

МОТИВАЦИОННАЯ РАБОТА С БОЛЬНЫМИ, ЗАВИСИМЫМИ ОТ НАРКОТИКОВ.

В.М. Ялтонский , Н.А.Сирота

В данной главе раскрываются проблемы формирования мотивации на изменение поведения у зависимых от наркотиков. В ней приведены теоретические основы практических подходов, направленных на изменение мотивации и непосредственно сами практические методы мотивационной терапии. В главе большое внимание уделено не только общим вопросам, но и важным частным аспектам мотивационного интервьюирования, включая и требования к подготовке специалистов этого профиля, без которых работа в области мотивации на изменение поведения лиц, употребляющих психоактивные вещества, не может быть эффективной.

Мотивационное направление – одно из новых развивающихся направлений в наркологии. Изучение этой главы потребует не только внимательного отношения, но и способности мыслить творчески, а также отказа от ряда устаревших стереотипов профессионального мышления врачей – наркологов.

В данной главе представлена подробная информация:

- об основных концептуальных позициях мотивационной терапии и ее теоретической основе;*
- об основных шести стадиях изменения поведения человека;*
- о понятиях «готовности, необходимости и уверенности» в процессе формирования мотивации на изменение;*
- о сопротивлении изменениям и его взаимосвязи с мотивацией;*
- о мотивационном интервьюировании и мотивационной терапии;*
- представлен алгоритм действий при мотивационном консультировании;*
- ряд практических сведений о различных этапах взаимодействия с пациентом и технологиях мотивационной терапии на каждом этапе;*
- о взглядах различных авторов на работу в области мотивации.*

Если зависимый человек не приходит к пониманию необходимости изменений своего мышления и стиля жизни, лечение и реабилитация будут неудачными.

Преодоление зависимости – это продолжительный по времени процесс, который имеет специфические стадии. Каждая стадия имеет задачи, которые должны быть разрешены, и навыки, которые должны быть развиты. Если пациент не готов прогрессировать постоянно в этом направлении, не готов исчерпывающим образом выполнять поставленные перед собой задачи и достигать целей, если он избегает постоянной работы в направлении изменений и не настроен эффективно преодолевать болезнь, то срыв

неизбежен. В связи с этим становится очевидной **работа с мотивацией пациента на всех этапах и стадиях его выздоровления.**

Методы работы с мотивацией лиц, зависимых от наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ стали развиваться в последние десять лет, когда стало абсолютно очевидным, что лечение пациентов не готовых на изменение своего жизненного стиля не приводит к позитивным результатам. С другой стороны стал очевидным и тот факт, что люди, употребляющие психоактивные вещества имеют права на помощь в виде формирования мотивационной готовности на лечение, изменение своего поведения и жизненного стиля.

В основе метода мотивационной терапии лежат работы D. Prochaska и С. DiClemente с одной стороны, и S.Rollnick и W. Miller с другой.

Prochaska, проанализировав множество подходов и методов психотерапии, вывел несколько основополагающих принципов, которые назвал «Пути изменения». Он пришел к простому общему определению этих путей. «Любая активность, которую вы предпринимаете, чтобы изменить свои мысли, чувства или поведение – это пути изменения». Ни одна из известных психотерапевтических систем не использует всего спектра этих путей, но если преодолеть ограниченность рамками отдельных теорий, то можно использовать каждый из методов, ведущих к изменению. Таким образом, можно выделить девять путей изменения.

Повышение осознания

Повышение осознания, наиболее широко используемый путь изменения, был впервые описан З. Фрейдом, утверждавшим, что основная задача психоанализа – это «сделать бессознательное сознательным». Сегодня большинство психотерапевтических методик предпринимают попытки повысить уровень самосознания пациента, увеличивая количество доступной информации и таким образом увеличивая вероятность того, что пациент примет разумное решение относительно своей проблемы. Повышение осознания, однако, не ограничивается исследованием скрытых чувств и мыслей. Иногда очень полезно узнать новую информацию о природе своей проблемы, зависимости, влечения к наркотику.

Социальная поддержка

Этот процесс включает в себя некоторые пути, с помощью которых внешние условия могут способствовать началу и продолжению попыток человека измениться. Из-за того, что социальная поддержка – это сила внешняя, человек будет воспринимать ее совершенно различно в зависимости от того, на какой стадии изменений он находится. Социальная поддержка не только делает некоторые действия возможными, но она также повышает самоуважение людей, которые начинают верить в свои силы и возможность измениться.

