

УДК 159.972

**МОТИВАЦИЯ ДОСТИЖЕНИЯ И ЕЕ НАРУШЕНИЯ
ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ПАТОЛОГИИ****MOTIVATION OF ACHIEVEMENT AND ITS VIOLATION
AT VARIOUS FORMS OF PATHOLOGY**©**Таралова О. Б.**

канд. биол. наук

*Казахский национальный педагогический университет им. Абая
г. Алматы, Казахстан, olya.mag@mail.ru*©**Таралова О.***PhD, Abay Kazakh National pedagogical university
Almaty, Kazakhstan, olya.mag@mail.ru*

Аннотация. В настоящей статье представлены результаты исследования и анализа паттернов мотивации достижения при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах.

Основные методы исследования: тест Хекхаузена, тест «Диагностика мотивационной структуры личности» В. Э. Мильмана, опросник «Большая пятерка».

В процессе работы были получены сведения, свидетельствующие, что неврозы у людей являются результатом внутреннего конфликта и тревожности.

Проанализированы перспективы использования этих показателей при разработке развивающей психокоррекционной программы развития мотивационного баланса.

Abstract. This article presents the results of research and analysis of achievement motivation patterns with neurotic, stress-related and somatoform disorders.

Basic research methods: Hekhausen test, test “Diagnosis of the motivational structure of personality” V. Milman, questionnaire “Big Five”.

In the process, information was obtained, indicating that the neuroses in people are the result of internal conflict and anxiety.

The prospects of the use of these indicators in the development of psycho-developmental program of motivational balance.

Ключевые слова: мотивация достижения, неврастения, ипохондрия, обсессивно-компульсивное и недифференцированное соматоформное расстройство.

Keywords: achievement motivation, neurasthenia, hypochondriasis, obsessive-compulsive and undifferentiated somatoform disorder.

Проблема мотивации достижения, относится к актуальным проблемам психологии, так как объединяет комплекс побудительных факторов, необходимых для понимания и объяснения причин, направленности и механизмов осуществления поведения людей.

Особую актуальность эта проблема приобретает в случае недостаточности мотивации достижения, либо искажения компонентов мотивации по причине психологических трудностей, психической патологии.

На сегодняшний день существует множество экспериментальных данных, освещающих понимание феномена мотивации достижения. Каждая из теорий вносит свой вклад в развитие представлений об этом важнейшем конструкте, освещая те или иные его аспекты и проблемы. Наиболее продуктивными в нашем исследовании стали следующие положения: мотивация достижения — это конструкт, описывающий комплекс факторов,

обеспечивающих направленность субъекта на лучшее выполнение деятельности, ориентированной на достижение некоторого результата, к которому может быть применен критерий успешности [2, 3]; каузальные атрибуции результата деятельности играют роль внутренних предикторов ожидания успеха [12]; опыт длительного неуспеха является внешним предиктором снижения ожидания субъекта относительно его будущей успешности и негативно влияет на результирующую мотивацию достижения [11, 9]. Для актуализации мотивации достижения недостаточны привлекательность результата и вера в позитивный результат. Необходима также вера в свои способности — самоэффективность [8]. Внешние и внутренние источники по-разному влияют на мотивацию достижения, что обусловлено свойственными человеку потребностями в самодетерминации и контроле. Отчетливо влияющими на мотивацию достижения являются именно внутренние источники, такие как ощущение собственного выбора, удовлетворенность от процесса выполнения деятельности, интерес [10].

