

103



ФГБУ “Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского”
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Т.Н. Дудко
Н.И. Зенцова

**МОТИВЫ, МОТИВАЦИЯ
И ПСИХОТЕРАПИЯ
В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Методические рекомендации

НАРКОЛОГИЯ 2016

Москва 2016

**ФГБУ “Федеральный медицинский
исследовательский центр психиатрии и наркологии
имени В.П. Сербского”
Министерства здравоохранения
Российской Федерации**

**МОТИВЫ, МОТИВАЦИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ
В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Методические рекомендации



Москва - 2016

УДК 616.89-614.2

ББК 56.14

Д81

Методические рекомендации подготовлены сотрудниками Отдела реабилитации Научно-исследовательского института наркологии – филиала ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России: руководителем Отдела реабилитации доктором медицинских наук, академиком РАЕН Т.Н. Дудко, заведующей отделением психотерапии, психологической коррекции и ресоциализации доктором психологических наук Н.И. Зенцовой.

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России 17 декабря 2015 г., протокол №11.

Рецензенты:

М.Л. Рохлина – доктор психологических наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России;

В.В. Макаров – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии ГБУ ДПО РМАПО;

Р.А. Кардашьян – доктор медицинских наук, доцент кафедры психотерапии и наркологии ГБОУ ВПО РУДН МОН РФ.

Д81 Дудко Т.Н., Зенцова Н.И. **Мотивы, мотивация и психотерапия в наркологической практике: Методические рекомендации.** – М.: ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2016. – 68 с.

Рассмотрены понятия “мотив” и “мотивация”, а также специфика их формирования у лиц с наркологическими расстройствами и влияние на эффективность медицинской реабилитации с социальным аспектом. Значительная часть работы посвящена психотерапевтическим методикам с использованием технологий тестирования.

Для врачей психиатров-наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов, социальных работников, непосредственно участвующих в оказании помощи лицам с аддиктивными расстройствами.

ББК 56.14

© Т.Н. Дудко, Н.И. Зенцова, 2016.

© ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского”
Минздрава России, 2016.

ВВЕДЕНИЕ

Больные с наркологическими заболеваниями, как правило, некритично относятся к имеющимся у них психическим и поведенческим расстройствам. Зачастую настойчивые уговоры и требования родителей и значимых других лиц (ЗДЛ) прекратить употребление ПАВ и обратиться за помощью к врачам и медицинским психологам оказываются безрезультатными. В итоге дезадаптивные формы мышления и поведения преобладают, болезненная зависимость усиливается. Мировой опыт показывает: на современном этапе развития медицины клиническая концепция болезни – нозологическая и феноменологическая дифференциация, динамика и исход патологического процесса – уже не является единственной и преобладающей в системном подходе к восстановлению и освобождению от болезни. Не меньшее значение имеют психологические, личностные, социальные и духовные составляющие человека. В этой связи вовлечение наркологических больных в программы медицинской реабилитации относится к основным задачам наркологии, которые решаются методами психотерапевтических технологий путем воздействия на личностные особенности пациентов и их родственников.

На современном этапе развития наркологии работа специалистов с пациентами (с точки зрения применения различных психотерапевтических методик) остается бессистемной. При этом у исполнителей лечебно-реабилитационного процесса зачастую отсутствует понимание конечной цели и механизмов мотивационной работы, что негативно сказывается на результативности восстановления и ресоциализации. Для повышения

эффективности реабилитационных программ специалистам в области реабилитации лиц, зависимых от ПАВ, необходимо владеть значительным арсеналом психологических методик для определения мотивов пациента, последующего мониторинга, оценки терапевтических изменений и эффективности реабилитационной работы.

Цель настоящих методических рекомендаций заключается в стремлении повысить эффективность реабилитационной помощи наркологическим больным за счет внедрения в практику специалистов в области реабилитации психологических и психотерапевтических методик, способствующих формированию у пациентов мотивов на лечение и реабилитацию, удержанию их в лечебно-реабилитационном процессе и овладению алгоритмом предотвращения срывов и рецидивов заболевания.

Новизна предлагаемых методических рекомендаций в сравнении с другими подобными разработками, существующими в данной области, заключается в следующем:

- даны оптимальные определения понятий “мотив” и “мотивация”, их динамика и значение в последовательном движении к поставленной цели, которая может быть достигнута исключительно через решение конкретных медицинских, психологических, социальных и духовных индивидуальных задач;
- показано значение личной ответственности пациентов, их позитивных и негативных латентных мотивов (ЛПМ и ЛНМ) в сложном процессе реабилитации и ресоциализации;
- предложен комплекс психотерапевтических методик, способствующих усилению мотивов на воздержание от ПАВ и решение медицинских, психологических, социальных и духовных задач, изменяющих мировоззрение пациентов и ведущих к выздоровлению.

Ожидаемый результат от внедрения данных методических рекомендаций: повышение качества медицинской, психологической и социальной реабилитации лиц, зависимых от ПАВ, и пролонгирование терапевтических ремиссий.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Мотив и мотивация любой формы деятельности наркологических больных предполагает наличие следующих трех факторов: а) четко обозначенной цели (телеологический подход), которая может быть реально достигнута (получение результата); б) осознание, что сама цель стоит тех усилий и активных действий, которые необходимо прикладывать для ее достижения; в) цель достигается через решение конкретных медицинских, психологических, социальных и духовных индивидуальных задач.

На первых этапах усиления мотивов и мотивационные действия врача-нарколога и психолога направлены на укрепление веры больных в то, что их собственные надежды выздороветь, приобрести личную социальную стабильность могут осуществиться. Больные информируются о том, что для достижения цели потребуется значительное время (не менее 1–5 лет), волевые усилия, систематический труд, постоянная активная работа в программе реабилитации с членами реабилитационной наркологической бригады. Это значит, что ради того чтобы болезнь отступила, придется трудиться, брать на себя ответственность – меняться, совершенствоваться, самоактуализироваться, приобретать знания и навыки во многих областях, а именно:

1. Осознать и признать болезнь со всеми ее негативными психосоматическими проявлениями, проследить динамику собственного заболевания и других лиц, болеющих наркоманией. Научиться определять симптомы обострения заболевания, адекватно реагировать на них и пользоваться алгоритмом предотвращения срывов и рецидивов заболевания..
2. Признать авторитет профессионалов в области реабилитации, к которым следует обращаться при обнаружении признаков обострения заболевания, что поможет избежать срывов и рецидивов болезни.
3. Изменить культуру общения и коммуникаций. Реально оценить многообразие действительности, преимущества

жизни вне наркоманической субкультуры. Понять, что формы поведения являются выражением личностных и общественных ролей человека, они могут способствовать выздоровлению или рецидивам болезни, личной и социальной адаптации или дезадаптации, благополучию или несчастью. Осознать, что здоровый образ жизни (поведение) неизбежно приводит к положительным результатам и достижению цели.

4. Сформировать нормативный стереотип физической и сексуальной культуры. Здоровье каждого человека имеет личную и общественную ценность. Небрежное отношение к здоровью и сексуальным связям очень быстро ведет к одряхлению организма и болезням, разрушению адаптационных и компенсаторных механизмов. Поэтому необходимо приложить усилия к восстановлению здоровья – обследоваться и лечить сопутствующие наркоманиям/алкоголизму заболевания.
5. Заботиться о психической и духовной культуре. Относиться к жизни без наркотиков как к естественной реальности. Путь достижения счастья проходит через соблюдение морально-этических норм, имеющих абсолютную ценность. Труд – необходимое условие полноценной жизни, личная свобода реализуется в обществе через труд и творчество.
6. Оценить личные возможности, уровень реабилитационного потенциала (УРП) и составить план поэтапной реализации лечебно-реабилитационной программы, включающей самоактуализацию и самореализацию под контролем и с помощью членов наркологической бригады.

Из изложенного следует, что усиление мотивов и мотивация в наркологии невозможны без исчерпывающей и всесторонней аргументации, которую следует рассматривать как способ влияния на формирование убеждений, побуждающих к действию. Если понимание проблемы – это ключ к выздоровлению, то активные и целенаправленные действия – это обоснованный путь к нему.

Мотив – одно из ключевых понятий психологии, которое рассматривается как сложное психологическое образование, побуждающее индивида своей энергетической заряженностью к определенному действию или поведению. В качестве мотивов могут выступать потребности (биологические, социальные), личностные интересы, социальные установки, ценностные ориентации, убеждения, чувство долга, эстетические категории, а также различные аффективные и поведенческие расстройства, патологическое влечение к ПАВ и др. Все мотивы взаимодействуют друг с другом, образуя единую систему, и один из них может быть главенствующим. У лиц с наркологическими заболеваниями сила мотива, естественно, зависит от этапа течения заболевания – это острое состояние или ремиссия.

Под мотивацией (мотивационным процессом) понимают процесс формирования и усиления мотивов и побуждений к определенному виду деятельности. Психологи выделяют внутреннюю мотивацию (самотивацию) и внешнюю мотивацию. Последняя реализуется посредством целенаправленного внешнего воздействия на индивида. Это может быть воздействие со стороны ближайшего окружения (члены семьи, значимые другие лица и пр.) либо со стороны макросоциума (СМИ, национальная культура, общекультуральные ценности и пр.), либо со стороны специалистов в области наркологии (врач, психотерапевт, медицинский психолог, социальный работник).

Мотивы и мотивация находятся во взаимосвязи с воздействием внутренних и внешних факторов. Любой внешний раздражитель или стимул может способствовать запуску мотивационного процесса и активизировать комплекс мотивов. В этих случаях понятие стимула становится тождественным понятию “мотиватор”.

Мотивы к прекращению употребления ПАВ и обращению за медицинской помощью активизируются и усиливаются интенсивными внешними воздействиями, которые в совокупности составляют систему социального прессинга: со стороны администрации по месту работы, со стороны социума (судебное преследование, агрессивные требования кредиторов), со стороны

значимых других лиц, авторитет и реальная помощь которых очень часто эксплуатируются не во благо больных.

Как правило, последним мотиватором/стимулом на лечение при первичном обращении больных к врачу является не внутреннее побуждение, а интенсивное внешнее воздействие, усиливающее систему мотивов и буквально заставляющее их обратиться за врачебной помощью.

Динамика мотивов и мотивации на обращение за медицинской помощью у лиц с наркологическими расстройствами во многом зависит от их внутренних и внешних ресурсов. К внутренним ресурсам относят: состояние физического здоровья и личностные психологические особенности (воля, ответственность, организованность, духовная/нравственная сохранность, мировоззренческие установки и др.). К внешним ресурсам относят все виды поддержки на социальном и семейном уровне (экономическом, медицинском, моральном, психологическом). Такими внешними резервными ресурсами для больного чаще всего являются личные или семейные сбережения, хороший заработок, экономическая поддержка семьи и друзей, протекция, доступ к деньгам по месту службы или в семье, которые можно взять или украсть с надеждой удовлетворить свое влечение. Следовательно, многие внутренние и внешние ресурсы больных могут играть крайне негативную роль, поддерживая и стимулируя их участие в потреблении ПАВ или в азартных играх.

Таким образом, мотивация на обращение за медицинской помощью с целью отказа от употребления ПАВ у лиц с наркологическими расстройствами определяется следующими комплексом факторов:

- а) взаимосвязанными мотивами и реально действующими мотиваторами, побуждающими к достижению четко обозначенной цели на отказ от употребления ПАВ и ресоциализацию, которая может быть достигнута в результате обращения за медицинской и социальной помощью;
- б) осознанием, что цель в форме отказа от употребления ПАВ может быть достигнута в результате усилий и активных действий, которые самому пациенту необходимо предпринять для ее достижения. Для этого необходимо,

чтобы лицо с наркологическим расстройством осознавало и эмоционально реагировало на негативные последствия злоупотребления ПАВ, анализировало возможные способы преодоления связанных с употреблением ПАВ медицинских и социальных проблем. Таким образом, вероятность формирования осознания цели определяется интенсивностью мотивов и борьбы мотивов, их совокупностью. Важное значение в формировании осознания цели имеет истощение ранее упомянутых внешних ресурсов, обеспечивающих возможность употребления ПАВ и позволяющих поддерживать болезнь зависимости. В периоды обострения синдрома патологического влечения к ПАВ внутренние и особенно внешние ресурсы больных играют крайне негативную роль, препятствуя движению к ранее намеченной цели;

- в) целеполаганием – цель достигается через решение конкретных медицинских, психологических, социальных и духовных индивидуальных задач. Необходимо выявить, насколько реальным для пациента является предложенный ему алгоритм действия, что зависит от имеющихся у него ресурсов, его УРП. Реабилитационный потенциал пациента подкрепляется внутренними и внешними ресурсами (сохраненное чувство ответственности, понимание проблемы, потребность в постоянной работе, семейная поддержка и пр.), при явном дефиците которых вероятность достижения результата лечения снижается.

Для пациентов, включенных в лечебно-реабилитационные программы, принципиально важными являются наличие у них стабильного мотивационного тонуса и возможность получать дополнительную стимуляцию для подкрепления выбранной деятельности. В противном случае созданный алгоритм действия перестает реализовываться, что и наблюдается при появлении мотивов или мотиваторов разрушения, приводящих к срывам и рецидивам заболевания.

В состоянии хотя бы средней продолжительности ремиссий (6–12 месяцев) на фоне более или менее успешной социальной реадаптации пациентов с переживанием собственной успеш-

ности и удовольствия от достигнутого результата у них часто формируется сложное психологическое образование – латентный позитивный мотив (ЛПМ).

При отсутствии терапевтических ремиссий и зафиксированном в сознании неверии в эффективность медицинской помощи у пациентов формируется латентный негативный мотив (ЛНМ). Его формированию также способствуют СМИ, публикующие информацию о низкой эффективности наркологической помощи и слухи о неудачных результатах лечения, распространяемые другими пациентами, которые не имеют установки на лечение и не обращаются за медицинской помощью. В этих случаях наблюдается феномен мотивационной ригидности в форме неспособности изменить систему мотивов при обстоятельствах, требующих от пациента определенной гибкости взглядов и поведения.

