

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. В.М. БЕХТЕРЕВА

**Метод определения мотивационных
сценариев для выбора оптимального
взаимодействия психотерапевта и пациента и
планирования психотерапии при пограничных
нервно-психических расстройствах**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург

2011

Аннотация

Учитывая, что определяющим фактором для успеха психотерапии являются мотивация пациента и взаимоотношения между врачом и пациентом, нами разработан метод для определения ведущего мотивационного сценария пациента. На его основе можно наметить дальнейшую стратегию психотерапии, учесть возникающие трудности и определить психотерапевта, который по своим личностным и профессиональным характеристикам наиболее соответствует конкретному случаю.

Предлагаются 7 типов мотивационных сценариев и схема психотерапевтических воздействий для каждого типа. Типы определяются при помощи батареи психодиагностических методик (в контексте структурированного биографического интервью): Метода мотивационной индукции Ж. Нюттена (ММИ), Я-структурного теста Аммона (ISTA), Метода оценки психического здоровья, SELF-теста.

Методические рекомендации предназначены врачам-психотерапевтам и клиническим психологам.

Метод разработан в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева.

Авторы: профессор Б.Д. Карвасарский, м. н. с. Д.М. Сарайкин, кандидат медицинских наук А.В. Васильева, доктор медицинских наук, профессор В.А. Абабков, кандидат психологических наук В.В. Бочаров, доктор медицинских наук, А.Л. Калинина, кандидат медицинских наук С.В. Полтораки, доктор медицинских наук, профессор Е.И. Чехлатый

Введение

Психотерапию как систему лечебного воздействия на психику и через психику на организм (Карвасарский Б.Д., 1999) можно рассматривать как особым образом сконструированные взаимоотношения психотерапевта и больного. «Взаимоотношения — это и есть терапия» (Кан М., 1997). Психотерапевтические подходы, по сути, предлагают различные типы взаимоотношений с пациентом, и каждый тип отношений обладает определенным потенциалом. Определяющим фактором в этих отношениях является не только сознательная позиция психотерапевта, принадлежность его к конкретной школе, но и стремление пациента сформировать с врачом определенные отношения, то есть его мотивация. Можно сказать, что существуют главные мотивационные линии, соотносимые с целями и смыслом жизни. Они определяют долговременную общую стратегию деятельности, и, вероятно, психотерапии тоже (Леонтьев А.Н., 2007). Э. Эриксон (1996) называет такой мотивационный сценарий установкой по отношению к миру (например, базисное доверие), которая доступна наблюдению и проявляется в поведении. Мотивация, с точки зрения этого подхода, всегда подразумевает неосознаваемое или слабоосознаваемое планирование деятельности. Можно также сказать, что анализ личности и психотерапия немислимы без прояснения мотивационных сил, лежащих в основе отношений пациента с врачом (Хорни К., 2007).

Поставленные индивидом цели и особенности его отношений с психотерапевтом (не всегда осознанные), как правило, отражают его жизненную историю, вплоть до раннего опыта, как считают некоторые исследователи (Адлер А., 2003). Внешне наблюдаемые поступки пациента не являются простой реакцией (выученной или произвольной) на внешнюю стимуляцию, но опосредуются потребностями, мотивами и установками, которые определяют поведение и особенности контакта (Рубинштейн С.Л., 2007).

Основой любого психологического анализа можно считать анализ отношений индивида с объектами. Психотерапевт, несомненно, является мощным объектом для пациента, и отношения больного с ним можно изучать через рассмотрение мотивационной структуры (Мясищев В.Н., 1960). Можно предположить, что поскольку психотерапия — это взаимоотношения, то мотивация определяет то, каким образом больной будет относиться к оче-

редному важному объекту, то есть к врачу, и изучать это отношение. Мотивация — это предпочтение определенных отношений между организмом и средой (Нюттен Ж., 2004), и психотерапия не является исключением. На основе мотивационной структуры, в частности, можно оценить, в какой терапии — экспрессивной или суппортивной — нуждается пациент в данный момент. Как указывает В.Д. Вид (2008), способность больного воспользоваться определенным типом отношений из предлагаемого ему репертуара важнее, чем широкий спектр приемов, которыми владеет врач.

Существенным для успеха лечения является и срок установления контакта, своевременное формирование терапевтического альянса практически в два раза уменьшает риск обрыва психотерапии (Вид В.Д., 2008). На основе отношения пациента к психотерапии и психотерапевту возможен как анализ актуального состояния больного, его личностной структуры (Фрейд З., 1991), так и выбор стратегии терапии (Sifneos P.E., 1967). При этом важно отметить, что мотивационные особенности пациента в большей степени зависят от особенностей организации личности, характеристик его первичной групповой динамики и интернализированной в течение жизни системы отношений, чем от синдромального диагноза, положенного в основу современной классификации МКБ-10, где сложные феноменологические патохарактерологические образования полностью игнорируются. А часто именно они определяют патогенез и форму течения заболевания.

Описание метода

Для определения типа мотивационного сценария, имеющего значение для планирования психотерапии, исследование проводится врачом-психотерапевтом или психологом в амбулаторных или стационарных условиях. Для оценки мотивационной сферы требуются результаты исследования по методикам ISTA, МОПЗ, ММИ и обработанный протокол полуструктурированного автобиографического интервью. Мотивационный сценарий отражает жизненную историю пациента, вплоть до раннего опыта, определяет долговременную общую стратегию деятельности, представляет собой предпочтение определенных отношений между человеком и средой и является качественным показателем динамической основы личности.

Базовым инструментом исследования является **метод мотивационной индукции (ММИ) Ж. Нюттена**, прочие служат для уточнения и объективации полученных данных. В основе ММИ лежит техника изучения времени и перспективы будущего, предложенная Ж. Нюттеном в 1980 году. В работе используется наиболее полный из применяемых в российской практике вариантов метода Нюттена — вариант Д.А. Леонтьева (1995). Метод сконструирован по типу проективного, состоит из 40 мотивационных индукторов в форме незаконченных предложений. Все начала предложений сформулированы в первом лице единственного числа, что позволяет испытуемым спонтанно адресовать индуктор к самому себе. Используемый в индукторе глагол всегда выражает склонность, усилие, намерение, импульс и т. п. Испытуемые завершают каждый индуктор и, делая это, формулируют объекты, которые их мотивируют. В данном варианте метода списки негативных и позитивных индукторов объединены в одно целое.