При расстройствах, которые ученые и практики часто называют прижившимся термином «малая психиатрия», характерны специфические расстройства мотивационной сферы. Основные исследуемые нозологические группы, к которым относятся такие формы неврозов как неврастения, истерические расстройства личности, и невроз навязчивых состояний. Неврастения возникает преимущественно при длительно действующих психотравмирующих факторах. Для человека с неврастением характерны легкая возбудимость при быстрой истощаемости, изменчивость эмоций, неустойчивое, часто пониженное настроение. Изменяется и вегетативная сфера вследствие разнообразных нарушений нервной системы. Нарушается сон, в некоторых случаях появляются тревога или страх. Истерия разнообразна по формам своего проявления. Наиболее часты двигательные расстройства (нарушения координации движений, параличи), расстройства болевой чувствительности, сенсорики (истерическая слепота, глухота), речи. Невроз навязчивых состояний проявляется в раздражительности, повышенной утомляемости, нарушении сна, вегетативных расстройствах, но характерным является наличие у человека навязчивых идей, часто в виде фобий. Все эти формы невроза являются результатом внутренних конфликтов, возникающих у людей по разным поводам. Неврастенический конфликт представляет собой противоречие между стремлением личности, при завышенных к себе требованиях, и ее возможностями. К неврастению предрасположены люди с сильными влечениями, которые не в состоянии их достаточно адекватно удовлетворять. Они отличаются большой ответственностью, различные правила воспринимаются ими догматично, без учета ситуации, пересматриваются с большим трудом при столкновении с реальной действительностью; мучительно переносят неясность ситуации, неизвестность. Истерический конфликт возникает из-за чрезмерно завышенных претензий личности, требования к другим при этом превышают требования к себе. Желание выделяться, удовлетворять свои прихоти сочетается с недооценкой или полным игнорированием реальных условий и требований окружающих. Психастенический конфликт обусловлен противоречивыми потребностями, борьбой между желанием и долгом, между моральными принципами и личными привязанностями [5, 6].

Анализ большого количества публикаций по рассматриваемой теме показал, что крайне мало исследований мотивационной сферы лиц при невротических расстройствах.

Целью нашего исследования является выявление взаимосвязи мотивации достижения с личностными факторами при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах.

В исследовательскую выборку были включены пациенты психотерапевтического отделения Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии — с диагнозом «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F-40 — F-48) — 147 испытуемых, в том числе с диагнозом «неврастения» — 27 испытуемых, «обсессивно-компульсивное расстройство» — 25, «недифференцированное соматоформное расстройство» — 26, «ипохондрическое

расстройство» — 28, «диссоциативные конверсионные расстройства» — 29, «смешанное тревожное и депрессивное расстройство» — 12.

Исследование проводилось с помощью следующих методик:

Тест Хекхаузена. Данный тест представляет собой психологический инструмент для изучения силы и направленности мотивов человека и касается преимущественно двух основных аспектов — мотивации достижения успеха и мотивации избегания неудачи. Включение данного теста в комплекс методов эмпирического исследования мотивации достижения лиц с психической патологией — обусловлен, с одной стороны, относительной «легкостью» проведения исследования, с другой стороны, — устоявшимся авторитетом данного метода среди специалистов в области мотивации достижения. В качестве стимульного материала, провоцирующего обследуемого неосознанно обнаружить силу и направленность своей мотивационной сферы, Хекхаузен предложил использовать 6 карт, отличающихся от картинок теста ТАТ в основном тем, что на них изображены фрагменты служебно–производственных ситуаций. По созданным обследуемым лицом сюжетам с помощью «ключа» выделяются те основные позиции (признаки), простой подсчет которых позволяет вычислить и сопоставить два ведущих мотива, направленных на достижение цели и на избегание неудачи [7].

Тест «Диагностика мотивационной структуры личности» В. Мильмана. Для исследования мотивации достижения нам необходимо было также получить сведения об особенностях мотивационной сферы личности и ее структуре. Нас интересовал вопрос о качественном содержании мотивационной сферы и ее составляющих, отражающих направленность на те или иные сферы жизни. Этой цели соответствует применение методики «Диагностика мотивационной сферы личности». Методика позволяет диагностировать мотивационный (МП) и эмоциональный (ЭП) профили личности [4].

Опросник «Большая пятерка». В комплекс методов исследования вошел один из наиболее часто используемых личностных опросников — «Большая пятерка» (Big Five). Этот метод дал возможность получить информацию о главных факторах личностных характеристик испытуемых с тем, чтобы проанализировать возможные связи этих факторов с различными характеристиками их мотивации достижения. Разработчиками этой психодиагностической методики являются П. Ховард, П. Медина и Дж. Ховард. Она предназначена для экспресс–диагностики пяти таких факторов личности: отрицательная эмоциональность, нейротизм (negative emotionality); экстраверсия (extraversion); открытость опыту (openness); склонность к согласию (agreeableness); добросовестность (conscientiousness).