И ЛПМ и ЛНМ рассматриваются как сохраненная в памяти осознанная и устойчивая энергетическая заряженность. В одном случае – это мотив на повторное достижение положительного результата лечения и доверие к врачам, в другом – мотив на неучастие в лечебно-реабилитационных программах и избегание врачей. Следовательно, и ЛПМ и ЛНМ обладают мотивационным потенциалом, значение которого огромно. Однажды сформированные, они сохраняются в памяти пациентов на многие годы, порой на всю жизнь, и при определенных обстоятельствах выполняют мотивационные функции. Поэтому нередко больные с ЛПМ, прежде чем рассказать врачу о срывах и рецидивах болезни, содержащих эмоционально неприятную и этически негативную информацию, охотно рассказывают, нередко в гиперболизированной форме, как после проведенного в прошлом лечения они не употребляли ПАВ в течение достаточно продолжительного времени.

В процессе формирования мотива выделяют несколько последовательных этапов. На первом этапе возникает побуждение к какому-то действию в форме потребности, мысли или эмоции, после этого оно наполняется конкретным предметным содержанием в виде побуждения к конкретному действию, результатам этого действия и способам его осуществления. Если возникшее

побуждение не наполнилось конкретным содержанием, оно стимулирует ситуативное поведение, о котором впоследствии человек может сожалеть, так как оно не соответствовало в полной мере принятым ценностям и установкам.

На втором этапе мотивационного процесса происходит “принятие мотива” – идентификация побуждения, определение его соответствия ценностям личности и ее установкам. Человек как бы “проверяет на соответствие” возникшую у него потребность своим нравственным принципам, ценностям и т.д. Если возникшее побуждение принято личностью, оно становится мотивом. Мотив при этом приобретает не только побудительную функцию, осознанную направленность, но и смыслообразующее содержание.

На третьем этапе происходит реализация мотива. В зависимости от конкретных условий и способов реализации мотив может изменить свое первоначальное психологическое содержание и приобрести новые дополнительные функции, например, удовлетворения, насыщения потребности, интереса. Это приводит к переходу к следующему этапу мотивационного процесса – закреплению мотива в форме соответствующей черты характера. Последний этап – актуализация потенциального побуждения, под которой имеется в виду осознаваемое или не осознаваемое проявление соответствующей черты характера в условиях внутренней или внешней необходимости, привычки или желания.

Психотерапевтические технологии формирования мотивов и мотивации к обращению за медицинской помощью

Когнитивная психотерапия: технологии формирования мотивации и процесс интервенции

Цель и основные принципы

Когнитивная психотерапия – психотерапевтический метод, направленный на улучшение личностной и социальной адаптации индивида через осознание и коррекцию неадаптивных мыслительных схем – убеждений. Когнитивные психотера-

певты исходят в своей работе из принципа: только поняв, как индивид воспринимает и обрабатывает информацию, можно определить, почему у него возникают конкретные психологические проблемы, а изменив привычный образ мыслей индивида, эти проблемы можно разрешить. Создатель когнитивной психотерапии А. Бек считал, что индивид не только воспринимает и оценивает ситуацию, но и мысленно комментирует то, о чем думает, что чувствует. Такие комментарии А. Бек называл “автоматическими мыслями” и считал, что они также могут быть источником психологических переживаний и дезадаптивного поведения.

В качестве метода, посредством которого возможно прервать неадаптивные мыслительные схемы, когнитивная психотерапия предлагает метод убеждения, когда индивиду показывают реальную действительность, с которой он утратил связь, доступным для его восприятия способом: ему преподносят конкретные факты его дезадаптивного поведения и соответствующие последствия. Доступный для восприятия способ – это объективный, беспристрастный и понятный данному индивиду способ подачи ему информации.

В отношении лиц с наркологическими расстройствами метод убеждения направлен на демонстрацию и разъяснение пациенту пагубного и разрушительного воздействия химической зависимости.

Поскольку у лиц с наркологическими расстройствами хорошо развиты защитные реакции, метод убеждения более эффективен в группе с другими заинтересованными лицами из ближайшего окружения пациента, что дает целый ряд преимуществ. Во-первых, когда к пациенту одновременно обращается несколько заинтересованных человек, которые говорят об одной и той же проблеме, пациент легче и быстрее воспринимает ее наличие и ее важность. Заявления же одного человека, в том числе и терапевта, легко игнорируются или превращаются в толкуются. Групповое воздействие обладает большим авторитетом. Во-вторых, во время осмысления имеющихся проблем и необходимости их преодоления группа единомышленников из других заинтересованных лиц придает пациенту чувство

уверенности в своих силах и укрепляет веру в возможность позитивных изменений. Кроме того, противостоять активной защитной позиции лица с наркологическим расстройством более эффективно в группе единомышленников. В-третьих, чем больше в процесс убеждения вовлечено заинтересованных лиц, тем больше будет приведено свидетельств, подтверждающих наличие проблемы. Поэтому метод убеждения следует проводить в группе, состоящей из двух или более заинтересованных лиц, которые близки к лицу с наркологическим расстройством и не раз становились свидетелями его/ее дезадаптивного поведения под воздействием ПАВ.

Алгоритм подбора мотивационной группы для проведения метода убеждения

Шаг 1. Составить список авторитетных для пациента лиц из числа его окружения. Это должны быть лица, с которыми у пациента сложились доверительные взаимоотношения, которые могут оказать на него сильное влияние, а также лица, не имеющие проблем с употреблением ПАВ. В мотивационную группу могут быть включены следующие лица:

- 1) жена (муж), если пациент состоит в браке;
- 2) начальник (работодатель) пациента или его непосредственный руководитель. Участие непосредственного руководителя в мотивационной группе может оказаться крайне полезным, поскольку зависимые пациенты часто держатся за свой “облик добросовестного работника” как за последний оплот респектабельности. Они используют это как “доказательство” того, что у них нет проблем с употреблением ПАВ. Порой вмешательство начальника оказывается более результативным, чем воздействие со стороны члена семьи или друга;
- 3) родители пациента, его братья и сестры, особенно если он проживает вместе или поблизости;
- 4) дети пациента, поскольку в большинстве случаев им хорошо известно о существовании проблемы, связанной с употреблением ПАВ. Желательно, чтобы привлеченные

к мотивационной работе дети пациента были в возрасте старше восьми лет, поскольку от них требуется умение выразить свои переживания словами и описать дезадаптивное поведение пациента в результате употребления ПАВ. Родителей часто беспокоит, не окажет ли вовлечение ребенка в мотивационный процесс негативное психологическое воздействие на него. Однако ребенок, который уже давно находится в проблемной ситуации, связанной с употреблением ПАВ одним из его родителей, является созависимым, у него есть обусловленные созависимостью психические расстройства и психологические деформации. Во время работы в составе мотивационной группы такой ребенок получает возможность при поддержке и коррекции присутствующих взрослых лиц, в том числе и специалиста, высказать накопившиеся у него обиды, страхи, тревоги, поделиться своими переживаниями, что, в свою очередь, может оказать на этого ребенка позитивный терапевтический эффект. Участие детей в мотивационной группе, как правило, приносит им еще и иную пользу: просвещение их по поводу употребления ПАВ помогает им лучше понять, что происходит с их близким, и это также может положительным образом сказаться на взаимоотношениях в семье;

- б) близкие друзья и соседи пациента. Несмотря на то, что лица с наркологическими расстройствами общаются преимущественно с компанией потребителей ПАВ, у них могут быть друзья и знакомые, не употребляющие ПАВ. В мотивационную группу могут быть привлечены не все друзья и соседи, а только авторитетные или значимые для пациента, имеющие представление о проблемах, связанных с употреблением ПАВ, и хорошо знакомые с аналогичными проблемами у пациента. Прорваться через защитные механизмы пациента обычно удается тем друзьям и соседям, чье мнение или оценка (одобрение) важны пациенту для поддержания представления о себе как о сохранной личности. Помимо членов семьи и начальников по работе нередко именно друзья и соседи помогают паци-

енту критично оценить свое поведение. В ситуации, когда пациент убеждает себя, что употребление ПАВ является следствием семейного разлада, именно мнение стороннего наблюдателя, не принадлежащего к кругу его семьи, помогает разрушить это неконструктивное убеждение;

- 6) коллеги из числа тех, с кем пациент постоянно работает в одном офисе или сотрудничает, выполняя долгосрочный проект. Коллеги должны быть авторитетными и критично оценивающими проблемы, связанные с употреблением ПАВ;
- 7) представитель духовенства для верующих пациентов. Священнослужитель может оказаться незаменимым участником мотивационной команды, поскольку его мнение будет крайне важно для пациента. Особенно ярко это проявляется в тех случаях, когда он приобщен к определенной конфессии и ощущает ее значение для себя и своей семьи.

Шаг 2. Формирование мотивационной группы. Специалисту необходимо встретиться с людьми, включенными в список мотивационной группы, и убедить их в необходимости участия в работе с пациентом. Если предварительно составленный список членов мотивационной группы оказался чересчур большим, круг потенциальных участников необходимо сузить. Большая мотивационная группа может оказаться слишком плохо управляемой. Наиболее продуктивно функционирует мотивационная группа из 3–5 человек. Лучшие члены команды – те, кто, по меньшей мере, имеет некоторое представление о связанных с употреблением ПАВ проблемах, готов рискнуть своей дружбой с пациентом, а также отвечает требованиям, предъявляемым к участнику мотивационной группы. Каждый участник мотивационной группы должен обладать достаточным знанием и пониманием сути проблем, связанных с употреблением ПАВ, чтобы понимать:

- а) злоупотребление ПАВ – это болезнь, при которой волевым усилиям пациента недостаточно для того, чтобы держать под контролем употребление ПАВ;

- б) в результате злоупотребления ПАВ нарушается волевая система пациентов;
- в) по механизмам патопсихологической защиты у пациента сформировалась устойчивая система самообмана, которая препятствует пониманию наличия болезни, связанной с употреблением ПАВ;
- г) из-за самообмана пациент абсолютно неспособен критично оценить свое поведение, и по этой причине он нуждается в специализированной помощи;
- д) болезнь зависимости – не просто дурная привычка, а заболевание, требующее медицинского вмешательства.

Вовлечение лиц из ближайшего окружения в мотивационную группу может разрушить их доверительные отношения с пациентом. Супруга пациента может заявить: “Согласна, мой муж в беде, но если я сделаю так, как вы просите, он со мной разведется!”. Друг скажет: “Он никогда больше не будет со мной разговаривать. Я наверняка потеряю его дружбу”. Ребенок скажет: “Отец страшно сердится, когда я заговариваю о его пьянстве”. Коллеги и начальник по работе могут высказать опасение: “Мы так загружены работой, что непонятно, стоит ли усугублять и без того шаткое положение”. Поэтому специалисту необходимо заранее найти контраргументы, которые помогут лицам из ближайшего окружения справиться с имеющимися у них опасениями. Например, в разговоре с ребенком часто бывает достаточно объяснить, что отец очень болен и ему нужно срочно помочь. Кроме того, в наши дни уже многие компании, по меньшей мере, имеют представление о широко распространенной проблеме химической зависимости, некоторые из них даже нанимают штатных консультантов для оказания помощи своим работникам. Но главный аргумент – самый простой: если они так и не предпримут никаких мер, зависимый человек умрет преждевременно. Выбор сводится к двум возможностям: можно вмешаться, тем самым рискуя дружбой с человеком (которая уже и так дала трещину из-за его болезни), или же сидеть сложа руки и наблюдать, как он (или она) продолжает губить себя.

Последний критерий выбора участника мотивационной группы – его эмоциональная сохранность и адекватность, отсутствие негативного отношения к пациенту, препятствующих рационально участвовать в мотивационной работе.

Алгоритм сбора информации, необходимой для проведения метода убеждения

Шаг 1. Составить письменный перечень конкретных инцидентов или характерных состояний пациента, связанных с употреблением ПАВ. Это необходимо сделать каждому члену мотивационной группы. Дети также могут самостоятельно или с помощью взрослых составить письменный перечень травмирующих событий и своих переживаний, связанных с ними. Этот перечень должен быть написан в форме прямого обращения к пациенту, поскольку он будет зачитан ему во время сеанса убеждения (“Ты натворил то-то и то-то”, а не “Мой муж натворил то-то и то-то”). Перечисленные события необходимо сформулировать предельно конкретно. Не допускаются обобщения: “Ты слишком много пьешь”, “Ты должен прекратить пить”, “Твое пьянство усугубилось”, “Ты все время ‘в улете’”, поскольку они воспринимаются пациентами как личные выпады-оскорбления.

В каждом пункте требуется четко и подробно описать конкретный инцидент, предпочтительно тот, который пишущий видел своими глазами. Например:

“В прошлый четверг, в 20:00, ты ввалился в гостиную, наткнулся на журнальный столик и разбил стоявшую на нем лампу. Возможно, ты не помнишь этого, потому что явно был пьян”.

“В понедельник, собравшись постирать, я обнаружила в корзине для белья еще одну опорожненную бутылку”.

“В прошлом месяце мы трижды подряд отказывались от приглашений на званые обеды, так как ты днями не просыхал”.

“Утром соседи упомянули, что давно заметили, насколько замкнутой ты стала в этом году. Они интересуются, можно ли тебе чем-нибудь помочь”.

“Помнишь, как ты рухнул в ванной в два часа ночи в субботу. Когда я пришла посмотреть, что за шум, то обнаружила тебя лежащим на полу. От тебя несло спиртным”.

“Поздно вечером в понедельник я выглянула в окно и увидела, что ты без чувств валяешься возле своего дома. На улице было -7°C, и я беспокоилась за тебя”.

“В прошлом месяце ты потратил 30 000 рублей на спиртное”.

“Неделю назад ты оставался дома, прогуливая работу целых три дня подряд и уверяя, будто у тебя грипп. На самом же деле – потому, что ты слишком “перепил”, чтобы встать с постели”.