Мотивационные индукторы были выбраны из большого списка глаголов и глагольных оборотов, обозначающих различные модальности мотивации, после многочисленных предварительных исследований. Для учета возможных колебаний и для выявления менее желательных намерений субъекта некоторые индукторы сформулированы в сослагательном наклонении. Можно сказать, что метод позволяет выявить динамику мотивационных процессов и тенденции к проявлению или подавлению импульсов, дать представление о специфике возможных мотивационных конфликтов. При этом особо удачным является то, что при анализе его результатов можно с высокой степенью вероятности выявить как осознаваемую часть мотивационного конфликта, так и неосознаваемый мотив, представленный в некой потребности. Подытоживая, можно сделать вывод, что ММИ предназначен для сбора информации о мотивационных состояниях, когнитивно переработанных в целевые объекты, намерения, стремления и желания. Метод, согласно авторской концепции, исходит из того, что цели, проекты и намерения оказывают определенное влияние на явное и/или скрытое поведение. Исходя из этого можно сделать вывод о выраженности его внешней валидности. ММИ чувствителен к экспериментально провоцируемым мотивационным различиям между группами (McClelland D.C. et al., 1953), хорошо отражает нереализованные желания и устремления (Lefebvre L., 1969). ММИ,

предъявляемый по всем правилам и достаточно полно кодируемый, обладает высокими валидностью и надежностью для выявления наборов мотивационных объектов в различных группах испытуемых. Результаты ММИ подлежат кодировке, дающей представление о временных характеристиках мотивационной индукции, временной организации жизни, повторяющихся действиях-сценариях, целевых объектах, направленности мотивационного процесса и т. п. Основные мотивационные характеристики приводятся в Приложении 1, индукторы ММИ приведены в Приложении 2.

Я-структурный тест Г. Аммона (ISTA) — опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне. Метод позволяет целостно оценить структуру личности в совокупности ее здоровых и патологически измененных аспектов. Метод предложен автором в 1980 году. Использовалась русскоязычная версия Я-структурного теста. Данная методика соответствует принципам динамической психиатрии. Опросник представляет собой стандартный перечень, включающий 220 утверждений, которые оцениваются испытуемыми как верные или неверные по отношению к ним. Вопросы перечня затрагивают настроение, самочувствие, особенности эмоциональных переживаний и поведения в различных жизненных ситуациях. Фактически испытуемому предлагается оценить себя и свое поведение в пространстве воображаемых обстоятельств, заданных тестовыми утверждениями. Конструкция метода отражает теоретические представления о структуре и особенностях развития центральных Я-функций. Тест состоит из 18 шкал, объединенных в шесть отдельных блоков. Каждый из блоков описывает деятельность одной из шести рассматриваемых функций: агрессия, страх, внешнее Я-отграничение, внутреннее Я-отграничение, нарциссизм, сексуальность. Каждая из перечисленных функций описывается тремя отдельными шкалами (конструктивная, деструктивная, дефицитарная). Группы этих шкал обнаруживают высокую положительную корреляцию внутри группы. В 1997 году в России была проведена рестандартизация опросника на группе, включающей 1000 испытуемых в возрасте от 18 до 53 лет, преимущественно со средним или средне-специальным образованием. В тесте используется Т-приведение по стандартной формуле. Нормативный интервал для данной методики составляет 20 Т и располагается в интервале от 40 Т до 60 Т. Методика адаптирована в СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева при

участии Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. Согласование психологического смысла предлагаемых заданий с немецкими аналогами осуществлялось на основе экспертного заключения, выработанного группой экспертов-психологов, которые опирались на концепцию G. Ammon (1996). В 1997 году был осуществлен двойной перевод текста утверждений для проверки соответствия перевода оригиналу. Высокое соответствие было экспертно подтверждено.

Метод оценки психического здоровья (МОПЗ) представляет собой систему психодиагностических шкал, устанавливающих уровни адаптационных ресурсов личности, психопатологической симптоматики и психической активности, а также их соотношение в производных индексах. Включает три первичные шкалы: общая конструктивность, деструктивность и дефицитарность, два индекса: уровень компенсации и уровень активности. В качестве метода для сбора первичных данных применяется Я-структурный тест Аммона. В методе используется блоковая группировка показателей Я-структурного теста, причем проведенные исследования показывают высокую статистическую значимость корреляций шкал, входящих в каждый блок.

Структурированное биографическое интервью. В психотерапии жизненная история больного имеет большое значение, поскольку связана с областью этиопатогенеза нервно-психических расстройств. Анамнез жизни может дать важные гипотезы относительно причин заболевания, позволит показать условия его протекания, ту групповую динамику, в которой заболевание протекало. Фундаментальный вклад в развитие биографического метода исследования личности внес еще З. Фрейд, анализируя влияние истории ранних лет жизни на динамику психопатологических явлений. Исследования, проведенные Л. Бинсвангером (1928), Е. Абе-Бре-м (1988), М. Аммон (2002) и др., убедительно показали, что «биографические зарисовки» (термин был предложен А. Зачер, 1987) позволяют выявить связь между психопатологией и определенными жизненными событиями. Биография человека, как интегрирующий фактор, имеет особое значение.

Прояснение жизненного пути индивида может привести к пониманию его взгляда на мир и на самого себя. Качественное исследование в этом случае позволяет признать за объектом исследования некий «человеческий статус». Для понимания этиологии различных заболеваний биографический подход как научно-исследовательская

концепция кажется особенно полезным (Карвасарский Б.Д. с соавт., 2003). В соответствии с указаниями U. Gerhardt (1986), были выбраны два основных критерия с целью подбора испытуемых для автобиографического интервью: регистр заболевания и острота заболевания. В автобиографическом методе, согласно рекомендациям, предложенным А. Witzel (1985), корректно применять руководство (для структурирования тематики), контекстуальный протокол, специфическое зондирование и спонтанные вопросы.

Для структурирования всего массива данных, получаемых от пациента, была использована система конструкторов, выделенная М. Аммон (2002), посредством парафразирования и анализа автобиографии больных шизофренией. Перевод повседневной коммуникации в коммуникацию внутри метода осуществляется, исходя из требований Т. Dijk (1980), несколькими путями: добровольность участия субъекта в исследовании, договорные отношения, психодиагностический контракт, учет предварительной мотивации. На интерпретацию автобиографических исследований влияют несколько факторов: защитные психологические механизмы, искажающие откровенность высказываний; глубина патологии объектных отношений (Кернберг О.Ф., 1982); противоречивость сведений пациента о его жизненной истории.