Адаптация этой методики была сделана на базе Киевского национального университета профессором Л. Ф. Бурлачук и Д. К. Королевым [1].

Результаты и обсуждение полученных результатов

Рассмотрим выявленные закономерности по каждой подгруппе: 1) лица с диагнозом «неврастения», 2) лица с диагнозом «обсессивно–компульсивное расстройство», 3) лица с диагнозом «недифференцированное соматоформное расстройство», 4) лица с диагнозом «ипохондрическое расстройство», 5) лица с диагнозом «диссоциативное конверсионное расстройство», 6) лица с диагнозом «смешанное тревожное и депрессивное расстройство».

В Таблице представлены данные о корреляциях мотивации достижения и личностных факторов по всем шести подгруппам.

Как видим, по разным подгруппам группы лиц с диагнозом F–40 — F–48 получены отличающиеся данные. Этот результат согласуется с данными, имеющимися в отношении личностных характеристик лиц, принадлежащих к разным нозологическим группам и имеющим те или иные невротические расстройства. Так, усредненные профили, составленные на основе Миннесотского многопрофильного личностного опросника, отличаются, к примеру, у больных истерией, психастенией, ипохондрией и т. д.

Таблица

КОРРЕЛЯЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МОТИВАЦИИ ДОСТИЖЕНИЯ С ЛИЧНОСТНЫМИ
ФАКТОРАМИ В ГРУППЕ ЛИЦ С ДИАГНОЗОМ F-40 — F-48

Личностные факторы	Корреляция с мотивацией достижения по подгруппам:					
	1	2	3	4	5	6
Экстраверсия — интроверсия	-0,479*	—	—	—	—	-0,386*
Поиск впечатлений — избегание впечатлений	-0,440*	—	—	—	—	—
Проявление чувства вины — избегание	—	—	—	—	—	-0,409*
Самоконтроль — импульсивность	—	-0,379*	—	-0,402*	0,361*	—
Настойчивость — отсутствие	—	—	—	—	0,353*	—
Ответственность — безответственность	—	-0,354*	—	-0,369*	—	—
Предусмотрительность — беспечность	—	—	—	-0,363*	—	—
Самоконтроль — отсутствие	—	-0,359*	—	-0,353*	—	—
Эмоциональная неустойчивость	—	—	-0,363*	—	—	-0,364*
Тревожность — беззаботность	—	-0,489**	—	—	—	-0,358*
Напряженность — расслабленность	-0,379*	-0,352*	-0,354*	—	—	—
Депрессивность — эмоциональный комфорт	—	—	-0,381*	—	—	-0,373*
Самокритика — самодостаточность	—	-0,415*	—	—	-0,364*	—
Лабильность — стабильность эмоций	—	—	-0,367*	—	-0,403*	—
Экспрессивность — практичность	—	—	—	—	—	—
Сеситивность — нечувствительность	-0,352*	—	—	—	-0,392*	—
Пластичность — ригидность	—	—	—	—	—	0,377*

Очевидно, что и мотивация достижения у этих категорий лиц связана с различными факторами личности.

Кратко рассмотрим полученные результаты по каждой подгруппе.

Мотивация достижения и ее связь с личностными факторами у лиц с диагнозом «неврастения».

Специфика мотивации достижения у этой категории лиц, как видим, состоит в связи ее уровня с такими характеристиками как «экстраверсия–интроверсия» (-0,479*), в частности — «поиск впечатлений — избегание впечатлений» (-0,440*), «напряженность — расслабленность» (-0,379*) и «сенситивность — нечувствительность» (-0,352*). Такие результаты объясняются, по-видимому, компенсаторными механизмами, которые функционируют у лиц с неврастенией. Напряженность (противоположный полюс расслабленности), как и повышенная сенситивность являются ключевыми патогенными личностными характеристиками, которые препятствуют полноценному формированию мотивации достижения. Поэтому компенсаторная выработка противоположных личностных черт, очевидно, должна рассматриваться как вариант адаптации к своей болезни и комплексную биопсихосоциальную попытку восстановить свою функциональность.