“В понедельник вечером ты сказал мне, что после работы отправишься прямо домой. Вместо этого ты явился в час ночи и уснул в одежде”.

“На прошлой неделе я вернулся домой и обнаружил детей на улице одних, без присмотра. Ты спала на диване, рядом с тобой на полу стояла пустая бутылка из-под ликера. Дети проголодались, им было страшно. Они сказали, что пробовали тебя разбудить и не смогли”.

Чем больше неприятных случаев перечислит каждый член мотивационной группы, тем лучше.

По мере того как видеорекамеры становятся все более доступны, можно использовать видеозаписи для демонстрации дезадаптивного поведения пациента.

Шаг 2. Подготовить список медицинских организаций, куда конкретно можно обратиться за лечением. Основная цель метода убеждения – убедить пациента обратиться за медицинской помощью и тут же предложить ему конкретные медицинские учреждения для лечения.

Целесообразно заранее договориться с медицинской организацией о лечении, подготовить проспекты, брошюры и другие публикации о медицинских организациях, куда можно обратиться за лечением. Желательно получить полную информацию о реализуемых там программах лечения, выяснить их эффективность, узнать, каков процент лиц, отказавшихся от употребления ПАВ после проведенного лечения.

Если пациент не соглашается обратиться за медицинской помощью, мотивационную работу необходимо продолжать. Психологами выявлено, что метод убеждения обладает кумулятивным (суммирующим) действием. Если первая встреча с мотивационной командой не подвигнет пациента на лечение, то, возможно, начатый процесс мотивации довершит вторая или третья консультация.

Результатом эффективно проведенного метода убеждения в отношении химически зависимого человека является осознание им наличия проблемы, связанной с употреблением ПАВ и необходимости связанного с этим лечения. Это осознание обычно переживается пациентом как “момент истины”, как кризис. Но для достижения этого позитивного результата требуются дни, даже недели усиленной подготовки. Чем лучше подготовлена мотивационная группа, тем быстрее и менее травматично для пациента и всех других заинтересованных лиц пройдет процесс убеждения.

Гештальт-терапия

Мотивационная гештальт-терапия наркологических расстройств – это вариант психотерапии, направленной на осознание индивидом проблемных обстоятельств в его жизни, которые в результате психологической защиты им активно избегаются, через организацию фантомного опыта.

Поскольку, согласно методу гештальт-терапии, лицо с наркологическим расстройством избегает осознанности проблемного актуального опыта, при проведении мотивационной терапии оптимальным является прием фрустрации с привлечением максимально большого объема манипуляций, а задача метода фрустрации состоит в осознании пациентом своих манипуляций.

Согласно гештальт-подходу, для лиц с наркологическими расстройствами, и особенно для больных с химической зависимостью, характерна патологическая конфлюэнция¹.

¹ Конфлюэнция – это слияние организма и окружающей среды, когда выделить self оказывается невозможно. Маленький ребенок находится в

Постоянное сдерживание агрессии блокированной конфлюэнции приводит к психофизическому истощению и переживанию чувства физической и психической усталости, эмоциональной напряженности, что может выступать провоцирующим фактором употребления ПАВ.

В гештальт-терапии существует важнейшее понятие – цикл контакта. Это последовательность построения – разрушения гештальтов (которая иногда носит название “цикл контакта”, так как описывает, каким образом организм контактирует с окружающей средой). Контакт в гештальт-подходе предполагает полное проживание актуальной ситуации “здесь и сейчас”, чувство единения и взаимофункционирования себя и среды при осознании различий. Условием разворачивания контакта является желание/потребность/интерес/переживание. Только с тем, что образует интерес/потребность, т.е. “фигуру”, можно контактировать. По сути, контакт обеспечивает естественный жизненный процесс создания – разрушения фигур. То, как человек устанавливает контакт с миром, и является предметом гештальт-исследования. В процессе гештальт-терапии мы стремимся обнаружить способы, используя которые человек получает от среды то, что ему нужно, отдает, то, что не нужно, а также делится тем, что нужно другому.

Цикл контакта протекает согласно четырем фазам:

- 1) преконтакт;
- 2) контактирование;
- 3) финальный контакт;
- 4) постконтакт.

Преконтакт – фаза ощущений, от их размытости до возникновения фигуры желания. Желание может быть направлено

состоянии нормальной конфлюэнции со своей матерью, влюбленный – со своей возлюбленной, взрослый – с группой духовно близких ему людей. Как правило, за конфлюэнцией следует отступление, позволяющее человеку вновь оказаться в своих собственных границах, возвратиться к себе самому – особому и не похожему на других. Разрушение и выход из этой конфлюэнции означает переход человека из зависимости от родителей, от семейной среды в контрзависимость и далее в независимость. Если этого не происходит, конфлюэнция становится хронической. Конфлюэнция также встречается в парах, где оба партнера не позволяют себе ни одного самостоятельного действия, считая его “изменой”. Конфлюэнция препятствует любому противоборству, любому настоящему контакту. Резкий разрыв конфлюэнции повлечет за собой сильную тревогу, нередко усиленную чувством вины.

либо на получение чего-либо необходимого, либо на избавление от чего-то ненужного. К примеру, тревогу зависимых возрастает, когда они попадают впервые на прием к наркологу.

Контактирование – фаза формирования фигуры желания и перевода возбуждения во внешний план. Это активная фаза, в ходе которой человек распознает свое желание и приступает к взаимодействию с окружающей средой с тем, чтобы его удовлетворить. Речь идет не об установившемся контакте, а об его установлении; имеется в виду процесс, а не состояние. Эта стадия отождествления сопровождается эмоциями: приятными – увлечение, интерес (в случае, если специалисту удалось расположить к себе пациента), или неприятными – нетерпение, раздражение, отвержение, а также агрессия. Напряжение на границе контакта велико, поэтому контакт либо теряет энергию и затягивается, либо переходит на следующие стадии. Например, в контакте с наркологом зависимый начинает преуменьшать свои проблемы с зависимостью, обвинять специалиста, что “он не может понять того, что с ним в данный момент происходит, так как сам не имел опыта зависимости и пр.”, дабы свести на нет контакт с наркологом.

Полный контакт – фаза полного соединения с желаемым объектом (в случае удачного контакта со специалистом это происходит, когда он вызвал доверие пациента и сумел мотивировать на дальнейшее лечение) и удовлетворения желания (например, пройти лечение). Границы между человеком и желанным объектом стираются. Осуществляется цельное действие, происходящее здесь и теперь.

Постконтакт – фаза ассимиляции, осмысления свершившегося контакта. Желание удовлетворено (например, зависимый прошел лечение), оно уходит в фон. Границы восстанавливаются. Человек усваивает полученный опыт. Это усвоение сопровождается чувством удовлетворения (облегчения от того, что зависимый “что-то сделал, чтобы побороть свою зависимость”) или какими-то неприятными чувствами (например, чувство досады и злости, когда зависимый хочет прервать курс лечения и реабилитации), если желание удовлетворено не тем способом или недостаточно.

Дополнительной к концепции цикл-контакта выступает идея прерываний контакта/срывов, которые привязаны к определенным этапам рассматриваемого цикла. Прерывание зависимым пациентом цикл-контакта говорит о его резко падающей мотивации к обращению за помощью и нуждается в коррекции. Прерывание представляет собой способ нарушения естественного (“здорового”) течения контакта организм/среда. Пятерку наиболее распространенных механизмов составляют: слияние² (конфлюэнция), интроекция³, проекция⁴, ретрофлексия⁵, эготизм⁶.

Цикл опыта, сформированного в наркотическом опьянении, можно назвать фантомным (*fantom* – от греч. *fantasma* – призрак, нереальный) опытом. Если “обычный” срыв цикл-контакта ставит человека перед необходимостью снова и снова возвращаться к попытке пройти актуальный цикл опыта, то наркотик как раз снимает эту проблему, убирая блоки, стоящие на пути к полноценной реализации контакта: страхи, ориентация на чужое мнение, стереотипы и т.д. Вместе с тем, тот эволюцион-

² Слияние (конфлюэнция) - это такое состояние, при котором человек как бы не чувствует границы между собой и окружающей его средой/другим человеком, когда он полагает, что он и среда – это одно целое.

³ Интроекция – бессознательный психологический процесс, относимый к механизмам психологической защиты. Включение индивидом в свой внутренний мир воспринимаемых им от других людей взглядов, мотивов, установок и пр. (интроектов).

⁴ Проекция – защитный механизм, позволяющий человеку считать собственные неприемлемые чувства, желания, мотивы, идеи и пр. чужими и, как следствие, не чувствовать за них ответственность. Негативным следствием такой защиты является желание исправить внешний объект, на который спроецировано что-то негативное, или вообще избавиться от него, чтобы таким образом избавиться от “вызванных им” чувств. Внешний объект, между тем, может не иметь ничего общего с тем, что на него спроецировано.

⁵ Ретрофлексия – проекция наоборот. Человек возвращает себе то, что было адресовано окружающей среде или другому. Например, в случае агрессии в отношении кого-то бьет по руке самого себя.

⁶ Эготизм является одним из способов поддержания и улучшения благоприятного впечатления о себе и, как правило, включает завышенное мнение о своих личностных особенностях и собственной значимости, завышенное представление о своих интеллектуальных, физических и социальных способностях. Человек обычно имеет непреодолимое чувство собственной значимости Я. Эготизм означает тенденцию человека размещать себя в центре мира, не заботясь о других, в том числе любимых и близких.

ный сдвиг, который приобретает организм в результате прохождения естественного цикла-опыта, отсутствует при прохождении фантомного цикл-опыта. Точнее, тот шаг, который человек совершает в своем личном развитии в результате приобретения нового опыта, не сказывается на организме вне взаимодействия с наркотиком. Необходимо понимать – фантомный цикл-контакт является для пациента своеобразным “курортом”, где он может психологически и эмоционально отдохнуть, особо не вовлекаясь в анализ собственной жизни и негативные переживания. Поэтому в терапии с зависимыми пациентами специфической особенностью проведения гештальт-терапии является большое количество срывов цикл-контактов, что, в свою очередь, постоянно снижает эффективность мотивации к лечению. Для того чтобы защитить себя и дать возможность формированию лишь фантомного цикл-контакта, пациент за годы зависимости обучается колоссальному количеству манипуляций и спекуляций. Фактически любое событие на границе контактов может быть использовано им как материал для манипуляции.

В случае срыва цикла-контакта в ходе первичной консультации лиц, злоупотребляющих ПАВ, можно разделить их на 2 группы:

1. “Пациенты, у которых проблемы и сложности находятся на уровне выбора”. При этом цикл-контакт такой клиент срывает на стадии его “завязки”. Опыт взаимодействия с ПАВ у таких пациентов примерно 1 год, иногда 3 года – в случаях эпизодического употребления ПАВ, при отсутствии их инъекционного введения.

2. “Зависимые с длительным стажем употребления ПАВ” – те пациенты, у которых проблемы заявлены на уровне осознания потребностей. При этом для них наиболее типичен срыв цикл-контакта на стадии преконтакта.

В соответствии с этими идеями и наблюдениями подходы к терапии различны. В первом случае работа должна быть направлена на осознание пациентом возможности выбора и его ответственности за сделанный выбор. Во втором случае мотивационная работа нацелена на осознание своих потребностей.

Рациональная психотерапия

В основе метода – рациональное объяснение пациенту причин и механизмов развития имеющегося у него наркологического расстройства, способов его преодоления, а также формирование мотивации на отказ от употребления ПАВ и включение в программы лечения.

Используются традиционные для рациональной психотерапии директивные техники, основанные на авторитете и знаниях терапевта, а также методики убеждения, переубеждения, разъяснения, ободрения, отвлечения, приемы дидактики и риторики. Дополнительно могут использоваться другие психотерапевтические методики:

“Умышленное пренебрежение” (Р. Брунс) – все внимание пациента фокусируется на состоянии патологического влечения к ПАВ, при этом не обсуждаются причины развития этого психопатологического образования. “Это не важно, главное, что вот сейчас...”.

“Субординарно-авторитарные реакции” (Ф. Странски). По результатам сеанса рациональной психотерапии, при достижении у пациента мотивированного согласия на лечение с ним заключается договор о том, что он согласен пройти лечение от имеющегося у него наркологического расстройства и выполнять все рекомендации и предписания своего врача.

“Возбуждающие воспоминания” (Ф. Мор). При сформировавшейся у пациента по результатам рациональной психотерапии мотивации на лечение терапевт специально акцентирует его внимание на воспоминаниях о тех тревогах, опасениях и иных негативных эмоциональных реакциях и убеждениях, которые он испытывал до терапии и которые были причинами его отказа от лечения. Но на фоне сформированной мотивации на лечение и при сформированном рациональном отношении к имеющемуся у него наркологическому расстройству прошлые негативные переживания и убеждения воспринимаются пациентом без негативного контекста, сопровождаются позитивными эмоциональными реакциями (смех, юмор), что, в свою очередь, усиливает сформировавшиеся установки на лечение.

Алгоритм рациональной психотерапии лица с наркологическим расстройством с включением мотивационного компонента:

- 1) обсуждение с пациентом его наркологического расстройства, причин развития данного расстройства, медицинских и социальных последствий;
- 2) формирование у пациента рационального отношения к наркологическому расстройству и способам его преодоления (мотивация на лечение);
- 3) разработка индивидуального плана лечения и рационального режима жизни на ближайшее время и в отдаленной перспективе;
- 4) активирование и тренировка личностных ресурсов по преодолению проблемных ситуаций;
- 5) закрепление и поддержание выработанных социальных отношений и перспективных планов на жизнь в условиях отказа от употребления ПАВ.

Проведение рациональной психотерапии может быть индивидуальным и групповым.

Семейная психотерапия

Одновременно с формированием у лица с наркологическим расстройством мотивации к лечению необходимо проводить психотерапию с членами его семьи.