Высвобождение эмоций

Этот важный инструмент используется множеством психотерапевтических техник, что может помочь человеку осознать собственные защитные механизмы против изменений. Высвобождение

эмоций происходит параллельно процессам осознания, но работает на более глубоком, чувственном уровне, и также, что очень важно, на начальных этапах изменения. Более известное как катарсис, высвобождение эмоций – это яркое, часто внезапное эмоциональное переживание, связанное с проблемой. Это очень энергетически мощный процесс. Высвобождение эмоций часто происходит в результате реальных жизненных переживаний. Очевидно, что предпочтительней вызывать эмоции с помощью специальных методов.

Обязательства

Если уж человек решил измениться, он берет на себя ответственность за эти перемены. Эта ответственность существует в виде груза обязательств. Обязательство – это осознание того, что только сам человек способен говорить и действовать за себя и нести ответственность за эти действия. Первый шаг в принятии на себя обязательств – это принятие внутреннего решения измениться и сказать себе об этом. Второй шаг – это информирование окружающих о принятом решении. Это значит, что возникает дополнительное давление на человека, для того, чтобы держаться выбранного пути.

Противодействие

Противодействие, или внешнее противодействие, это термин, обозначающий замещение нездорового ответа здоровым. Наше поведение зависит от внешней среды. Почти любая здоровая активность может стать эффективной техникой противодействия. Существует множество техник противодействия. Секрет в том, чтобы отыскать ту, которая подходит именно данному человеку.

Внешний контроль

Так же как и противодействие, внешний контроль деятельностно ориентирован. Однако в этом случае человек не пытается овладеть своими внутренними реакциями, вместо этого, он изменяет окружающую обстановку, чтобы снизить вероятность событий, приводящих к возникновению проблем. (Противодействие меняет реакции индивида на внешние стимулы, внешний контроль – это регуляция самих стимулов). Внешний контроль очень прост: например, не хранить дома наркотики или алкоголь.

Поощрение

Наказание и поощрение – две стороны одной медали. Можно наказывать за нежелательное поведение или поощрять за желательное. Однако часто наказание, вместо того, чтобы привести к реальным переменам, приводит к временному подавлению проблемного поведения.

Поощрение, с другой стороны, очень часто приводит к успешным переменам в поведении. Повышение самооценки – одна из простейших форм поощрения. Поощрение может контролироваться и другими людьми.

Поддерживающие отношения

Изменение себя означает собственные попытки модифицировать свое поведение. Однако важно избежать устаревшего мнения о том, что менять себя человек должен в одиночку. Поддержка может исходить не только от профессионала, но человек может добиваться ее от друзей или родственников, информируя их о своих чувствах. В любом случае поддерживающие отношения должны обеспечивать заботу, поддержку, понимание и принятие. Помогать – это не просто. К сожалению, многие люди не обладают даже простейшими навыками помощи, такими как выслушивание и рефлексия, однако именно на них и основывается мотивационная терапия.

D. Prochaska и C. DiClemente выделили шесть стадий или этапов изменения, возникающих у человека, идущего по пути преодоления проблемы зависимости. Каждый из этих этапов может быть достаточно четко определен. Он занимает определенный период времени и задает серию задач, которые должны быть выполнены перед тем, как становится возможным переход на следующую стадию. Каждый предыдущий этап вовсе не обязательно ведет к следующему – на каждом из этапов возможно застревание. Но осознание всей последовательности этапов и понимание специфических задач каждого из них позволит контролировать долгий путь изменений, идти по нему быстрее и эффективнее, с меньшими затратами и меньшей болью.

Шесть стадий изменений

- Предваряющая стадия
- Размышление
- Подготовка
- Активное действие
- Сохранение результата
- Завершение

Практически все изменения начинаются с предваряющей стадии, но только наиболее мотивированные люди доходят до стадии завершения. Пропускать стадии нельзя. Необходимо каждый раз проходить последовательно все стадии, даже если произошел срыв в попытках измениться. В каждый конкретный момент человек может находиться на разных стадиях в решении разных задач.

Предваряющая стадия.