Проводя качественные исследования, предполагающие субъективное рассмотрение, многие авторы уделяют недостаточно внимания первичной групповой динамике, в условиях которой происходит развитие больного. Исследования, касающиеся, например, этиологии психозов в рамках семейно-этиологического подхода (Rauch E. et al, 1998; Beal G., 1999), уделяют внимание лишь актуальному (наблюдаемому) поведению человека в социуме, актуальной ситуации (в связи с необходимостью оценивать эффективность психотерапии) и т. д. Для уменьшения вероятности возникновения артефактов следовало отказаться от полностью повествовательных неструктурированных интервью.

Для того чтобы уменьшить вероятность влияния «психоаналитических мифов» на характер описаний больных, из предложенных М. Аммон конструкторов (тем) жизненной истории был изъят блок, касающийся представлений больного о генезе своего заболевания. Это означает, что среди обсуждаемых в ходе исследования тем не поднимались вопросы связи первичной и актуальной динамики. При исследовании первичной групповой динамики

(или фантазий больного о ней) были использованы, таким образом, четыре тематические области: качество семейной структуры и отношений, тема отделенности от родительской семьи, особенности в развитии телесности и сексуальности и тенденция к заместительным фантазиям.

Для возможности применения статистической обработки данных было сделано предположение, что основные факторы (подтемы) жизненной истории пациентов могут считаться вопросами определенной шкалы. Роль шкал выполняли основные конструкторы. Данная процедура была введена для того, чтобы не только проанализировать «чистый результат» данных протоколов, но и произвести отсев случайных отличий в жизненных историях представителей разных экспериментальных групп. Косвенным образом эта процедура также соответствует указаниям А. Witzel (1985) «организовывать знание исследователя», чтобы перейти к контролируемому и доступному для сравнения способу обработки данных. Описание конструкторов приводится в Приложении 3.

Определение ведущего мотивационного сценария

В основу определения ведущего мотивационного сценария положены методы качественного анализа данных и статистический метод главных компонент (вращения матрицы данных) (табл. 1).

Процедура определения ведущего мотивационного сценария:

- 1) обработка протоколов экспериментально-психологического исследования по всем методикам;
- 2) выявление шкал, показатели которых имеют пиковые (наибольшие и наименьшие) значения;
- 3) анализ сочетания пиковых значений шкал всех методик;
- 4) составление общего вывода о преобладающих личностно-мотивационных особенностях пациента (мотивационного сценария).

Наиболее типичные сочетания шкал указаны в матрице (см. табл. 1).

Определение (в результате вышеприведенной последовательности) типов мотивационных сценариев соответствовало экспертной психотерапевтической оценке этих типов.

Таблица 1

Матрица для выявления ведущих компонентов мотивации

Показатели*	Компоненты** (Rotated component matrix)						
	1	2	3	4	5	6	7
ММИ							
Я						0,661	
Самосохранение	-0,401						
Самореализация				0,721			
Альтруистический контакт	-0,54						
Эгоцентрический контакт					0,624		
Конфликт			-0,7				
Экзистенциальные объекты							-0,717
Интенсивность влечения						0,718	
Цели вне времени							0,676
Исследование				0,877			
Эротические желания						-0,484	
ISTA					0,392		
Конструктивная агрессия							
Деструктивная агрессия			0,648				
Дефицитарная агрессия		0,494					
Конструктивная тревога	0,611						
Деструктивная тревога		0,641					

Продолжение Таблицы 1

Дефицитарная тревога			0,916				
Конструктивный нарциссизм	0,656						
Деструктивный нарциссизм		0,81					
Дефицитарный нарциссизм							
Конструктивная внешняя граница							
Деструктивная внешняя граница					0,716		
Дефицитарная внешняя граница							
Конструктивная внутренняя граница	0,717						
Деструктивная внутренняя граница							
Дефицитарная внутренняя граница							
Конструктивная сексуальность	0,844						
Деструктивная сексуальность							
Дефицитарная сексуальность					0,74		
МОПЗ							
Индекс alpha		-0,625					
Индекс beta	0,749						

* В целях наглядности матрицы в каждом из семи типов обозначены только те признаки (показатели), которые статистически достоверно контрастны.

** Использовался критерий нормализации Kaiser.

Систематика типов мотивационных сценариев

На основе интерпретации полученных данных нами была разработана базовая систематика мотивационных сценариев, представленная ниже.

Тревожно-сотрудничающий тип

Пациент обеспокоен как своим актуальным состоянием, так и возможными (воображаемыми) последствиями заболевания (риск затяжного течения; фантазии об «уникальности и неясности» своего состояния; страх приобрести возможный соматический дефект и стать социально неэффективным, размышления о неблагоприятном исходе). От врача постоянно требуются надежность, эффективность, «правильность», внимательное отношение, о которых прямо не говорится (это связано со страхом, что отношения с врачом могут испортиться из-за сомнений в эффективности лечения). В случае психотерапии такой пациент может большое внимание уделять возможным побочным эффектам, собственным ощущениям от лекарства, анализировать отзывы других пациентов о враче и назначенном лечении. Ситуации конфронтации в ходе психотерапии будут вызывать сильное напряжение, которое пациент постарается сознательно скрыть из боязни «ссоры» с психотерапевтом. Основной мотивационный объект — это самосохранение. Пациент, следуя этому объекту, может стремиться стать для врача «хорошим и покладистым пациентом», рассчитывая получить то же в ответ и избежать напряжения в ходе работы. Потенциал таких пациентов, как правило, довольно высокий, несмотря на возможные субдепрессивные переживания. Важным в этом типе является то, что пациент, в принципе, способен использовать контакт с врачом (и свое близкое окружение) для защиты от тревоги. Для успешного установления терапевтических отношений психотерапевту следует занимать патерналистскую позицию, проясняя в самом начале работы, что «ссоры» являются неизбежной частью психотерапевтического процесса и не приводят к «катастрофе» в отношениях. На первых этапах психотерапия должна в большей степени проходить в дидактическом стиле с сообщением пациенту сведений о природе и распространенности его расстройства.