Семейная психотерапия проводится с первых дней обращения за консультативной или лечебной помощью, далее продолжается в процессе пребывания пациента на лечении в стационарных условиях и затем после его выписки.

Психотерапия семьи лица с наркологическим расстройством проводится в несколько этапов.

1 этап (мотивационный, догоспитальный). Первой задачей этого этапа является установление доверительных и партнерских отношений с родственниками пациента. При проведении первых консультаций с ними важно выслушать их проблемы, дать им возможность высказаться по поводу накопившихся у них негативных эмоциональных переживаний и попытаться

снять или смягчить их чувство неудовлетворенности (фрустрации) и эмоциональной напряженности.

Необходимо собрать подробный анамнез жизни и заболевания пациента от членов его семьи. Лучше, если жизнеописание пациента будет составлено его родственниками в письменной форме. Желательно, чтобы были изложены все события жизни пациента и его семьи, характер взаимоотношений пациента с каждым из его родственников. Как правило, на описание истории жизни пациента у родственников уходит 2–3 дня. Нередко такое жизнеописание требует от родственников мобилизации всех их душевных сил, поскольку нередко является для них чрезвычайно болезненным. Однако после описания жизни пациента и его семьи составившие его родственники испытывают чувство огромного облегчения, когда на смену аффективной неустойчивости, эмоциональным метаниям и противоречивости чувств и убеждений приходит разумный взгляд на прошлую жизнь пациента и его семьи, появляются первые попытки сформировать реальные планы на настоящее и будущее. Одновременно у родственников появляется много вопросов, которые касаются внутрисемейных проблем, характера взаимоотношений между членами семьи, а также между членами семьи и пациентом, вопросов по поводу имеющегося у пациента наркологического расстройства и способов его лечения. Обсуждению составленного родственниками письменного изложения жизни и заболевания пациента, а также ответам на возникшие у них в связи с этим вопросы необходимо отвести отдельную консультативную встречу, на которой необходимо дать разъяснения на все возникшие вопросы как можно полнее и в доступной форме.

Если члены семьи взаимодействуют с пациентом по типу опеки или гиперопеки, испытывают к нему жалость или чувство вины перед ним, если им свойственно переносить вину за употребление ПАВ с пациента на окружающих, необходимо проведение с ними коррекционной работы по формированию у них рационального отношения к пациенту и имеющемуся у него наркологическому расстройству, с выстраиванием правильной системы семейных взаимоотношений.

После нивелирования или хотя бы снижения у родственников фрустрационного фона, связанного с наркологическим расстройством у пациента, возможно решение следующей задачи этого этапа – сформировать у родственников пациента правильное понимание о болезненной сущности наркологических расстройств и способах их преодоления. Им рассказывают о течении болезни зависимости, ее стадиях и клинических признаках. Нередко родственники не понимают сути болезни зависимости, считают ее распущенностью и т.д. Терапевт в этом случае должен помочь им осознать патологический характер наркологического расстройства, поскольку лишь при осознании его болезненного характера семья становится более доступной для партнерских отношений с терапевтом.

Обязательно обсуждаются особенности лечения, медицинской и социальной реабилитации и ресоциализации, возможность выздоровления и понимание сущности освобождения (выздоровления) от болезни зависимости. Совместно с родственниками разрабатывается план по формированию у пациента мотивации на лечение.

При проведении с родственниками разъяснительной работы желательно использовать наглядные материалы – плакаты, буклеты, рекламные проспекты. Необходимо посоветовать им специальную литературу о зависимости и созависимости.

Родственников необходимо регулярно консультировать по выбору наиболее адекватной в домашних условиях формы общения с пациентом, мотивирующей его обратиться за наркологической помощью. На этом этапе лечения желательно провести несколько консультативных встреч с родственниками пациента.

II этап (госпитальный). В период лечения пациента в стационарных условиях продолжается психокоррекционная работа с его родственниками, ориентированная на формирование у них умений и навыков общения с пациентом. Им разъясняется суть абстинентного синдрома, лечение которого проводится в стационарных условиях, его динамика, клинические проявления. Необходимо объяснить, что на высоте развития абстинентного синдрома у пациента может актуализировать-

ся синдром патологического влечения к ПАВ, что негативно сказывается на его установке на лечение. Пациент начинает убеждать родственников в необходимости досрочной выписки из стационара, что неминуемо приведет к срыву с возобновлением употребления ПАВ. Следует обучить родственников противостоять манипулятивному поведению пациента, разъяснить им, что проведение достаточно продолжительной программы лечения и медицинской реабилитации и соблюдение всех этапов лечебно-реабилитационного процесса – залог успешного выздоровления.

Уже в период пребывания пациента на стационарном лечении с его членами семьи нужно выработать оптимальные формы поведения и взаимодействия с пациентом в случае проблемных ситуаций в будущем.

Отдельное консультативное занятие с родственниками необходимо посвятить особенностям аффективных проявлений у лиц с наркологическими расстройствами, а также специфике их личностной структуры и типам личностного реагирования на проблемные для них ситуации.

На этапе подготовки больного к выписке и амбулаторной программе встречи с родственниками посвящены ответам на вопросы о том, как им поступать в тех или иных ситуациях после выписки из стационара/реабилитационной программы. Психотерапевту необходимо провести работу с родственниками по снятию страха, напряжения, связанного с выпиской больного из стационара.

III этап (включение пациента в программу медицинской реабилитации). На данном этапе семейной психотерапии продолжается психологическая коррекция внутрисемейных взаимоотношений и проблем с помощью терапевтических методов. Оптимально, чтобы в эту психокоррекционную работу были включены все члены семьи пациента, по крайней мере, члены семьи, проживающие вместе с пациентом. Если пациент женат (замужем), необходимо привлечь к психотерапии его супругу (супруга).

Психокоррекционная работа с родственниками на данном этапе сфокусирована на создании психотерапевтической среды

для пациента (эмоциональной, интеллектуальной, телесной и микросоциальной) в период его адаптации к новым для него условиям трезвой жизни. Первые 1–2 консультации с родственниками после возвращения пациента домой посвящены взаимоотношениям в семье, когда пациент выстраивает новые социальные отношения в условиях трезвости.

На этих занятиях разъясняются особенности психического состояния пациента после проведенного ему стационарного лечения для правильного понимания особенностей его поведения. Например, отсутствие внутрисемейной и социальной активности, что обычно воспринимается окружающими как проявление лени, часто являются маской, типичной для постабстинентного периода депрессии, что требует терапевтического вмешательства, а также понимания и терпимого отношения со стороны родственников.

Члены семьи пациента должны знать основные признаки обострения патологического влечения к ПАВ на всех этапах его формирования, а также обладать навыками его дезактуализации и дальнейшей профилактики.

Отдельную консультацию следует посвятить проблемам, возникающим в семье в связи с позитивным изменением внутрисемейного психологического климата и, возможно, материального положения семьи вследствие отказа пациента от употребления ПАВ и исчезновения “носителя внутрисемейной деструкции и дисгармонии”. Эта трансформация, при всей ее позитивности, требует не только от пациента, но и от всех членов семьи приспособить прежние паттерны внутрисемейного взаимодействия к требованиям изменившегося внутрисемейного микроклимата, что создает для всех членов семьи дополнительную психологическую нагрузку и требует от них осознанного адаптивного поведения. Им следует понять, что они должны отказаться от мелочной опеки пациента, расширить степень его социальной свободы, что, с одной стороны, является эффективной формой установления доверия между ним и его родственниками, а с другой – повышает у пациентов чувство уверенности в своих силах и ответственность за свое поведение.

Для обеспечения и поддержания этого процесса внутрисемейной психологической адаптации эффективно используются все методики семейной психотерапии, особенно методика повествовательной терапии и работа с семейными мифами, а также методика создания “скульптуры” и большинство методик гештальт-терапии и телесно-ориентированной терапии. Эффективными бывают техники, основанные на элементах покаяния, признания в любви, уверения в наличии семейных ресурсов для формирования новых отношений.

В рекомендациях родственникам необходимо подчеркивать важность их телесного контакта с пациентом, поскольку такого рода контакт стимулирует и у пациента, и у членов его семьи мощный взрыв позитивных эмоциональных переживаний, переполняющих их внутреннее духовное пространство. Как правило, процесс “примирения” членов семьи с пациентом и его проблемами проходит через кратковременную эмоциональную стадию, высказанные вслух обоюдные обиды, после которых возникает взаимное ощущение общего психологического пространства.

Также необходимо довести до сведения родственников важность и необходимость проведения лечебно-профилактических мероприятий для поддержания ремиссии, в связи с чем и пациенту и членам его семьи следует посещать лечащего врача/психолога либо пациенту посещать группы АА.

Трансактный анализ и технология “выхода из треугольника Карпмана”

Трансактный анализ основан на концепции Э. Берна о том, что человек запрограммирован “ранними решениями” в отношении жизненной позиции, проживает свою жизнь согласно “сценарию”, написанному при активном участии его близких (в первую очередь родителей), и в настоящем времени принимает решения, основанные на стереотипах, которые некогда были необходимы для его выживания, но теперь по большей части бесполезны.

Основной целью терапевтического процесса, в традиции транзактного анализа, является реконструирование личности на основе пересмотра жизненных позиций. Большая роль уделяется способности человека к осознанию непродуктивных стереотипов своего поведения, которые мешают принятию адекватных настоящему моменту решений, а также способности сформировать новую систему ценностей и решений, исходя из собственных потребностей и возможностей.

Основным терапевтическим инструментом в транзактном анализе являются игры, под которыми понимают серии следующих друг за другом дополнительных скрытых транзакций с четко определенным и предсказуемым результатом, в котором заинтересован тот или иной игрок. Это набор транзакций со скрытой мотивацией, серия ходов, которые содержат ловушку или подвох. Выигрышем от игры становится определенное эмоциональное состояние, к которому у игрока есть бессознательное стремление – и это далеко не всегда позитивное чувство, удовольствие или радость, а чаще это негативное чувство или неприятное ощущение, являющееся для игрока “любимым”.

Для идентификации сценариев и игр С. Карпман предложил дидактическую методику “Треугольник судьбы” (“Драматический треугольник”). Три вершины его соответствуют позициям Жертвы, Спасателя и Преследователя.

Жертвы страдают, проявляют беспомощность и не могут почувствовать, что с ними все в порядке; Спасатели чувствуют себя в порядке, только помогая Жертвам; Преследователи критикуют окружающих, манипулируют ими, ставя их в положение Жертвы.

В работе Э. Берна “Игры, в которые играют люди” описаны десятки игр, различающихся по числу играющих, по используемому материалу, психодинамическим характеристикам, инстинктивным влечениям, гибкости, интенсивности. Э. Берна находят шесть преимуществ от участия в такого рода играх: внутреннее психологическое и внешнее психологическое, внутреннее социальное и внешнее социальное, биологическое, экзистенциальное.

Чувства, которые испытывают участники треугольника Карпмана

Преследователь	Спасатель	Жертва
Собственная правота	Чувство жалости	Чувство беспомощности и беспросветности
Благородное возмущение	Желание помочь	Безысходность ситуации
Праведный гнев	Собственное превосходство над Жертвой	Бессилие и никчемность
Желание наказать	Большую компетентность: "Я лучше знаю, как надо действовать"	Неясность
Убежденность, что "только я знаю, как надо..."	Невозможность/неудобство отказать в помощи	Растерянность
Раздражение на Жертву и тем более на Спасателя, которые воспринимаются как мешающий фактор	Сострадание	Обида
Азарт охоты, погони	Острое чувство соперничества	Страх, жалость к себе

В наркологии наличие такого рода "Драматического треугольника" в семейных отношениях пациента можно прогнозировать, когда при проведении консультирования родственники пациента просят от терапевта помощи в разрешении проблемной ситуации и в то же время уже настроены на решение проблемы по своему сценарию. То есть терапевта приглашают в треугольник не просто Спасателем, но "Спасателем" наказывающим, который в будущем должен оказаться "Преследователем". Такое поведение пациента и его созависимых родственников свидетельствует о наличии треугольника Карпмана. Созависимые родственники в рамках этого треугольника обычно находятся с трех разных ролях попеременно: то в роли Жертвы (рассказывая окружающим, как им тяжело с зависимым пациентом), то в роли Преследователя (когда они пытаются влиять на пациента и ограничивать его деструктивное поведение, связанное с употреблением ПАВ), то в роли Спасателя (когда пытаются решать за пациента его проблемы). Часто созависимые родственники

формируют у пациента чувство вины в связи с имеющимся наркологическим расстройством, чтобы им было легче манипулировать пациентом, который находится в роли спасаемого.

Если у пациента сформируется желание обратиться за наркологической помощью, пройти лечение и таким образом выйти из этого треугольника, созависимые родственники внутри этого треугольника не только создают у пациента чувство вины, но и постоянно его поддерживают. Задача Спасателя в этом случае – не допустить выхода пациента из психологического треугольника (отсюда столь часты фразы типа “Да я для тебя столько сделал(а), тебе всю жизнь не расплатиться!”). Многим созависимым родственникам выгоден миф о том, что подобного рода взаимоотношения, скрепленные треугольником Карпмана, являются проявлением “большой и самоотверженной любви”. Нередко подобного рода “правильная любовь” становится чуть ли не единственным шансом “реализации” для женщины, которая не видит для себя иной самореализации и иного “обретения смысла жизни”. Нередко созависимые женщины, которым хочется “считаться хорошими и правильными”, создают для себя такие треугольники с зависимостями мужей или детей, чтобы со стороны их собственная жизнь выглядела как “необходимое для высокой оценки социума смирение, терпение и несение тяжкого груза”. На самом же деле это скрытая манипуляция “в свое удовольствие”, выгодная, прежде всего, самой женщине опять же в целях ее самореализации, где, по сути, крайним оказывается зависимый пациент.

Если специалист берет на себя роль Спасателя (когда “созависимая” играет Жертву), результатом консультации будет не решение проблемы, а лишь различные возражения Жертвы: “Да, но...”, “Мы хотели бы, чтобы М. прошел лечение, но...”.

