие другие сферы качества жизни в этой группе, с двумя мощными мотивационными тенденциями: "обладание объектом потребности" и "коррекция тестового материала". Понятие независимости часто сводится у таких больных к декларативному фасадному поведению (так, больной М. отмечает, что *"всегда всё знал, поэтому был свободным вообще от всего"*, *"сам себе начальник, надо мной никого нет, никто не может указывать мне"*). Еще один вариант – обесценивание важности других (в том числе назначенного лечения и врача), упрощение отношений вследствие неумения считывать все многообразие взаимоотношений. Преобладание примитивных психологических защит, например, расщепления и обесценивания, может создавать у таких больных фантазии о собственной силе и свободе на фоне слабости и зависимости других. "Независимость" от лечения в этой группе может проявляться и в манипулировании врачом, обрывах терапии, нарушениях психотерапев-

тического контракта и границ отношений, лживости и прочих деструктивных тенденциях, когда больной перенесёт и в клинику привычные для себя мотивационные сценарии. Больной А. так поясняет своё "удовлетворение от своей жизни": *"Когда я мог чётко всем показать на их правильное место, у меня всё было хорошо. Но когда сталкиваешься с непониманием и тупым нежеланием людей, здоровье часто страдает"*.

Большее число корреляционных связей показателей качества жизни и мотивационных показателей в группе больных невротозами по сравнению с группой больных с расстройствами личности может означать, например, что больные с невротическими расстройствами используют большее число мотивационных ресурсов, достигая адаптации в среде, чем больные с расстройствами личности, и их критерии для оценки этой адаптации являются более гибкими. Как отмечают в своём руководстве к МКБ-10 В.Д. Вид и Ю.В. Попов, при расстройствах личности одним из важных неспецифических критериев является негибкое социальное поведение (2002).

Понятие "самореализация" в группе больных невротического уровня можно, вероятно, считать проявлением относительно целостной идентичности, как процесса постоянного поиска и развития (Ammon G., 1988), направленного на реализацию жизненных целей. В группе личностных расстройств важное место занимают категории "обладание объектом" (предметом потребности), "коррекция тестового материала" и "контакт вне эмоционального контекста". Как подчеркивают O.F. Kernberg (1981) и E. Goldstein (1981), больные с расстройствами личности всегда устанавливают с окружающими пустые искаженные отношения, если они вообще не блокируются. Оценивая качество своей жизни, эти больные часто употребляют в качестве критерия "хорошей среды" просто факт обладания желаемым (вне желания ставить промежуточные цели и испытывать "рабочее напряжение") и способность изменять среду по своему усмотрению, игнорируя в большинстве случаев социальный контекст, например, вследствие недостаточной интеграции структур Супер-эго (Jacobson E., 1964).

Литература

1. *Адлер А.* Практика и теория индивидуальной психологии. М.: Дайджест, 1995. 256 с.
2. *Бурковский Г.В., Кабанов М.М., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В.* Реформы службы психического здоровья: проблемы и перспективы: Материалы междунар. конф. М., 1997. С. 171-177.
3. *Вид В.Д., Попов Ю.В.* Современная клиническая психиатрия. СПб.: Речь, 2002. 402 с.
4. *Гурович И.Я., Шмуклер А.П.* Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // Соц. и клин. психиатрия. 1998. № 2. С. 35-39
5. *Кабанов М.М.* Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб.: Изд-во СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1998. 256 с.
6. *Кернберг О. Ф.* Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии. М.: Класс, 2000. 458 с.
7. *Коцюбинский А.П.* Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание. СПб: Гиппократ плюс, 2004. 336 с.
8. *Леонтьев А.Н.* Деятельность, сознание, личность. М.: Смысл, 2004. 352 с.
9. *Мясищев В.Н.* Психология отношений // В.Н. Мясищев. Избр. психол. труды. Воронеж: МОДЭК, 2004. 400 с.
10. *Нюттен Ж.* Мотивация, действия и перспектива будущего. М.: Смысл, 2004. 608 с.
11. *Пиаже Ж., Фресс П.* Экспериментальная психология. Вып. 5. М.: Прогресс, 1975. 284 с.
12. *Рубинштейн С.Л.* Основы общей психологии. СПб.: Питер, 1998. 705 с.
13. *Фенихель О.* Психоаналитическая теория неврозов. М.: Академ. проект, 2004. 848 с.
14. *Фрейд З.* Психоаналитические этюды. Минск, 1997. 506 с.
15. *Фурст Дж.Б.* Невротик: его среда и жизненный мир. М.: Изд-во иностр. лит., 1957. 374 с.
16. *Хартманн Х.* Эго-психология и проблема адаптации личности. М.: Ин-т общегуманит. исслед., 2002. 143 с.
17. *Хекхаузен Х.* Мотивация и деятельность. М.: Педагогика, 1986. 406 с.
18. *Ammon G.* Vorträge 1969-1988. München: Pinel Verlag GmbH, 1988. 442 S.
19. *Bandura A.* Social foundations of thought and actions. A social-cognitive theory. New Jersey, 1986. P. 617.



20. *Brandstädter J.* Kern- und Leitbegriffe psychologischer Prävention // J. Psychologische Prävention. Bern: Huber Verlag. S. 81-115.
21. *Elkinton J.R.* Medicine and the quality of life / J.R. Elkinton // *Annals of Internal Medicine.* 1966. Vol. 64. P. 711-714.
22. *Engel G.L.* The clinical application of the biopsychosocial model // *Am. J. Psychiatry.* 1979. Vol. 137. P. 535-544.
23. *Gollwitzer P.* Das Rubikonmodell der Handlungsphasen // *Enzyklopädie der Psychologie.* Ser. Motivation und Emotion. Bd. 4. Göttingen: Hogrefe. S. 427-468.
24. *Jacobson E.* The self and the object world // *The Psychoanalytic Study of the Child.* N.Y.: Int. Univ. Press, 1964. Vol. 9. P. 75-127.
25. *Jacobson E.* On the psychoanalytic theory of affects // *Depression.* NY: Univer. Press, 1971. P. 3-47.
26. *Kernberg O.F., Goldstein E.* Diagnosing borderline personality organization // *J. Nerv. and Ment. Disease.* 1981. Vol. 169. P. 225-231.
27. *Kuhl J.* The volitional basis of Personality Systems Interaction Theory: applications in learning and treatment contexts // *Int. J. of Educational Research.* 2000. Vol. 33. P. 665-703.
28. *Kuyken W. et al.* Quality of life assessment across cultures // *Int. J. Ment. Health.* 1994. Vol. 23. P. 5-27.
29. *Lutz R.* Zur Gesundheit bei Kranken // *Wie gesund sind Kranke?* / R. Lutz (Hrsg.). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 1995. S. 11-24.
30. *Menninger K.A.* The Human mind. N.Y.: A. Knopf. 3 ed. 1971. P. 517.
31. *Mezzich J.E.* Positive health: conceptual place, dimensions and implications // *J. Psychopathology.* 2005. Vol. 38. P. 177-179.
32. *Parsons T.* Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur // *Der Kranke in der modernen Gessellschaft* / A. Mitscherlich, T. Brocher, O. von Mering, K. Horn (Hrsg.). Köln: Kiepenheuer und Witsch. S. 57-87.
33. *Sartorius N., Gaebel W.* *Psychiatry in Society.* John Wiley and sons, 2002. 304 p.
34. *Schmolke M., Lecic-Tosevski D.* Health promotion: an integral component of effective clinical care // *J. Dynamic Psychiatry.* 2003. Vol. 36. P. 221-319.