Ограничительно-уклончивый тип

Пациент стремится к гиперконтролю своих проявлений;

особому контролю подвергаются попытки врача проанализировать связь жизненной ситуации и болезненных симптомов. Часто декларируется полная подавленность симптомом, беззащитность перед «непонятным состоянием». Контакт с врачом постоянно прорабатывается, прокручивается пациентом внутри себя, пациент часто насторожен, несколько отстранен и формален в контакте с психотерапевтом. Как правило, есть фиксация на своем болезненном переживании, которое начинает вытеснять из жизненного пространства пациента альтернативные объекты, переживания, происходит сужение поля мотивационных объектов. Уровень психической реализованности таких пациентов низок. От психотерапевта часто ожидается контроль, в фантазиях пациента психотерапевт может представлять как «карающий объект», близость и открытость по отношению к которому вызывает сильное сопротивление и страх. Одновременно в душе пациента почти постоянно происходит борьба между авторитетом врача, подразумевающим подчинение такого пациента, и страхом этого авторитета и подчинения. В отношениях с врачом повторяется прошлый травматический межличностный опыт пациента со значимыми другими. Психотерапевт должен быть в состоянии отслеживать и понимать свои эмоциональные реакции, часто они становятся ключом для понимания того, что происходит с пациентом. Необходимо прояснять, чем действительно опасен для больного доверительный контакт с врачом в ситуации здесь и сейчас, как его антиавторитарные реакции способствуют достижению целей, которые он сам определил. Большую помощь может оказать включение этих пациентов в экспрессивные формы психотерапии (арт-терапия, танцевально-двигательная психотерапия).

Деструктивно-экспансивный тип

Основная тенденция таких пациентов — воспринимать психотерапевта как холодного, жесткого, предельно формального и равнодушного к их страданиям. Свои отношения с ним больные стремятся упростить, отрицая их терапевтическую пользу. Внешне такой контакт с врачом больные прячут за фасадными образованиями, маскируя его под «простое и понятное общение с неплохим врачом», но глубина контакта невелика, в нем пациент занимает ригидную позицию, уклоняется от попыток конфронтации со своим опытом. Среди мощных скрытых мотивационных тенденций таких больных можно

выделить: обесценивание врача и назначенного лечения, цинизм в отношении психотерапии, резонерство, стремление «нанести врачу превентивный удар». Такие больные склонны разрушать терапевтические отношения, «мстить» врачу за его успехи. Пациент часто описывает себя как человека, находящегося под гнетом жизненных сложностей, ошибок других, непрофессионализма тех, кто ему помогал; отмечает направленную на него агрессию окружающих и их несостоятельность. Упрощение и обесценивание отношений у таких пациентов является примитивной защитой от сильного страха быть покинутым. Часто пациент «покидает» психотерапевта сам, чтобы не дать врачу сделать этого первому. Этот сценарный тип в большей степени присущ пациентам с пограничным и нарциссическим расстройствами. Здесь особенно высок риск развития так называемой негативной терапевтической реакции. Разрушив успех психотерапевта, больной тем самым в своих фантазиях одерживает над ним победу пусть даже ценой собственной неудачи. От психотерапевта требуется большая внутриличностная стабильность, поскольку эмоциональные реакции его и пациента образуют мощную интересубъективную эмоциональную систему с реципрокным взаимовлиянием. Не следует принимать желание таких пациентов прервать лечение за «чистую монету», от психотерапевта здесь требуется большое терпение, чтобы выяснить, что вызвало у пациента страх отвержения и собственной некомпетентности. В случае неуспеха целесообразно сообщить пациенту, что он может вернуться и продолжить лечение, когда почувствует себя более к этому готовым.

Конструктивно-экспансивный тип

Основной мотивационный объект — самореализация и синтез опыта (мотивация познания). Пациент относится к психотерапии как к процессу совместного творчества (проекта) с врачом. В ходе лечения такой пациент достаточно активен, способен к сотрудничеству и созданию «общей с врачом терапевтической реальности», в которой будет разворачиваться процесс психотерапии. Это означает, что болезнь не подавила в большой степени активность (потенциал развития сохранен), хотя и доставляет страдание, которое пациент не стремится скрыть от себя и окружающих, в том числе и от психотерапевта. Объектная активность такого пациента высока, не ограничивается областью заболевания и методами его коррекции.

Здесь возможно проведение краткосрочной интенсивной психотерапии с активной конфронтацией на ранних этапах работы. Важно понимать, что этот тип не так часто встречается, хотя и максимально соответствует представлениям психотерапевтов об «идеальном пациенте».

Амбивалентно-аффективный тип

Желания пациента, направленные на объекты желаний, как правило, сверхинтенсивны. В случае несоответствия мотивационного объекта и представлений пациента о нем, отношение может измениться полярно, и так происходит постоянно. Это означает, что пациентом образ врача будет так же легко идеализироваться, как и разрушаться после обесценивания. Врач и назначенное им лечение будут постоянно испытываться пациентом «на прочность», пациент будет «искусать» психотерапевта, проверяя его на способность выносить бурное восхищение и столь же бурное разочарование. Пациент знает, чем он хочет обладать, но не знает, что делать с объектом желания. Это означает, что, выказывая желание «быть сильным, гармоничным, хорошим, счастливым, честным», пациент видит в таком своем заказе исключительно оторванную от реальности характеристику. Пациент «просто хочет вылечиться», а не стать «другим» в результате психотерапии и реализоваться уже в новом качестве; такое желание оторвано от целостной реальной жизни. В этом случае целесообразно включение пациента на ранних этапах в групповые виды психотерапии, чтобы он мог, при девальвации индивидуального психотерапевта, сохранять терапевтические отношения с коллегами последнего. Особую важность приобретает групповая супервизия для интеграции расщепленных частей личности больного. Если такой возможности нет, то психотерапевт должен быть способен удерживать противоречивые аффективные состояния, чтобы отношения и чувства пациента стали более интегрированными.