Типичными высказываниями пациентов также будут фразы: “Мы сделали для этого все, даже к психотерапевту пошли, но все равно эта проблема не решается”. Иногда в треугольнике третьей роли может как бы не быть, если идет речь о паре “Зависимый-Созависимый”. Роль третьей вершины может играть кто угодно: государство, милиция, начальник на работе, родственники, друзья, соседи, просто окружающие люди,

тот же психотерапевт, врач-нарколог и т.п. Это зависит от того, какую роль в этом треугольнике на данный конкретный момент выберет себе в первую очередь самозависимый. Как любая система с положительной обратной связью, треугольник Карпмана имеет тенденцию к усилению деструктивного состояния, в котором Преследователь третирует Жертву все сильнее – психологическая игра, в которой два участника так или иначе сговариваются против третьего. Участники треугольника держатся за данную модель коммуникаций, чтобы, когда роли в очередной раз поменяются, иметь возможность тоже “преследовать” другого, как недавно преследовали его самого. Внутренние психологические ресурсы участников в таком треугольнике тратятся достаточно непродуктивно. Суть психотерапии в случае работы с тем или иным треугольником Карпмана – помочь кому-то одному разомкнуть этот замкнутый контур. Важно, чтобы пациент понимал, какую выгоду он получит, выйдя из данного треугольника: выгоду освобождения от созависимости, от бессмысленного хождения по кругу, от периодических “психологических избиений”. Выгоду самостоятельно строить свою жизнь, принять решение пройти курс лечения и реабилитации от зависимости, не оглядываясь на других участников игры. Алгоритм выхода из треугольника С. Карпмана:

1. Осознать, что Вы вовлечены в деструктивные отношения;
2. Определить, кто Вы в треугольнике: Жертва, Преследователь или Спасатель, и кем являетесь чаще всего;
3. Понять, какую выгоду Вы получаете, играя роли, и найти другие источники ее получения;
4. Принять решение выйти из треугольника;
5. Перестать играть нынешнюю роль без перехода на другие;
6. Взять на себя ответственность за развитие ситуации и не ждать/требовать от других изменений. Вам не нравится больше эта игра и Вы не хотите больше в нее играть;
7. Изменить отношение к ролям. Жертва должна стать Учеником, Спасатель – Наблюдателем, Преследователь

– добрым Учителем, который не терроризирует своего ученика.

Таблица 2

Рекомендации по выходу из каждой роли треугольника

Как перестать быть		
Жертвой	Спасателем	Преследователем
Перестать винить других в своих проблемах	Не брать на себя ответственность за то, что не в состоянии изменить и контролировать	Повышать собственную самокритику: “Кто Вы такой, чтобы давать рекомендации всем подряд во всех областях?”
Развивать позитивное мышление	Не обещать и не гарантировать	Если хочется изменить кого-то, лучше начать с себя
Развивать способность принимать решение самостоятельно	Не навязывать свои услуги	Признать право других иметь собственное мнение и принимать самостоятельные решения
Принять, что именно Вы в ответе за то, что выбрали/сделали	Перенаправить свое стремление быть нужным на собственное развитие и решение своих проблем	Решать только те дела, которые имеют прямое отношение к Вам
В любой ситуации задавать себе вопрос: “Что именно Я сделаю для решения своей проблемы?”	Помогать не советами, а энергетикой	Перестать манипулировать другими людьми. Перестать винить Жертву в Ваших проблемах
Не навязывать друзьям/знакомым свои проблемы/жалобы	Вместо советов делиться случаями из своего опыта/практики	Развиваться духовно

Нейролингвистическое программирование

Нейролингвистическое программирование (далее – НЛП) – это область практической психологии, изучающая структуру субъективного опыта людей, занимающаяся разработкой языка его описания, раскрытием механизмов и способов моделирования опыта с целью совершенствования и передачи выявленных моделей другим людям.

Технологии НЛП ориентированы на формирование экологических паттернов поведения посредством реорганизации сферы

бессознательного пациента. Большинство паттернов поведения и реакций лиц на внешние и внутренние раздражители являются стереотипными и, в терминологии НЛП, – автоматическими, поскольку регулируются на бессознательном уровне, вне сферы сознательного восприятия. Поэтому суть лечения наркологических расстройств как одной из форм саморазрушающих бессознательных паттернов поведения заключается в замене старых деструктивных программ поведения на новые экологичные паттерны поведения на принципах полного отказа от употребления ПАВ.

В соответствии с методологией НЛП наркологические расстройства и связанное с этим саморазрушающее поведение являются отражением устойчивых программ бессознательной сферы пациента.

Поскольку основным инструментом реорганизации сферы бессознательного пациента является анализ имеющихся деструктивных паттернов поведения и их целенаправленное изменение, психологи предлагают рассматривать НЛП как своеобразный образовательный процесс, целью которого является “переобучение мозга”.

Ниже приведено несколько техник НЛП, ориентированных на формирование у пациентов мотивации к лечению.

Техника взмаха при устранении страха обращения за наркологической помощью. Алгоритм действий при выполнении этой техники состоит из следующих последовательных действий:

- 1) устанавливается проблема, с которой необходимо работать, например, “Страх обратиться за наркологической помощью”;
- 2) определяется образ желаемого результата терапии, который заявляется пациентом, – например: “Хочу, чтобы во время лечения мне было комфортно без применения ПАВ”;
- 3) попросить пациента создать пусковой образ (желательно с участием всех сфер восприятия), с которого начинается подлежащий реконструкции паттерн поведения, образ

желательно сделать большим и эмоционально насыщенным;

- 4) в нижний угол картины с образом результата разместить маленький образ подлежащего реконструкции нежелательного образа;
- 5) образ желательного результата максимально быстро увеличить в размерах так, чтобы он перекрыл собой нежелательный образ, который пропадет, как только терапевт скажет “взмах”.

После повторения пациентом такого упражнения несколько раз пусковой образ проблемного поведения стирается и замещается визуализацией желаемого образа. Упражнение является эффективным, если первый образ уже тяжело представить.

“Генератор нового трезвого поведения”. Пациенту рекомендуется сформировать мысленный желаемый образ в виде самого себя трезвого, не употребляющего ПАВ. Затем пациенту предлагается представить себя в этом образе, “вчувствоваться” в него. Эти действия следует повторить 5–6 раз, чтобы новый желательный образ с соответствующими субъективными ощущениями возникал быстро.

Далее терапевт составляет с пациентом план необходимых действий, чтобы воплотить представленный образ в реальность.

Таким образом, сутью данной техники является подстройка пациента к желаемому образу с включением вновь приобретенного опыта в новые паттерны поведения.

Логический квадрат убеждения обратиться за наркологической помощью. В соответствии с данной техникой терапевт в беседе с пациентом, задавая вопросы, выстраивает логический квадрат, в котором любые два понятия, например обращение за медицинской помощью и отказ от медицинской помощи, могут “сочетаться” четырьмя вероятными способами: А и В; А и не В; не А и В; не А и не В.

Специалист последовательно задает пациенту 4 вопроса и далее подробно обсуждает с ним:

- 1) что случится, если это Вы обратитесь за наркологической помощью?
- 2) что случится, если Вы не обратитесь за наркологической помощью/лечением/реабилитацией?
- 3) что не случится, если Вы обратитесь за наркологической помощью?
- 4) что не случится, если Вы не обратитесь за наркологической помощью?

Или:

- 1) что случится, если Вы станете безразличным к наркотическим веществам?
- 2) что случится, если Вы не станете безразличным к наркотическим веществам?
- 3) что не случится, если Вы станете безразличным к наркотическим веществам?
- 4) что не случится, если Вы не станете безразличным к наркотическим веществам?

Любой из четырех вариантов в психологическом плане представляет собой четыре альтернативы, из которых человеческий мозг в силу присущей ему экономности обычно воспринимает и применяет только одну.

Путем детальной проработки и анализа ответов на все четыре вопроса пациент при помощи терапевта делает логические выводы, что позволяет поднять самомотивацию на прохождение лечения и реабилитации.

Гипнотерапия

Техники гипноза часто используются в комплексной терапии лиц с наркологическими расстройствами и чаще всего – на начальных этапах терапии с целью формирования и усиления у пациентов мотивации к лечению.

Метод поможет углубить степень внушаемости пациента. Проведение сеансов гипноза придаст больший авторитет словам врача/психолога. Он может помочь разобраться в сопутствующих приему ПАВ комплексах, страхах и неврозах самого пациента.

В ходе гипнотерапии происходит воздействие на подсознание пациента. Для этого применяются различные техники гипноза. Например, в состоянии глубокого гипноза используется техника возрастной регрессии, когда пациент погружается в детство, в тот возраст, когда он был здоров и у него не было проблем с употреблением ПАВ. Поскольку провоцирующим моментом для употребления ПАВ могут быть любые воспоминания из прошлой жизни и связанный с ними негативный жизненный опыт, в состоянии гипнотического сна с пациентом прорабатываются все психотравмирующие ситуации на всех возрастных стадиях, порой — от момента зачатия. В состоянии гипноза можно также провести у пациента прогрессию возраста, увидеть его будущее и во время сеанса заложить в его сферу подсознательного программу защиты, препятствующую в конкретных ситуациях употреблению ПАВ, а также сформировать установку на оптимистичные ожидания от прохождения курса лечения и реабилитации.

Кроме того, в состоянии гипнотического транса возможно нивелировать или даже “стереть” из памяти пациента стрессовые моменты детства и юности, которые находились в его бессознательном и были пусковыми образами дезадаптивного поведения, связанного с употреблением ПАВ, в том числе препятствующими принятию решения об обращении за медицинской помощью.

Психосинтез

Психосинтез используется как метод психотерапии в первую очередь в тех случаях, когда причиной проблем является глубокий и сложный конфликт между различными группами сознательных и бессознательных сил пациента или же когда проблемы являются результатом глубинных и мучительных кризисов. Метод также используется для оптимизирования мотивации по их преодолению.

Психосинтез заключается в формировании или перестройке личности вокруг нового центра (мировоззрения, идеи), что в результате позволяет человеку стать хозяином своей жизни, избавиться от зависимостей.

Ключевым понятием в психосинтезе является понятие “субличности”, под ним понимаются противоречивые и, как правило, неосознаваемые человеком мысли и мыслительные образы, которые постоянно существуют в его сознании в противоборствующем взаимодействии. Выделение актуальных субличностей человека в конкретной ситуации удобно для того, чтобы установить основные паттерны его поведения или чувств в различных ситуациях. У лица с наркологическим расстройством в сознании находятся в постоянном конфликтном взаимодействии по крайней мере две субличности – отрицающая употребление ПАВ и согласная с употреблением ПАВ.

Техники психосинтеза направлены на выявление в сознании у пациента имеющихся субличностей, установление имеющих между ними конфликтов и нахождение возможных для них компромиссных форм взаимодействия. Для этого необходимо, чтобы в результате терапии пациент осознал свои амбивалентные чувства и желания, существующий между ними внутренний конфликт, который мешает принять решение и совершить соответствующее действие.

Использование техник психосинтеза в мотивационной терапии обосновано тем, что лица с наркологическими расстройствами, как правило, отказываются от лечения, поскольку субличность, поддерживающая употребление ПАВ, не представляет себя трезвой и сопротивляется лечению.

Работа с субличностями в этом случае состоит из традиционных этапов терапии методами психосинтеза – осознание и распознавание, принятие, координация и трансформация, интеграция – которые наполняются соответствующим решаемой проблеме контекстом.

1. Осознание и распознавание проблемы – пациент мысленно представляет (визуализирует) “идеальную модель” новой личности, к которой он стремится, при этом важно представить эту модель максимально реалистичной, чтобы и ее достижение воспринималось как реальное.

2. Принятие пациентом осознанной им нежелательной части своей личности. Иногда такое осознание бывает пугающим. От пациента требуется немало сил и отваги для того, чтобы взгля-

нуть на них и принять их такими, какие они есть, со всеми их отрицательными качествами: злобой, страхом, ненавистью, гневом и т.д.

Нежелательные психодинамические структуры, которые часто произрастают из травматического детского опыта, требуют принятия в первую очередь. Настоящее принятие собственных слабостей, так же как и сильных сторон личности, может способствовать решению внутреннего конфликта. Такое принятие порождает глубинные личностные изменения, благодаря чему человек становится способным к состраданию и пониманию. Принятие означает возвращение к собственному Я и лучшее его познание. Частью процесса является то, что пациент позволяет себе испытать такие глубокие чувства и эмоции, как печаль, гнев, чувство одиночества и т. д., которые хранятся в психодинамических структурах. Здесь можно проработать с пациентом механизмы принятия и осознания своей болезни.

3. Координация и трансформация – формирование недостающих (или недостаточно развитых) для “идеальной модели” элементов личности. Начинается с интеллектуального переупорядочивания старой системы верований. Ограничивающие и деструктивные ценностные системы подвергаются изменению и трансформации для того, чтобы расширить собственное восприятие мира, в котором переплетены структуры субличностей. Раньше жизненная энергия и воля были направлены на борьбу со всеми, кто пытался уличить пациента в зависимости, на избегание и сопротивление подобным мыслям. Сейчас они могут быть высвобождены и скоординированы с волей к жизни и с творческим выражением личности. Формирование новых качеств осуществляется двумя основными путями: с помощью самовнушения (представив, что необходимо сделать, чтобы стать трезвым) и с помощью систематической проработки всех “но” пациента.

4. Интеграция. Любая интеграция подразумевает единство различных элементов, которые зачастую обладают противоположной природой. Здесь необходимо поработать с координацией и соподчинением различных мнений пациента, его осознанием того, чего ему не хватает для гармонии жизни. Можно попро-

сить пациента мысленно представить себе “идеальную модель себя”, желательно представить ее себе максимально реалистичной и достижимой.