Связь мотивации достижения с характеристиками интроверсии (отрицательная связь с экстраверсией) не является специфичной для этой категории больных, однако у нее она также выявлена.

То есть, у лиц с диагнозом «неврастения» повышение показателей мотивации достижения происходит одновременно с повышением уровня фактора интроверсии и снижением уровня факторов сенситивности и напряженности.

Мотивация достижения и ее связь с личностными факторами у лиц с диагнозом «обсессивно–компульсивное расстройство».

В этой группе лиц, как и в группе с диагнозом «смешанное тревожное и депрессивное расстройство», выявлено наибольшее количество взаимозависимостей мотивации достижения и личностных факторов. Это такие факторы: «самоконтроль–импульсивность» ($-0,379^*$) и шкалы этого фактора «ответственность–безответственность» ($-0,354^*$); «самоконтроль–отсутствие самоконтроля» ($-0,359^*$); такие шкалы фактора «эмоциональная неустойчивость–эмоциональная устойчивость» как «тревожность–беззаботность» ($-0,489^{**}$), «напряженность–расслабленность» ($-0,352^*$) и «самокритика–самодостаточность» ($-0,415^*$).

Интерпретация этих данных также приводит к признанию функционирования механизмов компенсации в более благоприятных для формирования мотивации достижения случаях.

Известно, что больные, у которых диагностировано обсессивно–компульсивное расстройство, отличаются выраженностью ведущего радикала этого расстройства — тревожностью, который в сочетании с другими факторами приводит к формированию специфических психических и поведенческих конфигураций. В первую очередь, это касается ощущения вынужденной, принудительного характера собственного поведения (компульсивность) и формирования навязчивых мыслей (обсессивность). Основными чертами обсессивно–компульсивного расстройства являются повторяющиеся навязчивые (обсессивные) мысли и компульсивные действия (ритуалы) [5, 6].

Такие навязчивые фиксации и повторения, с психологической точки зрения, являются механизмом снятия тревоги перед неопределенностью. Привязываясь к «думанию» какой-то мысли, человек становится свободным не размышлять над другими темами, которые требуют решений и активных действий по воплощению этих решений. Симптоматика же обсессивно–компульсивного расстройства препятствует пластичному реагированию на изменяющиеся обстоятельства и фактически устраняет необходимость такого пластичного реагирования. Вырабатывается выраженная психическая ригидность с соответствующим отражением на поведенческом уровне.

Повышенные самоконтроль и ответственность, напряженность, тревожность, самокритика являются типичными симптомами обсессивно–компульсивного расстройства. Поэтому связь позитивного полюса мотивации достижения с характеристиками, противоположными перечисленным, является понятной. Определенная часть лиц, которые проходят лечение в связи с данным типом расстройства, отличаются более высоким уровнем мотивации достижения, по сравнению, с остальными пациентами. Именно у них компенсаторные механизмы способствуют формированию специфических противоположных симптомным формам поведения.

Мотивация достижения и ее связь с личностными факторами у лиц с диагнозом «недифференцированное соматоформное расстройство».

В этой группе лиц выявлены такие связи показателей мотивации достижения: с фактором «эмоциональная неустойчивость–эмоциональная устойчивость» ($-0,363^*$), со шкалами этого фактора «напряженность–расслабленность» ($-0,354^*$), «депрессивность–эмоциональный комфорт» ($-0,381^*$), «эмоциональная лабильность–эмоциональная стабильность» ($-0,367^*$).

Другими словами, мотивация достижения при недифференцированном соматоформном расстройстве является сформированной на сравнительно высоком уровне, при сравнительно большей выраженности эмоциональной устойчивости в целом и таких ее параметров, как расслабленность, эмоциональный комфорт, эмоциональная стабильность.