Защитно-манипулятивный тип

Пациент стремится выстроить жесткий барьер между собой и врачом, «не подпускать слишком близко» к себе. Чем более искренне заинтересован врач в таком пациенте, тем жестче становится этот барьер (поскольку этот пациент сам недостаточно способен испытывать сострадание к другим), пациент в ряде случаев «не способен принять помощь» другого, когда чужое безразличие может быть неприятным. В

контакте с врачом пациент, как правило, аффективно скован, пассивен, отстранен. Процесс психотерапии видится больным как ситуация постоянного противостояния, когда возможны исключительно отношения «подчинения-подавления»; по сути, контакт с врачом практически односторонний. Такие отношения в понимании пациента часто сводятся к выяснению того, насколько манипулятивен врач, насколько жестко он пытается «продавить свою модель заболевания». Из-за гиперконтроля своих проявлений пациент может фасадно выглядеть как заинтересованный, внимательный к словам врача, трезво и критично оценивающий потенциал назначенного лечения. При более глубоком анализе можно выявить собственное желание пациента манипулировать психотерапевтом, оценивать того как «подлежащий опустошению ресурс», убеждать его в безусловной правоте собственных представлений. Пациенты легче доверяются среднему медицинскому персоналу, специалистам, проводящим вспомогательные психотерапевтические методики. В данном случае лучше избегать прямой конфронтации, дать возможность пациенту самому сделать правильные выводы, используя рассказ о третьих лицах, метафорические приемы.

Интровертированно-аутистичный тип

На первое место среди всех мотивационных объектов выходят трансцендентные, философские и экзистенциальные. Пациент фиксирован на вопросах одиночества, конечного смысла, внутренней пустоты, чувствует свою отгороженность от мира и преобладание своего постоянного внутреннего мира над актуальными переменчивыми (и часто субъективно непонятными) состояниями. Такие больные нередко неспособны выстраивать промежуточные звенья между объектом своих желаний и настоящим моментом, субъективно ощущая это как недоступность объекта. Среди основных тенденций выступают стремление исключить собственные мотивационные объекты из контекста реального времени, нарушение целеполагания и планирования. Чрезмерная погруженность в такие переживания осложняет терапевтические отношения с врачом, являясь своего рода «мутным стеклом между “Я” и реальностью». От врача в ряде случаев ожидается стабильность, предсказуемость, доступность. В худшем случае сам контакт представляется как «монолог одного из участников», когда больной избегает реального взаимодействия, побуждая врача «просто гово-

речь». Такие пациенты нуждаются в психотерапевте, который, обладая достаточными знаниями, чтобы поддержать диалог, имеет хорошие навыки планирования и стратегии проблемно-решающего поведения и способен осуществлять на первых этапах функции вспомогательного «Я» для пациента, пошагово разрабатывая вместе с ним план достижения цели. Особо эффективной в данном случае может быть милеи-терапия.

Необходимо отметить, что данная классификация не является исчерпывающей. Верно и то, что выделение чистых типов возможно далеко не всегда. Однако можно предположить, что вычленение доминирующих мотивационных сценариев (отношений) пациента с психотерапевтом позволит существенно помочь в работе и увеличить эффективность лечения.

Для дальнейшего практического применения рекомендуется рассматривать системно результаты тестов в обязательном контексте структурного биографического интервью, отражающего историю межличностных отношений пациента.

Выделенные типы мотивационных сценариев полезны для практической работы. На их основе могут быть более точно спрогнозированы особенности контакта с пациентом, получены данные о его уникальной субъективной реальности, осуществлен подбор конгруэнтного психотерапевта, отвечающего по своим эмпатическим и личностным характеристикам ожиданиям пациента, к примеру, более опекающего при тревожно-сотрудничающем типе мотивации или способного искренне продолжать сотрудничество с больным при отыгрывании им страха покинутости при деструктивно-экспансивном типе. Психотерапевт может, учитывая сценарный паттерн, планировать стратегию психотерапии. При этом на начальных этапах целесообразно удовлетворение истинных потребностей пациента в межличностных отношениях, и только после установления прочного терапевтического альянса с рефлексивной частью «Я» пациента возможны конфронтация и проработка деструктивных интерперсональных паттернов. При всем многообразии существующих на сегодняшний день приемов и техник, исход психотерапии в конечном счете определяется качеством и развитием контакта пациента с врачом.

Эффективность метода

В отделении невротозов и психотерапии НИПНИ им. В.М. Бехтерева проведено исследование мотивационной сферы у 120 больных с пограничными нервно-психическими расстройствами. 50% испытуемых составили женщины, 50% — мужчины. Все больные имели верифицированный диагноз по МКБ-10, находились на стационарном лечении, получали соответствующую психофармакологическую и психотерапевтическую коррекцию. Отбор испытуемых проводился рандомизированно: по возрасту — от 18 до 55 лет, по уровню образования — от среднего до высшего, со следующими диагнозами по МКБ-10 (табл. 2)

Таблица 2

**Распределение больных в исследуемой выборке
по ведущему диагнозу**

Диагноз по МКБ-10	Шифр	Число испытуемых
Смешанное расстройство личности	F61.0	30
Истерическое расстройство личности	F60.4	12
Шизоидное расстройство личности	F60.1	4
Эмоционально неустойчивое расстройство: — импульсивный подтип	F60.30	6
— пограничный подтип	F60.31	6
Зависимое расстройство личности	F60.7	1
Другие специфические расстройства личности	F60.8	1
Тревожно-фобическое расстройство	F40.8	13
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	F41.2	17
Тревожно-фобическое расстройство (другое, уточненное)	F40.9	7
Соматоформная вегетативная дисфункция	F45.3	5
Расстройство адаптации	F43.2	8
Обсессивно-компульсивное расстройство	F42.1	4
Паническое расстройство	F41.0	3
Конверсионное расстройство	F44.9	2
Неврастения	F48.0	1

В исследование вошли больные как с острым, так и с затяжным течением пограничных нервно-психических расстройств. Исследование проводилось индивидуально, чтобы снизить возможное влияние группы на ответы каждого испытуемого, в соответствии с методическими рекомендациями к каждому методу. Важно подчеркнуть необходимость максимально быстрого заполнения анкет испытуемым, а также свести к минимуму обсуждение ответов. Выполнение проективного метода ММИ

проводится в первую очередь для того, чтобы исключить влияние сформулированных в других тестах вопросов на спонтанные ответы испытуемого.

Исследование мотивационной сферы по предлагаемой процедуре показало свою надежность и практичность, что нашло отражение в улучшении результатов психотерапии у обследованного контингента больных.

Показания и противопоказания

Показанием к применению метода является планирование психотерапии, прежде всего психодинамического направления, для пациентов с пограничными нервно-психическими расстройствами.

Противопоказанием к применению метода является психотическое состояние пациента, сопровождающееся утратой критичности и дезориентированностью.