Все многообразие “идеальных моделей” обычно можно свести к двум основным группам. К первой группе относятся образы, олицетворяющие внутреннее гармоническое развитие, духовное совершенство. Такие модели более актуальны для интровертов. Вторая группа образов олицетворяет совершенство в определенной сфере деятельности (ученый, бизнесмен, политик и т.д.). Такие идеальные образы чаще выбирают экстраверты.

Также возможно заключение терапевтического контракта между пациентом и специалистом, с обозначением четкой “идеальной модели пациента”, терапевтических целей, плана и сроков лечения.

Коучинг

Коучинг – это метод консалтинга, особенностью которого, в отличие от метода классического консалтинга, является то, что пациент самостоятельно определяет цель, которую необходимо достигнуть, и сам ищет способ ее достижения. Терапевт (коуч) только направляет процесс поиска и анализа, который выполняется самим пациентом. Это отличает коучинг от психологического консультирования.

Техника “Иерархия ценностей”. У каждого пациента есть ценности, и независимо от того, осознает он их или нет, они лежат в основе его мотивирования на конкретные действия и поступки. Предлагаемая техника направлена на то, чтобы пациент осознал наиболее значимые для него ценности.

С этой целью пациент в письменной форме перечисляет максимально возможное число своих ценностей, перечисляет вещи и события, наиболее для него важные. После этого все написанные на бумаге ценности пациент должен объединить по общему признаку в группы, которых должно быть не более пяти. Например, ценности, имеющие отношение к семье, к работе, к финансовому благополучию и т.д. После этого пациента просят просмотреть весь перечень его ценностей и выяснить, есть ли среди них, например, водка, пиво и вкусные коктейли/

наркотики. Обычно ни одного из ПАВ в списке ценностей пациента нет.

После этого пациента просят проанализировать, как употребление ПАВ влияет на каждую группу перечисленных ценностей, а потом и на каждую ценность в списке.

Поскольку у лица с наркологическим расстройством обычно нарушена иерархия ценностей, ему необходимо указать на разницу между тем, что следует предпринять для достижения или сохранения любой из перечисленных им ценностей, и тем, что он реально делает.

Например, при анализе ценности “дети” и “семья” важно, чтобы пациент обдумал, что он делает для сохранения или разрушения этих ценностей, а затем раскрыл свои переживания по результатам такого анализа – стыд, вину, подавленность, отчаяние и т.д.

На следующем этапе необходимо понять, что пациент может и должен делать, чтобы достигнуть или сохранить эти ценности, а затем выяснить, что он будет чувствовать, если изменит свое поведение и оно будет направлено на достижение или сохранение выбранной ценности.

После того как у пациента сформировалось понимание той или иной ценности, например, сохранение семьи, необходимо совместно с ним разработать план действий по достижению или сохранению этой ценности. Для лиц с наркологическими расстройствами обязательным компонентом плана является прекращение употребления ПАВ. Также этот план действий должен содержать конкретные шаги (действия), которые пациенту предстоит предпринять для сохранения конкретной ценности и людей/специалистов, которые, по его мнению, и по согласованию с терапевтом могут помочь ему в достижении этой цели.

В примерный шаблон такого плана действий необходимо включить следующие пункты:

- 1) что необходимо изменить в сложившейся жизненной ситуации;
- 2) почему и зачем это необходимо изменить;
- 3) какие действия для этого нужно предпринять;

- 4) помощь каких конкретно людей для этого необходима;
- 5) чем конкретно эти лица могут помочь;
- 6) что конкретно может быть показателем эффективности составленного плана действий;
- 7) что может помешать при его выполнении;
- 8) насколько важно для пациента достижение цели, ради которой был составлен план действий.

Символдрама

Символдрама (кататимно-имагинативная психотерапия, кататимное переживание образов, метод “сновидений наяву”) (от греч. *symbolon* – условный знак и *drama* – действие) – одно из направлений современной психоаналитически ориентированной психотерапии, основу которого составляет имагинация (фантазирование) в форме образов на свободную или заданную терапевтом тему (мотив). Характерной особенностью символдрамы является предложение пациенту некоторой темы для кристаллизации его образной фантазии – так называемого мотива представления образа.

После проведения беседы и установления с пациентом доверительных отношений его просят лечь на кушетку или сесть в удобное кресло, закрыть глаза. Пациента вводят в состояние расслабления. В работе со взрослыми пациентами и подростками для этого используется техника, близкая к двум первым ступеням аутогенного тренинга по Й.Х. Шульцу. Как правило, бывает достаточно нескольких простых внушений состояния спокойствия, расслабленности, тепла, тяжести и приятной усталости, последовательно в различных участках тела. После достижения пациентом состояния расслабления (что можно проконтролировать по характеру дыхательных движений, дрожанию век, положению рук и ног) ему предлагается представить образы на заданную психотерапевтом в открытой форме тему – стандартный мотив. Представляя образы, пациент рассказывает о своих переживаниях сидящему рядом психотерапевту. Психотерапевт как бы “сопровождает” пациента в его образах и, если необходимо, направляет их течение

в соответствии со стратегией лечения. Участие психотерапевта внешне выражается в том, что через определенные промежутки времени при помощи комментариев типа “да”, “угу”, восклицаний типа “вот как!”, повторения описаний пациента, а также уточняя детали и свойства образа, он сигнализирует о том, что внимательно следит за ходом развития образов пациента. Чтобы обеспечить наиболее полное и глубокое самораскрытие личности пациента, необходимо свести до минимума суггестивное воздействие психотерапевта. В частности, вопросы психотерапевта должны быть открытыми, так как уже в самом вопросе могут быть некоторые элементы внушения. Например, вместо того, чтобы спросить: “Дерево большое?” – или – “Далеко ли это дерево?”, – что уже предполагает ожидание определенного ответа, следует спрашивать: “Какого размера дерево?” или “На каком расстоянии находится это дерево?”

Длительность представления образов зависит от возраста пациента и характера представляемого мотива. Для подростков и взрослых пациентов она составляет в среднем около 20 минут, но не должна превышать 35–40 минут. Мотивы, используемые в символдраме, были выработаны в ходе долгой экспериментальной работы. Из множества возможных мотивов, наиболее часто спонтанно возникающих у пациентов, были отобраны такие, которые, с диагностической точки зрения, наиболее релевантно отражают внутреннее психодинамическое состояние и, в то же время, обладают наиболее сильным психотерапевтическим эффектом.

В качестве основных мотивов символдрамы могут быть использованы:

1. Луг как исходный образ каждого психотерапевтического сеанса;
2. Подъем в гору, чтобы увидеть с ее вершины панораму ландшафта;
3. Следование вдоль ручья вверх или вниз по течению;
4. Обследование дома;
5. Встреча со значимым лицом (мать, отец, братья и сестры, кумир, учитель и т.д.) в реальном или символическом образе (животного, дерева и т.п.);

6. Наблюдение за опушкой леса и ожидание существа, которое выйдет из темноты;
7. Лодка, появляющаяся на берегу пруда или озера, на которой ребенок отправляется покататься;
8. Пещера, которую сначала наблюдают со стороны в ожидании, что из нее выйдет символическое существо, и в которую, по желанию ребенка, можно также войти, чтобы в ней побыть или чтобы исследовать ее глубины.

Наряду с перечисленными мотивами в последние годы широко используются также три следующих дополнительных мотива:

- наблюдение и установка контакта с семьей животных – с целью получить представление о проблемах в семье ребенка, а также провести их коррекцию;
- получение во владение надела земли, чтобы что-нибудь на нем возделывать или построить;
- образ самого себя примерно на 10 лет старше.

У лиц с наркологическими расстройствами этот метод применяют для преодоления приобретенного в детстве опыта с переживанием собственной неполноценности и отверженности окружающими, поскольку считается, что существует зависимость между опытом первого года жизни ребенка и особенностями его поведения во взрослой жизни. Задачей метода является помочь пациенту разобраться в негативном детском опыте, что уже само по себе имеет большой терапевтический смысл.

Инициирование пациента к визуализации заданных ему терапевтом символдраматических образов предполагает символический возврат его в детство и установление символического контакта с матерью в имажинативной форме. В результате такого воображаемого переноса в детство пациент ощущает материнское тепло, ее внимание и любовь, дефицит которых он, возможно, испытывал в детстве. Лица с наркологическими расстройствами обычно успешно визуализируют заданные образы и легко переносятся в своих фантазиях в детство, это связано с тем, что для данной категории пациентов характерно хорошо развитое образно-чувственное мышление.

Алгоритм применения данного метода состоит из следующих последовательных действий:

1. Выявление особенностей личности пациента путем сбора анамнеза и посредством ассоциативных процессов и рисунков. Используются такие мотивы, как “Ручей”, “Гора/Подъем в гору/Спуск с горы”, “Дом”, “Опушка леса”⁸, “Дерево”, “Цветок”, анализ их рисунков и интерпретаций, которые сделал пациент.

2. Ресурсная подпитка личности на глубоком архаичном уровне. Для этого используют такие мотивы, как “Идеальный луг”, “Мой луг”, “Место, где мне хорошо”, “На теплом пляже”, “Согреться у камина”, “Целебный источник”, с помощью данных мотивов у пациента пытаются усилить мотивацию на лечение, убрать страх, сопровождающий отказ от ПАВ, тревогу, вызванную отказом от привычного наркоманического образа жизни, задавая уточняющие вопросы типа “А что приведет тебя к месту, где тебе хорошо?”, “есть ли там ПАВ?”, “какой путь ты проделал, чтобы оказаться на теплом пляже?” и пр. Формирование веры в то, что лечение и реабилитация могут помочь больному, способствует повышению его настроения, появлению бодрости и уверенности в себе. На данном этапе работы необходимо сделать все, чтобы человек чувствовал себя защищенным, ощущал тепло и любовь, которыми он, возможно, был обделен в детстве, а также с помощью вызываемых образов показать разницу “зависимого мира” и “трезвого”.

3. Проработка выявленных проблем. На данном этапе необходимо использовать актуальные мотивы, т.е. те, которые эффективнее всего прорабатывают выявленные проблемы.

⁷ Мотив горы особенно показан в случае проблем соперничества, закомплексованности и неуверенности в себе, проблем достижения, в случае депрессивной пассивности.

⁸ Цель мотива “Опушка леса” - вызвать представление образа значимого лица или символического существа, воплощающих бессознательные страхи или проблемы. Задание мотива опушки леса направлено на ожидание существа, которое выйдет из темноты леса на опушку. Лес символизирует бессознательное. Это темная область на земле, которую нельзя увидеть насквозь, в которой может скрываться все или ничего.

Это могут быть мотивы “Слон”⁹, “Медведь”, “Дом”¹⁰, “Опушка леса”, “Гора”. На последних сеансах можно применить мотив “Строительство дома, где нет наркотика/алкоголя”, который на символическом уровне предполагает построение новой личности.

Символдрама позволяет пациенту разобраться со своими конфликтами и проблемами, а также принять решение обратиться за наркологической помощью на символическом уровне. Тем самым можно обойтись без разбора проблем пациента, к которым он может быть еще не готов.

Мотивационное интервью

Мотивационное интервью (мотивирующее интервьюирование) направлено на то, чтобы пациент изменил свое отношение к употреблению ПАВ и участию в ЛРП.

Мотивационное интервью начинается со сбора жалоб пациента на здоровье, особое внимание необходимо уделять интересам пациента, чтобы лучше разобраться в его жизненных приоритетах. При сборе первичного анамнеза желательно использовать помощь родных и близких пациенту лиц, в некоторых случаях могут быть привлечены знакомые лица, которые проявляют заинтересованность в выздоровлении пациента и искренне стремятся ему помочь.

Важно при сборе анамнеза выяснить социально-бытовые условия жизни пациента, его отношения с членами семьи и другими родственниками, с соседями и друзьями, с сослужив-

⁹ С образом “Слон” связана проработка отцовской репрезентации.

¹⁰ Нередко в образе дома скрыт многогранный и сложный конфликтный материал. По этой причине мотив дома следует предлагать только таким пациентам, которые уже хорошо освоились с методом символдрамы и которых психотерапевт может считать способными выдержать определенную психологическую нагрузку. В мотиве дома, в его комнатах и служебных помещениях, в том, как они оборудованы, находят выражение структуры, в которые пациент проецирует себя и свои желания, пристрастия, семейные проблемы, защитные установки и страхи. В мотиве дома проявляется актуальная самооценка пациента и переживаемое им в данный момент эмоциональное состояние. Различные помещения дома символизируют различные стороны личности. Специально посвященная мотиву дома книга психотерапевтов Эдды Клессманн и Ханнелоры Айбах называется “Там, где живет душа”.

цами и начальством, а также досконально выяснить специфику его рабочего процесса, т.е. максимально подробно определить все особенности среды обитания.

После сбора анамнестических сведений терапевт, в пределах своей профессиональной компетенции, проводит клиническую диагностику актуального состояния пациента, формулирует клинический диагноз его заболевания, выделяет все актуальные для пациента проблемы, в том числе связанные с употреблением ПАВ, которые требуют своего разрешения.

Основные методики мотивационного интервью:

Методика “сократического диалога”. Терапевт в процессе беседы с пациентом выявляет у него доминирующее деструктивное (патологическое) убеждение, доводит его до абсурда, чтобы продемонстрировать пациенту его ошибочность и несостоятельность и сделать пациента более лояльным и доступным к терапевтической коррекции.

Методика “адвокат дьявола”. После выявления у пациента деструктивного (патологического) убеждения терапевт делает вид, что принимает и поддерживает его полностью, постепенно абсолютизирует это убеждение, доводит его до абсурда и таким образом пытается продемонстрировать пациенту ошибочность этого убеждения.

Например, терапевт полностью оправдывает образ жизни и привычки пациента с наркологическим расстройством, описывает положительные моменты от приема ПАВ, демонстративно поддерживает его в решении принимать ПАВ и таким образом пытается сформировать у пациента более объективное и критичное отношение к приему ПАВ и имеющемуся у него наркологическому расстройству.

Методика “проверка гипотезы”. Задача терапевта – сформировать у пациента умение увидеть и положительные и отрицательные последствия от приема ПАВ, проанализировать их соотношение и оценить их влияние на жизнь пациента и его семьи.