Обычно человек, находящийся на этом этапе, не имеет никакого намерения изменять свое поведение и отрицает само наличие проблемы. Почти все, кто находится на этой стадии, хотят менять не себя, а окружающих. На терапию они обычно приходят под давлением близких –

супруга, угрожающего разводом, начальника, угрожающего увольнением, родителей, угрожающих отречением, судьи, угрожающего уголовной ответственностью. Будучи принужденными, идти к специалисту эти люди хотят только одного: чтобы окружающие прекратили придирааться к ним. Если это не происходит, они могут измениться внешне (например, согласиться на лечение), но только до тех пор, пока мощное внешнее давление не ослабнет. В этом случае они быстро возвращаются в исходное состояние. Эти люди сопротивляются всякому изменению. Когда их проблемы обсуждаются в разговоре, они меняют тему; когда в газете публикуется статья на эту тему, они переворачивают страницу. Они игнорируют проблему и хотят оставаться в блаженном неведении любой ценой. Для этой стадии характерно *сопротивление*, а также *приписывание всей ответственности за происходящее внешним факторам (генетический код, привыкание, семья, общество или «судьба»)*. Все эти факторы являются внешними, и поэтому человек ощущает, что он не властен над ними и не может их контролировать. На этой стадии преобладает *экстернальный локус контроля*.

Люди на предварающей стадии также сильно деморализованы. Они не желают говорить, думать или читать о том, что касается их проблемы из-за того, что ситуация кажется им безнадежной. Однако одно из замечательных свойств деморализации является возможность противопоставить ей какое-либо конструктивное решение. При этом следует учитывать, что как пациент, так и профессионал могут вместе испытывать деморализацию. Наши исследования этого вопроса у больных алкоголизмом и наркоманией, находящихся на лечении в одном из стационаров г. Москвы, показали, что большинство, как пациентов, так и врачей, психологов и весь обслуживающий персонал этого отделения находились в равной степени в ситуации деморализации, а согласие на лечение было ни чем иным, как попыткой переждать ситуацию давления со стороны внешней среды.

Размышление.

На стадии размышления люди осознают наличие проблемы и начинают серьезно задумываться о решении. Для них становится важным понимание проблемы, причин ее возникновения, возможных путей разрешения. Многие люди на этой стадии имеют весьма неопределенные планы и реально очень далеки от того, чтобы предпринимать конкретные действия. Часто размышляющий отчетливо видит перед собой цель и даже представляет себе пути ее достижения, но не чувствует себя готовым к изменениям. Многие люди остаются без движения на стадии размышления долгое время. Страх перед неудачей заставляет размышляющих снова и снова исследовать все, что связано с их проблемой в надежде, что лучшее понимание поможет ее преодолению. Подобное промедление может стать бесконечным. Профессионал также может находиться на стадии размышления вместе со своим пациентом длительное время и не знать, как и куда можно двигаться. Кроме того, он может представлять собой человека, склонного замещать

действия размышлениями и находится в плену хронической пассивности в отношении пациента.

Когда начинается переход от стадии размышления к стадии подготовки, в мыслительных процессах клиента начинаются определенные изменения. Во-первых, он *начинает фокусироваться не на проблеме, а на ее решении*. Во-вторых, он *перестает думать о прошлом и начинает думать о будущем*. *Окончание стадии размышления характеризуется ожиданием, активностью, тревогой и возбуждением*.

Подготовка.

Большинство людей на стадии подготовки планируют конкретные действия в пределах ближайших нескольких месяцев, проделывают последние приготовления перед тем, как начать целенаправленно изменять свое поведение. На этой стадии очень важно громко заявить окружающим о своем намерении. Но, несмотря на то, что, на стадии подготовки люди предпринимают конкретные действия, и выглядят готовыми к переходу на следующую стадию, им не всегда удается разрешить внутреннюю амбивалентность. Им все еще приходится убеждать себя сделать активный шаг. На стадии подготовки многие уже начинают совершать активные действия. Степень осознания высока и ожидания почти осязаемы. Нельзя искусственно сокращать стадию подготовки, не завершив ее в виде обсуждения намерений и разработке детального плана. Нужно быть уверенным, что клиент уже знает достаточно о процессе изменений, чтобы благополучно добраться до стадии сохранения результата и завершения.

Активное действие.