Приложения

Приложение 1

Технология кодирования ответов в ММИ

1. Соотношение кодовой единицы и контекста

При анализе результатов данного метода необходимо соотносить каждый пункт ответа с общей картиной, поэтому перед тем, как приступить к кодированию, необходимо ознакомиться со всеми высказываниями испытуемого, чтобы создать некий общий контекст. Следует учитывать результаты клинико-психологического исследования, чтобы придать ответам испытуемого личностный смысл, по возможности избавив себя от необходимости заполнять нестыковки или кажущиеся очевидными совпадения личными проекциями. Метод должен быть направлен на изучение специфики мотивации испытуемого, а не исследователя. Не располагая информацией о том, существуют ли рекомендации по уточнению пунктов, отнесенных к данной категории (то есть исследователь не обнаруживает пригодных для кодирования объектов), в ходе данного исследования мы применили уточнения таких пунктов. При этом первичный ответ также учитывается при интерпретации. Правомерно считать упомянутую процедуру частью качественного анализа, не выходящего за рамки данного исследования.

2. Выбор одного или нескольких мотивационных объектов из массива

Не исключены случаи, когда испытуемый в рамках одного высказывания называет несколько мотивационных объектов. В этом случае необходимо четко представлять себе цели исследования. Если поставлена задача изучить объект, от которого испытуемого отделяет наиболее протяженный период времени, выбирается отдаленный (во временном смысле) объект. Если протяженность в чистом виде не интересует исследователя, более предпочтительно учитывать все объекты в каждом пункте. В этом случае изучается насыщенность объектами определенного периода или их взаимодействие (часто в качестве таких объектов выступают диады потребностей, создающие напряжение).

3. Структуры достижения цели

Если в предложении содержится структура, включающая объекты, которые можно интерпретировать как объект-цель и объект-средство, вопрос о выборе одного/нескольких объектов (см. пункт 2) уже не встает. В этом случае кодируются и все объекты, и связь между ними. Пример: «Я надеюсь быть успешным в университете, чтобы сделать хорошую карьеру». Содержание этого предложения будет закодировано как $E_3 \rightarrow A$. Буквенный код обозначает категорию объекта, а стрелка между ними — отношения между категориями как «средство-цель».

4. Временные характеристики

4.1. Календарный период. Перечисленные ниже символы отсылают исследователя к временному периоду в целом. Такой символ означает, что мотивационный объект располагается где-то в этом периоде. Естественно, что континуум расположения объекта в этом случае ограничен исключительно календарными рамками конкретного периода.

Типы календарных периодов:

T — настоящий момент, то есть время исследования

D — текущий день

W — неделя

M — месяц

M — один-два месяца

Y — один год

Y — один-два года.

Пример: «Я хочу закончить этот тест»: с опущением всех иных характеристик, предложение кодируется как «T».

4.2. Общая продолжительность жизни. Бывает, что испытуемый более или менее явно подразумевает в своих ответах всю оставшуюся часть жизни. В этом случае необходимо учитывать силу, с которой выражено стремление субъекта поместить объект в такой континуум. Тогда возможны два варианта:

L — используется, когда обращение к такому периоду довольно неопределенное и не слишком выражено. Пример: «Многого добиться в жизни».

I — используется для кодирования, когда такое обращение выражено ярко.

Пример: «Посвятить *всю* мою жизнь самосовершенствованию».

4.3. Кодирование периода «открытого настоящего».

Такой термин используется при кодировании тогда, когда субъект, желая обладать неким объектом в настоящее время, имплицитно помещает его и в будущий период жизни. При этом используется код I. Пример: «Уметь говорить по-японски». Однако необходимо учитывать, здесь кодируется *способность*, а не выполнение некой деятельности. Если испытуемый подчеркивает длительность существования желанного качества, используя усиленные конструкции («всегда, несмотря ни на что»), в этом случае используется код I. Пример: «Всегда быть оптимистом».

4.4. Кодирование периода «исторического будущего».

Под данную категорию ответ испытуемого попадает тогда, когда называются гуманитарные или достаточно обобщенные мотивационные объекты, которые не могут уместиться на жизненной шкале отдельного индивида. Такие объекты, закодированные символом X, принадлежат развитию или эволюции истории. Пример: «Я хочу, чтобы миром правила любовь».

4.5. Обращения к прошлому кодируются символом P.

Пример: «Я сожалею, что так много пил».

4.6. Кодирование конфликта. Символ ↔ в системе кодирования обозначает несколько возможных аспектов конфликта. Первое: временная отнесенность невозможна. Пример: «Мне бы хотелось, чтобы завтра было лето» (при этом тест заполняется, например, в ноябре). Второе: объектная активность невозможна. Пример: «Я боюсь, что рождение ребенка сделает для меня невозможным обучение в колледже».

4.7. Связь цели с прошлым. Данная связь наблюдается в случае, когда испытуемый, высказывая мотивационные цели, которые должны реализоваться в будущем, одновременно явно обращается к событию или ситуации в прошлом. Пример: «Я хочу научить своих детей всему тому, чему раньше не пожелал учиться сам». В этом случае используется символ ←. При этом необходимо учитывать, что в данном примере намеренно опущены символы категории и модальности.

5. Основные категории анализа

Можно сказать, что существуют три основных элемента любой категории, представленной в ММИ. Первый элемент — это непосредственно категория мотивации. В ММИ присутствуют 10 таких категорий, которые перечислены ниже.

5.1. Символы главных категорий и их значения.

А) S (Self) — мотивационные объекты, относящиеся к личностным характеристикам испытуемого и другим аспектам его личности. Пример: «Быть гармоничной личностью».

Б) SR (Self-realization) — действия и потребности, направленные на самоактуализацию. Пример: «Преуспеть в жизни».

В) R (Realization) — активность, противоположная досугу, направленная на производство некоторых полезных объектов. Пример: «Починить компьютер».

Г) C (Contact) — мотивационные объекты, включающие социальные контакты. Пример: «Написать письмо другу».

Д) E (Exploration) — активность, связанная с получением информации, познанием, исследованием. Пример: «Понимать, как работает сотовый телефон».

Е) T (Transcendental) — объектное отношение, имеющее религиозную, экзистенциальную или трансцендентальную природу. Пример: «Пойти на церковную службу».

Ж) P (Possessions) — желание обладать чем-то, иметь, приобретать что-то. Пример: «Иметь хорошие стеклопакеты».

З) L (Leisure) — активность, связанная с отдыхом, игрой, досугом (категория противоположна R). Пример: «Посмотреть футбольный матч Зенит–Динамо».