Основные принципы мотивирующего интервью:

- терапевт направляет беседу с пациентом таким образом, чтобы сделать ее максимально информативной, с этой целью терапевт задает наводящие вопросы, переспрашивает пациента и перефразирует его выражения, повторяет или “отзеркаливает” его жесты и позы и т.д.;
- терапевт фиксирует внимание пациента на обнаруженных в его рассказе противоречиях между реальным положением дел и его стремлениями на будущее, между отдельными фактами его жизни, между устанавливаемыми пациентом причинно-следственными связями, обсуждает с пациентом выявленные противоречия и в процессе корректирующей беседы пытается сделать его отношение к излагаемым фактам более критичным;
- терапевт фиксирует все возникающие в процессе беседы эмоциональные реакции пациента и с использованием методик мотивационного интервью и рациональной психотерапии пытается их корригировать;
- не допускаются эмоциональные реакции со стороны терапевта, а также ссоры и конфликты с пациентом при изложении им недостоверной или искаженной информации о своей жизни, необходимо с использованием методик мотивационного интервью и рациональной психотерапии показать пациенту ошибочность его убеждений и их корригировать;
- терапевт должен на протяжении всего интервью настраивать пациента на успех в достижении поставленной цели, поднимать его самооценку и его уверенность в своих силах при решении им актуальных проблем.

Приведенные методики и принципы мотивационного интервью позволяют терапевту при изучении истории жизни пациента и анализе имеющихся у него проблем установить с пациентом патерналистские и доверительные отношения, снять у пациента эмоциональные зажимы и протестные реакции, связанные с его проблемой, вывести его на более свободное обсуждение проблемы и постепенно направить пациента на более критичную оценку своей жизни и поведения, сформировать

у него более рациональное отношение к имеющемуся у него наркологическому расстройству.

Однако данные методики имеют также ряд недостатков и не могут быть применены ко всем пациентам. Основные требования к пациенту для проведения с ним мотивационного интервью:

- наличие достаточного интеллектуального уровня, что необходимо для всестороннего и максимально объективного обсуждения проблемы;
- наличие критического мышления, что облегчает всесторонний анализ проблемы;
- готовность пациента к обсуждению альтернативных мнений, в том числе и в отношении его проблемы;
- отсутствие повышенной внушаемости (препятствует восприятию альтернативных позиций и делает невозможной всесторонний анализ проблемы);
- отсутствие у пациента повышенной сензитивности, поскольку мотивационное интервью, построенное на контрастных позициях, может его травмировать.

Конфронтационное интервью

Более традиционным и менее травматичным для пациентов является метод конфронтационного интервью, при котором терапевт открыто или даже демонстративно противопоставляет свое отношение к обсуждаемой проблеме мнению пациента. Такой тип построения беседы терапевта с пациентом менее травматичен для лиц с наркологическими расстройствами, поскольку для них привычнее противостоять окружающим и всеми доступными способами отстаивать свои позиции.

Основные различия мотивационного и конфронтационного интервью:

1. При конфронтации отрицания терапевт и пациент находятся в диаметрально противоположных позициях: терапевт доказывает пациенту наличие у него наркологического расстройства, а пациент это отрицает. Анозогнозия пациента является препятствием для его обращения за

медицинской помощью и начала лечения, а конфронтация с терапевтом усиливает нежелание лечиться. При проведении мотивационного интервью признание пациентом наличия у него наркологического расстройства не является обязательным условием для начала лечения, поскольку у пациента нет жесткой установки на отрицание лечения.

2. При конфронтации отрицания терапевт фиксирует внимание пациента на том, что он не сможет самостоятельно справиться с имеющимся у него наркологическим расстройством и связанными с ним негативными медицинскими и социальными последствиями. При проведении мотивационного интервью, наоборот, пациента настраивают на то, что решение актуальной проблемы зависит исключительно от него самого, от его желания и стремлений.
3. При конфронтации отрицания существенно возрастает роль врача, поскольку только он может справиться с имеющейся проблемой в форме наркологического расстройства, при этом врач воспринимается пациентом как всемогущая и всезнающая личность, а сам он занимает пассивную и во всем соглашательскую позицию. При мотивационном интервью пациент и врач находятся в равноправных позициях, разница между ними заключается лишь в том, что пациент, в отличие от врача, не обладает специальными знаниями и навыками, необходимыми для решения проблемы пациента.
4. При конфронтационном интервью терапевт постоянно заостряет внимание пациента на все новых и новых симптомах имеющегося у него наркологического расстройства, убеждая его в том, что он болен. При мотивирующем интервью терапевт сосредотачивает беседу на личностных проблемах пациента, а не на признаках имеющейся у него болезни.
5. При конфронтационном интервью сопротивление пациента рассматривается как отрицание и оспаривается новыми доводами со стороны терапевта, тогда как при

мотивационном интервью сопротивление пациента оценивается как естественная реакция человека и предмет для специализированного лечения.

6. При конфронтации отрицания все терапевтические приемы исходят от терапевта, а не от пациента, который не способен принять верное решение и сделать правильный выбор. При мотивационном интервью задачи и методы терапии постоянно обсуждаются с пациентом и без его участия никакие решения не принимаются.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ МОТИВОВ И МОТИВАЦИИ

Опросник “Мотивы употребления наркотиков” (МУН)

Он позволяет выявлять мотивы употребления наркотиков, как актуальные у наркоманов, так и латентные у молодых людей, склонных к наркотизации. Опросник включает 45 утверждений. На каждое из них испытуемый должен дать ответ, выбрав один из пяти вариантов в предоставленном ему регистрационном бланке: 1) да; 2) скорее да; 3) сомневаюсь; 4) скорее нет; 5) нет. Каждый вариант оценивается по шкале от 5 до 1 балла соответственно. Результатом индивидуального диагностирования по опроснику является цифровое выражение силы проявления одного вида мотивов (до 25 баллов) по каждой шкале. Все шкалы вместе, отражая структуру из девяти мотивов наркотизации, выявляют степень зависимости от наркотиков. Показателем степени является суммарная оценка по девяти шкалам как числовое обозначение общего мотивационного напряжения (максимум 225 баллов). Степень проявления силы мотивов свидетельствует об отсутствии или наличии склонности к употреблению ПАВ, либо фиксирует наличие зависимости от наркотических средств или психотропных веществ.

Обработка данных

Первая триада шкал образует группу социально-психологических мотивов приема наркотиков: 1. Традиционные мотивы употребления наркотиков свидетельствуют о стремлении использовать нарковещества по праздникам и другим традициям (утверждения: 1, 10, 19, 28, 37); 2. Субмиссивные мотивы употребления наркотиков отражают желание подчиняться прессингу значимых людей или референтной группы (утверждения: 2, 11, 20, 29, 38); 3. Псевдокультурные мотивы свидетельствуют о стремлении приспособиться к наркоманическим ценностям молодежной субкультуры (утверждения: 3, 12, 21, 30, 39).

Вторая триада шкал образует группу личностных, персональных мотивов потребления наркотиков: 4. Гедонистические

мотивы отражают стремление получать физическое и психическое удовольствие от действия наркотика, а также желание пережить опыт наркотической эйфории (утверждения: 4, 13, 22, 31, 40); 5. Атарактические мотивы показывают желание нейтрализовать с помощью наркотиков негативные эмоциональные переживания – напряжение, тревогу, страх (утверждения: 5, 14, 23, 32,41); 6. Мотивы гиперактивации поведения свидетельствуют о стремлении “выйти” из состояния скуки, душевной пустоты, либо о желании усилить эффективность своего поведения (утверждения: 6, 15, 24, 33, 42).

Третья триада шкал образует патологическую мотивацию употребления наркотиков, свидетельствует об осознаваемом влечении к наркотикам: 7. Абстинентные мотивы выражают стремление с помощью наркотиков снять абстинентные явления, дискомфорт, улучшить самочувствие (утверждения: 7, 16, 25, 34, 43); 8. Аддиктивные мотивы определяют фиксацию в сознании болезненного влечения к наркотику, осознанное желание употреблять наркотики (утверждения: 8, 17, 26, 35, 44); 9. Мотивы самоповреждения отражают стремление употреблять наркотики назло другим и себе, в качестве протеста, из-за потери перспективы будущего, утраты смысла трезвой жизни (утверждения: 9, 18, 27, 36, 45).

Опросник “Мотивы употребления наркотиков”

Оцените каждое из представленных утверждений по схеме: 1) да; 2) скорее да; 3) сомневаюсь; 4) скорее нет; 5) нет.

1. Наркотики употребляют тогда, когда они доступны и есть деньги.

2. Пробуют наркотики, чтобы понять ощущения других.

3. Употребление наркотиков – это личное дело, каждый делает свой выбор.

4. Наркотики создают “кайф”, психическое и физическое удовольствие.

5. Наркотики освобождают от внутреннего напряжения, чувства тревоги, страха, беспокойства.

6. Употребление наркотиков позволяет избавиться от состояния скуки, пустоты, одиночества.

7. Чтобы чувствовать себя в “норме”, необходимо принять определенную дозу наркотика.

8. Чтобы избавиться от мыслей о наркотиках – лучше их принять.

9. Наркотики употребляют назло всем, чтобы досадить окружающим.

10. Употребление наркотиков приемлемо по праздникам, в выходные дни для усиления чувства радости.

11. В компании употребляют наркотики, чтобы отказом не испортить отношения с приятелями.

12. Наркотики не более опасны, чем табак и алкоголь.

13. Наркотики употребляют из любопытства, чтобы испытать себя и новые, неизведанные ощущения.

14. Употребление наркотиков является возможностью уйти от действительности, повседневной суеты.

15. Наркотики необходимы для того, чтобы изменить свое состояние, обострить чувства и интерес к жизни.

16. Прием наркотика способствует избавлению от “ломки”.

17. Наркотики употребляют, осознавая свою зависимость от них.

18. Употребление наркотиков вызвано утратой смысла жизни.

19. Употребление наркотиков по случаю встречи с друзьями позволяет избавиться от скуки и безделья.

20. Употребляют наркотики для того, чтобы не казаться “слабаком”.

21. Можно употреблять наркотики и не попасть в зависимость.

22. Наркотик позволяет человеку пережить чувства благополучия и счастья.

23. Наркотики помогают забыть конфликты с близкими, неприятные события, горе, разочарования.

24. Мир мечтаний и фантазий, создаваемых наркотиками, стимулирует духовную деятельность, заполняет душевную пустоту.

25. Отсутствие дозы наркотика вызывает внутреннее напряжение, тревогу, апатию.

26. Дозу наркотика увеличивают потому, что невозможно перебороть в себе тягу к удовольствию от него.

27. Наркотики употребляют из-за духа противоречия обществу, нежелания быть примерным, правильным, таким как все.

28. Употребление наркотиков позволяет выделиться из общей массы людей, создает особую “крутизну”.

29. Наркотики употребляют в компании, чтобы “не комплексовать”, не быть “белой вороной”.

30. Употребление наркотиков является способом самовыражения.

31. Употребление наркотиков способствует приятному веселому времяпрепровождению, общению, помогает расслабиться.

32. Отсутствие возможности реализовать свои потребности, организовать личную жизнь вынуждает употреблять наркотики.

33. Наркотик прибавляет сил и энергии, возбуждает, активизирует, служит допингом лицам, зависимым от ПАВ.

34. После приема наркотика поднимается настроение, восстанавливается работоспособность.

35. Наличие дозы наркотика вызывает желание ее немедленно принять.

36. Непонимание окружающих, неверие в способности и возможности человека вынуждают принимать наркотики.

37. Употребление наркотиков престижно, повышает авторитет в глазах окружающих.

38. Наркотики употребляют под давлением компании, в результате насилия.

39. Употреблять наркотики модно.

40. Опыт первого удовольствия от наркотика заставляет повторять его снова и снова.

41. Употребление наркотиков сглаживает негативные переживания, вызванные недостатком денежных средств, проблемами взаимоотношений и пр.

42. Наркотики позволяют чувствовать себя сильным и свободным.

43. Прием очередной увеличивающейся дозы наркотика создает новые, более сильные ощущения удовольствия.

44. К наркотику можно испытывать чувство “любви”: постоянно стремиться к нему, тосковать и радоваться, наслаждаться встречами.

45. Потеря перспективы будущего, смысла и ценности жизни вынуждает употреблять наркотики.

**МЕТОДИКА “ШКАЛА ОЦЕНКИ ИЗМЕНЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ
В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ, УНИВЕРСИТЕТ РОД-АЙЛЕНД”**

Опросник для исследования стадий психотерапии URICA (The University of Rhode Island Change Assessment Scale) создан группой авторов в начале 80-х годов XX века. Методика дает возможность определить 4 терапевтические стадии изменения поведения (предразмышление, размышление, действие и сохранение). С ее помощью можно проводить непрерывное исследование отношений и установок пациентов в процессе психотерапии, характерных для каждой стадии изменений. На основании результатов исследования определяется стадия психотерапевтического процесса, на которой находится в данный период пациент, или выделяются характерные признаки нескольких стадий. Первоначально методика предназначалась для описания проблем пациентов с аддиктивным поведением, проходящих психотерапию (URICA). Однако она является общей по своему содержанию, так как пациенты должны ответить на вопросы относительно имеющейся проблемы. Методика использовалась для определения стадий терапии, связанных с большим кругом поведенческих проблем. Стадии терапии являются важнейшим аспектом, которому до недавнего времени не уделялось достаточного внимания как в литературе, так и в конкретных исследованиях. Методика описывает содержание стадий психотерапии, исходя из их последовательности. Цель методики заключается в том, чтобы отнести пациента к той или иной стадии терапии, выделяя шкалы, по которым он обнаруживает наибольшие показатели. Первые исследования стадий психотерапии свидетельствовали о том, что пациенты в каждый конкретный момент могут находиться только на одной стадии терапии. Однако позднее выяснилось, что пациент может находиться одновременно более чем на одной стадии.