Можем предположить, что механизмы адаптации к имеющейся психологической проблематике связаны с компенсацией «слабых» личностных характеристик. И повышение уровня мотивации достижения возможно при соответствующем сдвиге в личностной организации от полюсов эмоциональной неустойчивости, депрессивности и напряженности к полюсам эмоциональной устойчивости, эмоционального комфорта и расслабленности.

Мотивация достижения и ее связь с личностными факторами у лиц с диагнозом «ипохондрическое расстройство».

В группе лиц с ипохондрическим расстройством на первый план вышла связи мотивации достижения с фактором «самоконтроль» ($-0,402^*$) и шкалами этого фактора «ответственность — отсутствие ответственности» ($-0,369^*$), «предусмотрительность — беспечность» ($-0,363^*$), «самоконтроль — отсутствие самоконтроля» ($-0,353^*$).

Следовательно, тенденция к преобладанию мотивации достижения над мотивацией избегания неудачи при ипохондрическом расстройстве сочетается со снижением характеристик повышенных самоконтроля и ответственности, появлением черт большей беспечности.

Конечно, выявленные связи не позволяют полностью описать механизм формирования мотивации достижения у данной категории больных, однако некоторые особенности такого формирования можно отметить.

Ипохондрические больные отличаются повышенной чувствительностью к сигналам, исходящим от собственного организма, в сочетании с тенденцией к длительной фиксации внимания на этих сигналах, повышенным самоконтролем в целом, что приводит к ощущению скованности, несвободы.

Больной ипохондрией стремится к максимальной организованности своего внутреннего пространства — как организмического, так и психологического. В этом стремлении он серьезен и прагматичен. Но в силу чрезмерной выраженности этих стремлений фактический результат их реализации парадоксально выходит противоположным.

Поэтому логично предположить, что ослабление патологических механизмов (в случае психотерапевтических и иных интервенций, а также, возможно, в случае спонтанных ремиссий) должно происходить по пути ослабления таких гипертрофированно представленных в структуре личности качеств как самоконтроль, ответственность и предусмотрительность. Повышение такой составляющей в структуре мотивационной сферы как мотивация достижения также может происходить в случае ослабления патологических механизмов.

Корреляционный анализ не дает ответа на вопрос о том, что является агентом таких изменений: и мотивационных, и личностных. Однако полученные данные показывают качественную специфику возможных изменений и их ключевые мишени. Пока же можем предположить, что мотивационные изменения сопутствуют личностным и происходят одновременно.

Мотивация достижения и ее связь с личностными факторами у лиц с диагнозом «диссоциативное конверсионное расстройство».

В этой группе лиц выявлены позитивные корреляции показателей мотивации достижения с показателями фактора «самоконтроль–отсутствие самоконтроля» ($0,361^*$) и шкалой этого фактора «настойчивость — отсутствие настойчивости» ($0,353^*$), а также отрицательные корреляции таких шкал фактора «эмоциональная неустойчивость — эмоциональная устойчивость»: «самокритика — самодостаточность» ($-0,364^*$) и

«эмоциональная лабильность — эмоциональная стабильность» ($-0,403^*$) и шкалы фактора «экспрессивность — практичность» «сенситивность — нечувствительность» ($-0,392^*$).

То есть, мотивация достижения повышается при повышении самоконтроля, настойчивости, самодостаточности, эмоциональной стабильности и снижении сенситивности.

Лучше осмыслить и понять полученные данные помогает знание типичных для этой категории больных личностных диспозиций и поведенческих паттернов. В литературе находим следующее понимание факторов возникновения болезни. Выделяются черты демонстративной в преморбиде, наличие психических травм в анамнезе (как правило, в детстве), повышенная внушаемость. Также авторами отмечается условная желательность симптомов: при наличии неприятных переживаний, связанных с симптоматикой заболевания, человек одновременно получает определенные блага благодаря этим же симптомам, т. н. вторичную выгоду. Отмечаются также рентные установки этой категории больных.