И) Tt (Test) — все ответы, касающиеся исследования с помощью ММИ. Пример: «Отвечать на вопросы искренне».

К) U (Unclassified) — неклассифицируемые и пропущенные ответы.

5.2. Символы подкатегорий, входящих в основные категории. Это — второй элемент кодирования в ММИ. Необходимо отметить, что данные символы применимы не всегда и не к каждой из перечисленных выше категорий. Часто более определяющим выступает контекст ответа, а не методическая рекомендация по технике кодирования. Подкатегория в подавляющем большинстве случаев определяет область, в которой развернуты объектные отношения. Символ (строчная буква) ставится сразу после заглавной буквы категории, будучи заключенной в скобки, или заменяет главную категорию, если такой код более информативен. Ниже приводится краткий вариант списка подкатегорий, которые были выявлены в данной работе. Структура списка представляет собой не отражение возможных отношений между главной категорией и подкатегорией, а наглядный реестр.

5.2.1. *Sc (Self-concept) – Я-концепция.* Представление или восприятие человеком самого себя. Ввиду отсутствия руководств по трактовке этого понятия в рамках ММИ, данная категория по умолчанию интерпретируется в этой работе как аналог аутоидентификации. Пример: «Быть человеком слова в собственных глазах».

5.2.2. *Spre (Self-preservation) – самосохранение.* Необходимо отметить, что данная подкатегория имеет несколько категорий-аспектов. Это означает, что самосохранение рассматривается исследователем как область деятельности: в сфере экономического самосохранения (дополнительный код — ес) или достатка, в сфере психологического самосохранения (дополнительный код ps) или равновесия, физического самосохранения (дополнительный код ph). Примеры: «Опять стать здоровым», «Иметь достаточно денег для безбедной жизни», «Не испытывать тревоги».

5.2.3. *Ceg эгоцентрическая социальная мотивация.* Термин «эгоцентрическая» используется здесь в широком смысле слова и не обязательно подразумевает эгоистические тенденции. Можно сказать, что под эту категорию попадают стремления влиять на кого-то, быть лидером, убедить кого-то в своей правоте, получить высокое положение. Пример: «Быть влиятельным человеком».

5.2.4. *Cint –интимный контакт.* Под интимностью понимается широкий круг смыслов, от желания социального контакта без учета пола (здесь речь идет о желании доверить свои переживания другому; в этом ключе можно говорить и о негативной интимности), социального контакта с объектом противоположного пола (не настаивая на правильности своего суждения, исходим из того, что любой такой контакт имеет эротическую объектную природу), контакта с целью непосредственного эротического взаимодействия (например, желание заняться сексом с партнером или партнершей).

5.2.5. *Gf (good fortune) –* обозначает особый вид деятельности, содержащий фактор шанса, удачи. Пример: «Попробовать выиграть в казино». Одновременно подкатегория относится и к ситуации, когда активность приобретает пассивный характер и требует для достижения поставленных целей возможной активности другого. Пример: «Надеяться, что мой сменщик не заболит, потому что я хочу пропустить этот день».

5.3. Коды модальностей. По сути, этот третий элемент кодирования призван уточнить некоторые формальные аспекты мотивационных объектов, если это необходимо. Ниже перечислены основные модальности.

1) b (barrier) — барьер, препятствие. Код применяется, если индивид, говоря об объекте своего желания или опасения, подчеркивает степень, в которой этого объектного отношения трудно достичь или избежать. Часто сама ситуация содержит в себе такую модальность: смерть близких, природный катаклизм и т. п., или личностные характеристики субъекта подразумевают именно такую модальность отношений: тревога, негативные ожидания и т. п.

2) conflict (\leftrightarrow). Смысл данной модальности рассмотрен в пункте 4.6. данного приложения.

6. Мотивация, относящаяся к тесту

Нередко испытуемые выражают мотивационные цели, связанные с процедурой тестирования или со своим отношением к методике или исследователю. Эти ответы важны как с точки зрения анализа временной перспективы, временной локализации объекта, так и с точки зрения анализа объектного отношения испытуемого к исследованию. В случае особенно тщательного анализа в системе интервенций, можно попытаться разобрать подобное отношение с точки зрения переносных реакций испытуемого.

В самом общем смысле, возможны три варианта позиционируемого отношения к исследованию: нейтральное, негативное и позитивное, обозначаемого соответственно как Tt, Tt-, Tt+. Примеры: «Заполнить бланк» (Tt), «Отвечать искренне» (Tt+), «Сожалеть, что согласился участвовать в этом глупом исследовании» (Tt-).

7. Заключение по технике кодирования и интерпретации

Следует понимать, что при интерпретации кода мотивации необходимо отразить каждый сформулированный субъектом компонент или элемент мотивационной цели. Простое суммирование символов каждой категории или частота, с которой компонент представлен, дают лишь индекс относительной важности. Как уже отмечалось, комбинирование символов зависит от конкретной цели исследования. Основное требование к совокупности кодов — способность последних отразить в возможной степени систему социальных связей, поскольку без этого невозможно динамическое, групподинамическое понимание феномена мотивации.

Индукторы ММИ

Я надеюсь...
Я работаю над...
Я ужасно хочу...
Наибольшее удовлетворение я получу, если...
Я стремлюсь к...
Я хочу...
Я боюсь, что...
Когда-нибудь я...
Я пытаюсь...
Я страстно желаю...
Я буду рад(а), если...
Я ужасно хочу иметь...
Я мечтаю о том, что...
У меня есть определенное намерение...
Наихудшим наказанием для меня было бы...
Я действительно хочу...
Я прилагаю усилия для...
У меня большое стремление к...
Лучшей наградой для меня будет...
Я хотел(а) бы быть способным(ой)...
Мне очень понравилось бы...
Я готовлюсь...
Я буду очень счастлив(а)...
Я готов(а)...
Я ожидаю...
Я сделаю все возможное, чтобы...
Я опасаюсь...
Долгое время я ожидал(а)...
Я сделаю все зависящее от меня, чтобы...
Я буду вполне доволен (довольна), если...
Моя большая надежда — это...
Я ничего не пожалел(а) бы для...
Я сожалею о...
Я принял(а) решение...
Я больше всего готов(а)...
Любой ценой я хочу...
Мое самое большое желание — это...
Я определенно хочу...
Я желаю как можно скорее...
Я прилагаю максимум усилий...