Соппротивление, отрицание и различные уровни мотивации представляют собой серьезные проблемы для процесса и ре-

зультата психотерапии. Чаще всего готовность к изменениям рассматривается как наличие или отсутствие мотивации. Была выдвинута концепция изменения как стадийного феномена. Процесс изменения представляет собой движение от предразмышления (для которого характерны непонимание или нежелание работать с проблемами и недостаточная активность) до размышления над проблемой (которое связано с серьезными намерениями и принятием решений). Стадия действия сопряжена с усилением активности, последняя стадия успешных изменений – стадия сохранения – представляет собой непрерывную деятельность, направленную на закрепление новых форм поведения и восприятия. Связь между четырьмя оценочными шкалами методики предполагает простейшую модель поведения; смежные пункты более связаны, чем не смежные. Поэтому переход от одного элемента к другому можно охарактеризовать как возрастающую прогрессию, а не как случайность или неожиданность. Методика включает 32 пункта, предназначенных для измерения четырех стадий терапии. К каждой стадии относится 8 высказываний, которые оцениваются пациентом по 5-балльной шкале: 1 – не соответствует; 2 – едва соответствует; 3 – соответствует в достаточной степени; 4 – сильно соответствует; 5 – очень сильно соответствует. Любое высказывание содержит описание того, что человек может чувствовать, когда начинает лечение или подходит к решению своих жизненных проблем. Количество баллов по каждой шкале переводится в стандартизированные показатели (Т-баллы). Основные стадии терапевтических изменений.

1. Стадия предразмышления. Большинство больных, находящихся на данной стадии, не понимают или не до конца понимают характер своих проблем или вовсе не признают у себя проблем, которыми следовало бы заниматься (“Дело не в том, что они не видят решения. Они не видят проблемы”). Больной не испытывает желания что-либо менять в себе или в своем ближайшем будущем, не понимает, каким образом сам способствовал возникновению своих трудностей, не видит смысла в лечении. Члены семьи, друзья, коллеги, напротив, понимают, что пациент имеет определенные проблемы. Часто

только под влиянием окружения, зачастую использующего угрозы или даже угрозы, пациент соглашается обратиться к психотерапевту и даже демонстрирует некоторые изменения в поведении – до тех пор, пока сохраняется давление на него со стороны значимых людей. Пациенты, находящиеся на стадии предразмышления, могут заявлять о своем желании измениться, что вовсе не означает серьезных намерений сделать это. Сопротивление пониманию и разрешению проблемы – отличительная черта данной стадии. Примеры высказываний, характерных для стадии предразмышления:

“Пребывание здесь – для меня пустая трата времени, так как проблема не имеет ко мне никакого отношения”.

“Вся эта болтовня о психологии скучна. Люди должны просто забыть о своих проблемах”.

2. Стадия размышления. Пациент признает наличие проблемы и всерьез интересуется, возможно ли разрешить ее, поможет ли психотерапия, но готовность действовать выражена недостаточно. Другой важный аспект стадии размышления – взвешивание “за” и “против”. Пациенты, находящиеся на стадии размышления, часто раздумывают, стоит ли избавление от проблемы усилий, энергетических и временных затрат, необходимых для борьбы с ней. Тем не менее, центральный аспект данной стадии – серьезное намерение разрешить проблемы. Примеры высказываний, характерных для стадии размышления:

“Над моими проблемами стоило бы поработать”.

“Я уже думал о том, чтобы что-то в себе изменить”.

3. Стадия действия. Пациент активно изменяет свое поведение, поступки и окружение с целью преодоления проблемы. Стадия действия предполагает наиболее явные, открытые поведенческие изменения и требует значительных затрат времени и энергии. Пациенты часто ошибочно приравнивают действия к изменениям и в результате упускают из вида необходимость активной работы (которая является своего рода подготовкой к конкретным действиям) и усилий, направленных на сохранение результатов. Характерная черта стадии действия – модификация привычного образа восприятия и поведения и

применение значительных усилий для изменения. Примеры высказываний, характерных для стадии действия: “Иногда моя проблема трудна, но я работаю над ней”. “Каждый может говорить о том, что он хочет измениться, я же действительно что-то делаю для этого”.

4. Стадия сохранения. Пациент достиг определенных результатов в решении своей проблемы и его беспокоит и тревожит, что проблема, которую он считал решенной, может вернуться. На данной стадии идет работа по предупреждению возврата проблемы и закреплению результатов, полученных в ходе лечения. Традиционно стадия сохранения рассматривалась как статичная, однако стоит помнить, что сохранение – это продолжение, а не отсутствие действия. Основное положение данной стадии – сохранение позитивных изменений и предотвращение возобновления проблем. Примеры высказываний, характерных для стадии сохранения: “Пожалуй, сейчас я нуждаюсь в содействии, чтобы сохранить то, чего я уже достиг”. “Меня беспокоит, что опять может вернуться проблема, с которой я уже частично справился, поэтому я ищу здесь помощи”. Прохождение стадий представляет собой не линейный, как описано выше, а циклический процесс. Пациенты могут начать со стадии размышления, а затем прийти к решению ничего не менять и прекратить лечение. Действие и сохранение нередко прерываются возвращением к привычному поведению. Пациенты подчас совершают несколько оборотов этого цикла, прежде чем достигают успешных, позитивных изменений.

Текст методики

Этот опросник должен помочь нам повысить эффективность лечения. Каждое высказывание описывает, что человек может чувствовать, когда начинает лечение или подходит к решению своих жизненных проблем. Укажите, пожалуйста, насколько соответствует или, напротив, не соответствует Вам каждое высказывание. Пожалуйста, отмечайте то, что Вы чувствуете именно сейчас, а не то, что Вы чувствовали раньше или могли бы, или хотели бы чувствовать. В тексте опросника постоянно встречаются слова “проблема” и “здесь”.

“Проблема” – это то, что Вы напишите в графе “проблема”, т.е. то, причина, по которой Вы обратились к нам. “Здесь” – относится к Вашему пребыванию в нашей клинике (кабинете), данному конкретному периоду Вашего лечения и его программе. Когда речь идет об изменении Вашей проблемы, имеется в виду избавление от симптомов, улучшение самочувствия, решение какой-либо проблемы, конфликта или ситуации. Пожалуйста, обведите кружочком соответствующую цифру, которая точнее всего указывает, насколько соответствует или, напротив, не соответствует Вам каждое высказывание. Для каждого вопроса имеется пять возможных ответов: 1 – вообще не соответствует; 2 – едва соответствует; 3 – соответствует в достаточной степени; 4 – сильно соответствует; 5 – очень сильно соответствует.

1. У меня нет личных проблем, которыми надо было бы заниматься	1 2 3 4 5
2. Я думаю, что сейчас я готов что-то изменить в себе к лучшему	1 2 3 4 5
3. Я собираюсь что-то делать с проблемами, которые меня заботят	1 2 3 4 5
4. Над моими проблемами стоило бы работать	1 2 3 4 5
5. У меня нет никакой проблемы, поэтому пребывание здесь не имеет для меня никакого смысла	1 2 3 4 5
6. Меня беспокоит, что опять может вернуться проблема, с которой я уже частично справился, поэтому я ишу здесь помощи	1 2 3 4 5
7. Наконец-то я занимаюсь своей проблемой	1 2 3 4 5
8. Я уже думал о том, чтобы что-то в себе изменить	1 2 3 4 5
9. Я уже с успехом работал над своей проблемой, но я не знаю, хватит ли у меня сил продолжить это	1 2 3 4 5
10. Иногда моя проблема трудная, но я работаю над ней	1 2 3 4 5
11. Пребывание здесь – для меня пустая трата времени, так как проблема не имеет ко мне никакого отношения	1 2 3 4 5
12. Я надеюсь, что мне здесь помогут лучше понять самого себя	1 2 3 4 5

13. Я предполагаю, что у меня есть слабости, но нет ничего такого, что я действительно должен был бы изменить	1 2 3 4 5
14. Я действительно усердно работаю над тем, чтобы что-то в себе изменить	1 2 3 4 5
15. У меня есть проблема, и я действительно думаю, что должен над этим работать	1 2 3 4 5
16. Те изменения, которых я уже достиг, не так легко сохранить, как я надеялся, и я здесь затем, чтобы помешать возврату того, что было (рецидиву)	1 2 3 4 5
17. Хотя мне и не всегда удается что-то изменить в себе, я, по крайней мере, занимаюсь своей проблемой	1 2 3 4 5
18. Я думаю, что однажды разрешив свою проблему, я должен был бы от нее освободиться, но иногда я снова вынужден бороться с ней	1 2 3 4 5
19. Я хотел бы иметь больше идей в отношении того, как решить свою проблему	1 2 3 4 5
20. Я уже начал работать над своей проблемой, но хотел бы помощи в этом	1 2 3 4 5
21. Возможно, здесь мне смогут помочь	1 2 3 4 5
22. Пожалуй, я сейчас нуждаюсь в содействии для того, чтобы помочь мне сохранить то, чего я уже достиг	1 2 3 4 5
23. Возможно, я как-то сам и способствовал проблеме, но я не думаю, что это действительно так	1 2 3 4 5
24. Я надеюсь, что здесь кто-нибудь даст мне хороший совет	1 2 3 4 5
25. Каждый может говорить о том, что он хочет измениться, я же действительно что-то делаю для этого	1 2 3 4 5
26. Вся эта болтовня о психологии скучна. Люди должны просто забыть о своих проблемах	1 2 3 4 5
27. Я здесь для того, чтобы предотвратить рецидив (возврат) проблемы	1 2 3 4 5
28. Меня тревожит, что проблема, которую я считал уже решенной, может вернуться снова	1 2 3 4 5
29. У меня есть заботы, но они есть и у других, поэтому незачем тратить время, думая об этом	1 2 3 4 5

30. Я активно работаю над моей проблемой	1 2 3 4 5
31. Лучше бы я научился избегать своих ошибок, чем потом пытаться их исправлять	1 2 3 4 5
32. После всего, что я сделал для того, чтобы изменить свою проблему, она все равно снова и снова преследует меня	1 2 3 4 5

Обработка результатов:

1-я шкала – **Предразмышление:** 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31

Для перевода в Т-баллы: сложить результаты вопросов шкалы, умножить на 2,5 и прибавить 20.

2-я шкала – **Размышление:** 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24

Для перевода в Т-баллы: сложить результаты вопросов шкалы, умножить на 3 и отнять 45.

3-я шкала – **Действие:** 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30

Для перевода в Т-баллы: сложить результаты вопросов шкалы, умножить на 2,5 и отнять 20.

4-я шкала – **Сохранение:** 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32

Для перевода в Т-баллы: сложить результаты вопросов шкалы, умножить на 2 и отнять 5

По результатам тестирования выбирается шкала с наибольшим значением по Т-баллам – пациент объявляется находящимся на соответствующей стадии психотерапии.

**ШКАЛА ОБЩЕЙ САМОЭФФЕКТИВНОСТИ
(ШВАРЦЕР, ЕРУСАЛЕМ, РОМЕК, 1996)**

Многочисленные эмпирические исследования показали влияние веры в самоэффективность на поведение личности. Человек боится и избегает тех социальных ситуаций, с которыми, как он считает, он не сумеет справиться, активно и наступательно он ведет себя тогда, когда он уверен в своих способностях, верит в успех (эффективность) собственных действий. Следует различать ожидание результатов и веру в самоэффективность. Первый тип ожиданий тождественен убеждению, что определенные действия приведут к конкретным результатам. Ожидание самоэффективности означает веру человека в то, что он в состоянии вести себя таким образом, что это приведет к желаемым результатам (успеху). В связи с этим представляется актуальной диагностика общей самоэффективности у лиц, зависимых от ПАВ. Концепт веры в самоэффективность (self-efficacy) был предложен Альбертом Бандурой и представляет собой один из центральных компонентов его социально-когнитивной теории. Идея, что вера в эффективность собственных действий (самоэффективность) может в существенной мере влиять на поведение, нашла множество подтверждений в клинических исследованиях и оказалась вполне адекватной сфере регуляции социального поведения в более широком контексте. Немецкая версия шкалы общей самоэффективности была разработана Р. Шварцером и М. Ерусалемом в 1981 году и первоначально включала 20 утверждений. В ходе доработки и статистического анализа шкала была сокращена до 10 утверждений.

Текст методики

1. Если я, как следует, постараюсь, то всегда найду решение даже сложной проблемы.
2. Если мне что-нибудь мешает, то я все же нахожу пути для достижения своей цели.
3. Мне довольно просто удается достичь своих целей.

4. В неожиданных ситуациях я всегда знаю, как должен себя вести.

5. При непредвиденно возникающих трудностях я верю, что смогу с ними справиться.

6. Если я приложу достаточно усилий, то смогу справиться с большинством проблем.

7. Я готов к любым трудностям, поскольку полагаюсь на собственные способности.

8. Если передо мной встает какая-либо проблема, то я обычно нахожу несколько вариантов ее решения.

9. Я могу что-нибудь придумать даже в безвыходных на первый взгляд ситуациях.

10. Я обычно способен держать ситуацию под контролем.

Обработка результатов: “абсолютно неверно” – 1 балл; “едва ли это верно” – 2 балла; “скорее всего, верно” – 3 балла; “совершенно верно” – 4 балла. Количество баллов складывается. Показатели до 27 баллов свидетельствуют о низкой самоэффективности; 27–35 – о средней самоэффективности, более 35 – о высокой.

**Мотивы, мотивация и психотерапия
в наркологической практике**

Методические рекомендации

Редактор М.М.Игнатенко
Компьютерная верстка М.М.Абрамовой

Подписано в печать 31.10.16 г.
Формат 60x84/16. Гарнитура Century Schoolbook.
Бумага офсетная. Цифровая печать. Усл. печ. л. 4,25.

Федеральное государственное бюджетное учреждение
“Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии имени В.П. Сербского” Министерства здравоохранения
Российской Федерации
119991 ГСП-1, Москва, Кропоткинский пер., 23.