Механизмы сознательного волевого контроля у этой категории лиц, в целом, находятся на невысоком уровне функционирования, поскольку их роль подменяется механизмами реализации «обходных путей» для удовлетворения значимых потребностей. К примеру, потребность в любви и принятии удовлетворяется не через построение зрелых форм взаимоотношений, разрешение противоречий, неизбежных в процессе такого построения, а посредством удержания связи с партнером через вину, страх, сочувствие, которые возникают у него при возникновении симптомов у больного.

Эмоциональная лабильность и сенситивность этой группы лиц являются механизмами обеспечения функционирования патологических паттернов. Психика человека с диссоциативным конверсионным расстройством работает на обеспечение потребностей, которые приобрели черты патологической ригидности в соответствии со спецификой данного расстройства, и становится своеобразным локатором сигналов опасности для блокирования этих потребностей. Психические механизмы больного обеспечивают состояние постоянной готовности к включению экстренных «средств обороны», которые сформированы патологическим развитием личностных характеристик.

Понятно, что при такой специфике конфигурации диспозиций лиц с диссоциативным конверсионным расстройством мотивация достижения уступает другой мотивационной тенденции — избеганию неудачи. Это избегание осуществляется через реализацию сложной системы психологической защиты и симптомное поведение, которое в данном контексте следует понимать как компенсацию недостающих психических и поведенческих ресурсов.

Противоположный симптомной реализации решения психологических проблем полюс связан с большей представленностью в диспозициях и поведении больного механизмов волевого самоконтроля поведения, самодостаточностью и меньшей представленностью блока «локатора», а именно — черт сенситивности и эмоциональной лабильности.

Мотивация достижения и ее связь с личностными факторами у лиц с диагнозом «смешанное тревожное и депрессивное расстройство».

В этой группе лиц выявлены отрицательные корреляции мотивации достижения с фактором «экстраверсия — интроверсия» ($-0,386^*$) и шкалой этого фактора «проявление чувства вины — избегание чувства вины» ($-0,409^*$), с фактором «эмоциональная неустойчивость — эмоциональная устойчивость» ($-0,364^*$) и шкалами этого фактора «тревожность — беззаботность» ($-0,358^*$) и «депрессивность — эмоциональный комфорт» ($-0,373^*$), а также положительная корреляция с такой шкалой фактора «экспрессивность — практичность», как «пластичность — ригидность» ($0,377^*$).

Как видим, возможность возникновения психологических оснований для преобладания мотивации достижения над мотивацией избегания неудачи появляется в случае большей представленности в структуре личности черт интровертированности, избегания переживания чувства вины, эмоциональной устойчивости, а также невысокого уровня тревожности, депрессивности и ригидности.

Установленный диагноз «смешанное тревожное и депрессивное расстройство», как правило, свидетельствует о довольно разнообразном круге медико–психологических проблем. Состояния, которые им описываются, подвергаются дифференциальной диагностике, поскольку могут встречаться при различных невротических расстройствах, а также быть проявлением психогенных реакций, декомпенсации акцентуаций характера, психопатий тревожно–мнительного типа и т. д. Основными критериями при установлении этого диагноза является одновременное присутствие как тревожной, так и депрессивной симптоматики. Личностными предикторами этого типа расстройства являются тревожно–мнительные черты в сочетании с аффективной ригидностью с тенденцией к застреванию на депрессивных аффектах.

Полученные корреляции, таким образом, свидетельствуют о возможности позитивных тенденций в мотивационной сфере больных с диагнозом «смешанное и депрессивное расстройство» в случае сопутствующего наличия полюса личностных тенденций, противоположного патологическому.

Выводы

При различных вариантах невротических нарушений обнаружены различные связи мотивации достижения с личностными факторами.

– У лиц с диагнозом «неврастения» повышение показателей мотивации достижения происходит одновременно с повышением уровня фактора интроверсии и снижением уровня факторов сенситивности и напряженности. Специфика мотивации достижения у этой категории лиц состоит в связи ее уровня с такими характеристиками как «экстраверсия–интроверсия» ($-0,479^*$), в частности — «поиск впечатлений — избегание впечатлений» ($-0,440^*$), «напряженность — расслабленность» ($-0,379^*$) и «сенситивность — нечувствительность» ($-0,352^*$).