На этой стадии люди начинают открыто изменять свое поведение и свое ближайшее окружение. Они активно противостоят своим страхам и совершают те действия, к которым так долго готовились.

Активное действие – это самый деятельный период, требующий максимального вложения сил и времени. Те изменения, которые происходят на этой стадии, гораздо заметнее для окружающих, чем те, что имеют место на других этапах. Опасность заключается в том, что многие, включая и профессиональных врачей, часто ошибочно путают активное действие и изменение в целом, умаляя значимость не только критической работы, предшествующей действию, но и в такой же степени необходимой (и часто более сложной) деятельности, направленной на закрепление и сохранение достигнутого результата. Ослабление поддержки происходит именно тогда, когда в ней особенно нуждаются: во время предварительной стадии и стадии размышления, и тогда, когда стадия активного действия уже позади. Те профессионалы, которые склонны путать стадию активного действия с изменением в целом, разрабатывают программы, ориентированные только на изменение поведения. Программы должны быть нацелены на все стадии, а не только на стадию действия. Несмотря на то, что изменение поведения – это наиболее очевидное изменение, оно совершенно не является единственным.

Точно также необходимо менять степень осознания проблемы, эмоции, представления о себе, мысли и т.д. И большая часть этих изменений должна произойти раньше, чем наступает время для активных действий.

Поистине удивительно, на что способен человек, когда у него есть достаточная мотивация, и он настроен на достижение реальной цели. Ниже мы приводим конкретные техники, которые пополнят ваш арсенал и сделают достижение стойких изменений более вероятным.

Контроль стимулов. Это значит, что нужно научиться распознавать триггеры аддиктивного поведения, предугадывая исход событий до того, как они произошли, и при необходимости осуществлять вмешательство, чтобы предотвратить рецидив. Привычное поведение по своей природе автоматически. Мы повторяем некоторые действия так часто, что программа начинает работать самостоятельно. В технике контроля стимулов акцент делается на необходимости предвидеть действия своего окружения, чтобы избежать того, чтобы избежать «решения, кажущиеся навязанными», а именно учиться прерывать автоматическое поведение для предотвращения рецидива не в самом разгаре ситуации, а заранее.

Работа с тягой. В муках аддиктивного поведения, сильная, неослабевающая тяга может терзать вашего пациента днем и ночью. Умение подвить тягу на начальном этапе, когда она только начинает появляться, позволяет справиться с ней легче, чем потом, когда тяга уже существует час или более.

Работа с негативными мыслями. Негативные мысли, негативные эмоции, такие как тревога, гнев и депрессия, являются триггерами многих типов негативного поведения. Исследования показали, что когнитивная терапия является наиболее эффективной психологической техникой, позволяющей справиться с различными аффективными расстройствами. Существует много литературы, в которой принципы когнитивной терапии изложены подробно.

Сопротивление прессингу со стороны окружающих, вовлекающих в аддиктивное поведение. Многие люди, решившие измениться, не информируют о своем решении друзей или членов семьи, или сообщают об этом, но не добиваются должного осознания серьезности своего решения. Окружающие могут оказывать огромное влияние на способность пациента оставаться верным решению измениться. Наркоман, который решает прекратить наркотизацию, может испытывать давление со стороны своих друзей или не захотеть терять их. Эти люди могут оказывать колоссальное влияние на его решение и могут подтолкнуть его к рецидиву или, по крайней мере, чрезвычайно затруднить сохранение верности принятому решению.

Повышение качества жизни. Жизнь без поведения, связанного с зависимостью, часто означает появление большого количества свободного времени. Что делать с этим свободным временем? Многие обнаруживают, что, долго живя со своими прежними привычками, они даже не задумывались о вещах, которые когда-то доставляли им удовольствие. Меняя поведение, необходимо наполнить свою жизнь возобновленными интересами или новыми занятиями. Однако, разнообразить свою жизнь может оказаться

довольно сложно, особенно если есть апатия и чувство незащищенности, и вашему пациенту может потребоваться помощь.

Сохранение результата.

На этом этапе необходимо сохранять и укреплять результаты, достигнутые раньше, и одновременно стремиться избежать срывов и рецидивов. Изменения никогда не прекращаются на стадии действия. Хотя в традиционной терапии сохранение результата рассматривается как нечто статичное, правда заключается в том, что необходимо и важно продолжение изменений, которое длится всю оставшуюся жизнь.