Конструкты в структурном интервью

Ниже приводится краткая операционализация каждого стержневого конструкта. Каждый конструкт отражает особенности первичной групповой динамики (или фантазий пациентов о ней).

Конструкт «Нестабильная система отношений» отражает три основные ситуации: ситуации покинутости/угрозы, проблематика родителей и вызывающая страх ригидная, жесткая семейная атмосфера. Конструкт отражает выраженность переживаний, связанных с отсутствием эмоционально надежного поддерживающего значимого лица; отсутствие постоянства отношений; проявления агрессии и т. д.

Конструкт «Особенности в развитии сексуальности» оценивает ситуации сексуальности как табу; сексуальности, воспринимаемой как угроза; и сексуальных нарушений в пубертате.

Конструкт «Неудавшаяся сепарация» отражает неудавшиеся шаги по отделению от семьи, наличие запрета на автономию, чрезмерный боязливый контроль со стороны родителей за ребенком.

Конструкт «Бегство в мир игр и фантазий» означает, что игры, увлечения и уход в мир фантазий служат для пациентов в качестве защиты от чувства покинутости и страхов.

Любопытным представляется также результат проведенного нами корреляционного анализа между описанными конструктами. Показатели всех четырех конструктов положительно коррелируют друг с другом, причем мощность критерия $p \leq 0,01$ отмечена для всех коэффициентов корреляции Спирмена, а сами коэффициенты корреляции имеют величину от 0,4 до 0,5. Результаты корреляционного анализа можно интерпретировать так, что все проанализированные конструкты, вероятно, являются составными частями более общего. Возможно, этот мета-конструкт и представляет собой первичную групповую динамику. В этом случае нарушение хотя бы одной из стержневых тем отражается непосредственно на всем функционировании. Необходимо отметить, что общая мотивационная структура, общий сценарий отношений со значимыми другими могут быть перенесены и на сферу болезни, отношение больного к психотерапевту и проводимому лечению вообще и должны учитываться при планировании стратегии психотерапии.

Литература

1. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии / А. Адлер. — СПб.: Питер, 2003. — 256 с.
2. Аммон Г. Динамическая психиатрия / Г. Аммон Под ред. Н.С. Рязанцевой. — СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1996. — 198 с.
3. Аммон М. Психологические основы системы психотерапевтических воздействий в динамической психиатрии: Автореф. дис. ... докт. псих. наук / М. Аммон. — СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2000. — 46 с.
4. Бинсвангер Л. Бытие-в-мире: Избр. ст. / Людвиг Бинсвангер; [Пер. с англ. Елены Сурпиной]. — М. : КСП+ ; СПб.: Ювента, 1999. — 299 с.
5. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении / В.Д. Вид. — СПб., 2008. — 512 с.
6. Кан М. Между клиентом и психотерапевтом: новые взаимоотношения / М. Кан. — СПб.: Б.С.К., 1997. — 143 с.
7. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Б.Д. Карвасарский. — СПб.: Питер, 1999. — 752 с.
8. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии / О.Ф. Кернберг. — М.: Класс, 2000. — 458 с.
9. Леонтьев А.Н. Лекции по общей психологии / А.Н. Леонтьев. — М.: Смысл, 2007. — 512 с.
10. Мясичев В.Н. Личность и неврозы / В.Н. Мясичев. — Л.: Изд. ЛГУ 1960. — 425 с.
11. Нюттен Ж. Мотивация, действия и перспектива будущего / Под ред. Д.А. Леонтьева. — М.: Смысл, 2004. — 608 с.
12. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн. — СПб.: Питер, 2007. — 720 с.
13. Фрейд З. О клиническом психоанализе / Под ред. Ю.М. Патусевича. — М.: Медицина, 1991. — 288 с.
14. Хорни К. Наши внутренние конфликты / К. Хорни. — М.: Академический проект, 2007. — 224 с.
15. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон. — М.: Прогресс, 1996. — 344 с.
16. Abele-Brehm E. Zwischen Couch und Computersimulation. Universitas. Ausgabe / E. Abele-Brehm. — Stuttgart, 1988. — S. 42-48.

17. Beal G. The constitution of community: How individuals diagnosed with schizophrenia and their friends achieved community / G. Beal. // *Psychiatry: Interpersonal and biological processes*. — 1999. — V. 62. — P. 173–186.
18. Flick U. Methodeangemessene Gutekriterien in der qualitativ-interpretativen Forschung / U. Flick // Bergold J.B., Flick U. *Einsichte. Zugänge zur Sicht des Subjekts mittels qualitativer Forschung*. — Tübingen: DGVT-Verlag, 1987. — S. 246–263.
19. Gerhardt U. Verstehende Strukturanalyse. Die Konstruktion von Idealtypen bei der Auswertung qualitativer Forschungsmaterialien / U. Gerhardt // Soeffner H.G. *Sozialstruktur und soziale Typik*. — Frankfurt: Campus. — S. 31–83.
20. Lefebvre L. The motivational content of positive and negative MIM-sentence completions of prisoners for murder or robbery. Master's thesis / L. Lefebvre. — Belg.: University of Leuven, 1969.
21. McClelland D.C. The achievement motive / D.C. McClelland, J.W. Atkinson, E.L. Lowell. — New York: Appleton, 1953.
22. Rauch E.-V. Improved treatment for the chronic schizophrenic / E.-V. Rauch // *Dissertation Abstract Intern. Section B: The sciences and engineering*. — 1998. — 59 p.
23. Sifneos P.E. Two different kinds of psychotherapy of short duration / P.E. Sifneos // *Am. J. Psychiat.* — 1967. — V. 123 (9). — P. 1069–1074.
24. Witzel A. Das problemzentrierte Interview / A. Witzel // Hrsgb. G. Jutterman: *Qualitative Forschung in der Psychologie*. — Weinheim: Beltz, 1985. — S. 227–255.
25. Zacher A. Kategorien der Lebensgeschichte und ihre Bedeutung fuer die Psychotherapie / A. Zacher. — Würzburg: *Habilitationsschrift*, 1987. — 204 S.

Оглавление

Аннотация	2
Введение	3
Описание метода	4
Определение ведущего мотивационного сценария	9
Систематика типов мотивационных сценариев.....	12
Эффективность метода	18
Показания и противопоказания	20
Приложения	21
Литература	29
Оглавление	31