– У лиц с диагнозом «обсессивно–компульсивное расстройство» мотивация достижения связана с такими факторами: «самоконтроль–импульсивность» ($-0,379^*$) и шкалами этого фактора «ответственность–безответственность» ($-0,354^*$); «самоконтроль–отсутствие самоконтроля» ($-0,359^*$); такими шкалами фактора «эмоциональная неустойчивость–эмоциональная устойчивость» как «тревожность–беззаботность» ($-0,489^{**}$), «напряженность–расслабленность» ($-0,352^*$) и «самокритика–самодостаточность» ($-0,415^*$).

– У лиц с диагнозом «недифференцированное соматоформное расстройство» выявлены такие связи показателей мотивации достижения: с фактором «эмоциональная неустойчивость–эмоциональная устойчивость» ($-0,363^*$), со шкалами этого фактора «напряженность–расслабленность» ($-0,354^*$), «депрессивность–эмоциональный комфорт» ($-0,381^*$), «эмоциональная лабильность–эмоциональная стабильность» ($-0,367^*$).

– В группе лиц с диагнозом «ипохондрическое расстройство» на первый план вышли связи мотивации достижения с фактором «самоконтроль–импульсивность» ($-0,402^*$) и шкалами этого фактора «ответственность — отсутствие ответственности» ($-0,369^*$), «предусмотрительность — беспечность» ($-0,363^*$), «самоконтроль — отсутствие самоконтроля» ($-0,353^*$).

– В группе лиц с диагнозом «диссоциативное конверсионное расстройство» выявлены позитивные корреляции показателей мотивации достижения с показателями фактора «самоконтроль–отсутствие самоконтроля» ($0,361^*$) и шкалой этого фактора «настойчивость–отсутствие настойчивости» ($0,353^*$), а также отрицательные корреляции таких шкал фактора «эмоциональная неустойчивость–эмоциональная устойчивость»: «самокритика–самодостаточность» ($-0,364^*$) и «эмоциональная лабильность — эмоциональная стабильность» ($-0,403^*$) и шкалы фактора «экспрессивность–практичность» «сенситивность — нечувствительность» ($-0,392^*$).

– В группе лиц с диагнозом «смешанное тревожное и депрессивное расстройство» выявлены отрицательные корреляции мотивации достижения с фактором «экстраверсия — интроверсия» ($-0,386^*$) и шкалой этого фактора «проявление чувства вины — избегание

чувства вины» ($-0,409^*$), с фактором «эмоциональная неустойчивость — эмоциональная устойчивость» ($-0,364^*$) и шкалами этого фактора «тревожность — беззаботность» ($-0,358^*$) и «депрессивность — эмоциональный комфорт» ($-0,373^*$), а также положительная корреляция с такой шкалой фактора «экспрессивность — практичность», как «пластичность — ригидность» ($0,377^*$).

При развитии патологического процесса у больных вырабатываются специфические личностные и поведенческие паттерны, связанные отрицательно с мотивацией достижения. Компенсаторная выработка противоположных личностных черт может рассматриваться как вариант адаптации к болезни и комплексную био–психо–социальную попытку восстановить собственную функциональность. Позитивный полюс мотивации достижения связан с характеристиками, противоположными тем, которые отражают развитие патологических паттернов. Механизмы адаптации к имеющейся психопатологической проблематике связаны с компенсацией «слабых» личностных характеристик. Повышение уровня мотивации достижения при психической патологии возможно при сдвиге в личностной организации от полюсов этих «слабых» личностных черт к противоположным полюсам.

Список литературы:

1. Бурлачук Л. Ф. Адаптация шкалы для диагностики пяти факторов личности // Вопросы психологии. 2000. №1. С. 126–134.
2. Виндекер О. С. Структура и психологические корреляты мотивации достижения: дис. ... канд. психол. наук. Екатеринбург, 2010. 203 с.
3. Гордеева Т. О. Мотивация достижения: теории, исследования, проблемы // Современная психология мотивации / под ред. Д. А. Леонтьева. М.: Смысл, 2002. С. 47–102.
4. Мильман В. Э. Метод изучения мотивационной сферы личности / Практикум по психодиагностике. Психодиагностика мотивации и саморегуляции. М.: Изд-во МГУ, 1990. С. 23–43.
5. Тапалова О. Б., Негай Н. А., Акназаров С. А., Нуралиев Б. Ж. Исследование мотивации достижения при психических расстройствах // Вестник Казахского национального медицинского университета им. С. Асфендиярова. 2015. №1. С. 73–77.
6. Тапалова О. Б. Мотивационная направленность личности при пограничных психических расстройствах // Клиническая и специальная психология. 2014. Т. 3. №1. Режим доступа: www.psyjournals.ru/psyclin (дата обращения 23.04.2016).
7. Хекхаузен Х. Психология мотивации достижения. СПб.: Речь, 2001. 256 с.
8. Bandura A. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. Self-efficacy in changing societies. New York, Cambridge University Press, 1995, pp. 1–45.
9. Hiroto D. S. Locus of control and learned helplessness. Journal of Experimental Psychology, 1974, v. 102, pp. 187–193.
10. Ryan R. M. Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. Contemporary Educational Psychology, 2001, v. 25, pp. 54–67.
11. Seligman M. E. Explanatory style and depression // Psychopathology: an interactional perspective. Orlando (FL), Academic Press, 1987, pp. 125–139.
12. Weiner B. An attributional analysis of achievement motivation. Journal of Personality and Social Psychology, 1970, v. 15, pp. 1–20.

References:

1. Burlachuk L. F. Adaptatsiya shkaly dlya diagnostiki pyati faktorov lichnosti. Voprosy psikhologii, 2000, no. 1, pp. 126–134.
2. Vindeker O. S. Struktura i psikhologicheskie korrelyaty motivatsii dostizheniya: dis. ... kand. psikhol. nauk: 19.00.01. Ekaterinburg, 2010, 203 p.
3. Gordeeva T. O. Motivatsiya dostizheniya: teorii, issledovaniya, problem. Sovremennaya psikhologiya motivatsii / Pod red. D. A. Leont'eva. Moscow, Smysl, 2002, pp. 47–102.

4. Milman V. E. Metod izucheniya motivatsionnoi sfery lichnosti. Praktikum po psikhodiagnostike. Psikhodiagnostika motivatsii i samoregulyatsii. Moscow, Izd-vo MGU, 1990, pp. 23–43.
5. Tapalova O. B., Negai N. A., Aknazarov S. A., Nuraliev B. Zh. Issledovanie motivatsii dostizheniya pri psikhicheskikh rasstroistvakh. Vestnik Kazakhskogo natsionalnogo meditsinskogo universiteta imeni S. Asfendiyarova. Almaty, 2015, no. 1, pp. 73–77.
6. Tapalova O. B. Motivatsionnaya napravlennost lichnosti pri pogranichnykh psikhicheskikh rasstroistvakh. Klinicheskaya i spetsialnaya psikhologiya, 2014, v. 3, no. 1. Available at: www.psyjournals.ru/psyclin, accessed 23.04.2016.
7. Khekkhauzen Kh. Psikhologiya motivatsii dostizheniya. St. Petersburg, Rech, 2001, 256 p.
8. Bandura A. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. Self-efficacy in changing societies. New York, Cambridge University Press, 1995, pp. 1–45.
9. Hiroto D. S. Locus of control and learned helplessness. Journal of Experimental Psychology, 1974, v. 102, pp. 187–193.
10. Ryan R. M. Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. Contemporary Educational Psychology, 2001, v. 25, pp. 54–67.
11. Seligman M. E. Explanatory style and depression // Psychopathology: an interactional perspective. Orlando (FL), Academic Press, 1987, pp. 125–139.
12. Weiner B. An attributional analysis of achievement motivation. Journal of Personality and Social Psychology, 1970, v. 15, pp. 1–20.

*Работа поступила
в редакцию 19.06.2016 г.*

*Принята к публикации
23.06.2016 г.*