Если к сохранению результата не относиться со всей серьезностью, то гарантирован срыв, причем, как правило, на предварительную стадию или на стадию размышления. Сохранение изменений – это долгий процесс.

Завершение.

Стадия завершения – это то, к чему стремятся все, проходящие через цикл перемен. В этой стадии существует уверенность в том, что рецидива уже никогда не будет. Однако в случае зависимости от алкоголя и наркотиков такая уверенность – большая проблема. Необходимо оставаться на стадии сохранения результатов, и чем дольше это происходит, тем лучше. Окончательной точки в выздоровлении от зависимости ставить нельзя.

Спиральная модель изменений.

Не верно считать, что все изменения по стадиям выглядят линейно: предварительная стадия – размышления – подготовка – активные действия – сохранение результата – завершение.

В реальности все происходит сложнее. Линейное движение возможно, но осуществляется не так уж часто. Большинство людей срывается в какой-нибудь точке, возвращаясь к стадии размышления, а иногда даже к предварительной стадии, после чего человек возобновляет свои попытки. В среднем, человек, вставший на путь изменения себя, вынужден возвращаться к пройденным этапам не один раз. Преодоление не простого пути от стадии размышления до сохранения результата требует непрерывной работы, выработки стратегий борьбы с рецидивами и правильного применения процессов изменения. Несмотря на лучшие намерения, рецидив остается скорее правилом, чем исключением. При этом человек думает, что потерпел полный провал, и все его тяжкие усилия потрачены впустую. Однако это – не движение по кругу вместо того, чтобы двигаться вперед. Это – восходящая спираль.

Готовность, необходимость и уверенность.

Понятие готовности было выделено D. Prochaska и C. DiClemente. Rollnick выделяет еще два понятия – необходимости и уверенности, которые позволяют объяснить пациенту степень его мотивации к изменению. Когда врач понимает чувства пациента относительно трех этих положений, у него есть возможность проникнуть в самое сердце этих сложных явлений и определить комплекс сил, которые сопутствуют изменению поведения.

Готовность – это такое состояние сознания, в котором отражается весь результат начинающейся психической активности. Задача терапевта заключается в создании конгруэнтности со степенью готовности пациента.

Стадия А – не готов. Стадия В – не уверен в готовности. Стадия С – готов. «Перепрыгивание через стадию» ошибочно. Если Вы дискутируете с пациентом, находящимся на стадии А, но при этом думаете, что он находится на стадии С и является готовым к действию, у Вас возникнет сопротивление. Это заставит терапевта задуматься о том, как соотнести тему беседы со степенью готовности пациента к изменению.

Итак, для того. Чтобы пациент был готов к изменению, необходимо, чтобы он осознавал необходимость его и был уверен в своих силах.

Основные темы бесед для формирования понимания необходимости.

Почему? В чем смысл? Почему я должен? Какая выгода в изменении? Что изменится?

Основные темы бесед для формирования уверенности.

Как? Что? Смогу ли я? Как я делать это? Как я справлюсь с А, В, С и т.д.?

Достигну ли я успеха, если...?

Основные темы бесед для формирования готовности.

Когда? Делать ли это сейчас? Как насчет других приоритетов?

Описанные основные позиции явились для Рольника базой разработки мотивационной клиент-центрированной терапии, которая призвана вооружить врачей общелечебной сети знаниями и умениями мотивирования людей на изменения поведения в случаях необходимости смены жизненного стиля на более здоровый или в связи с необходимостью преодоления зависимостью. Важнейшими моментами в клиент-центрированной терапии являются *установление взаимоотношений, оценка и помощь в осознании необходимости и построение доверия между терапевтом и пациентом.*

Различают единичное и систематическое консультирование по вопросам изменения поведения. И в том и в другом случае после получения согласия пациента обсуждать свое изменение поведения, основной целью является ясное осознание того, что пациент при этом чувствует. Для этого существует задача оценки необходимости и доверия. Некоторым пациентам требуется больше времени для осознания необходимости изменения. Другие же убеждены в этой необходимости и даже хотят этого, но им необходима помощь в построении уверенности в том, что они смогут достичь желаемого результата. Только после выполнения этих двух задач становится очевидным следующий шаг. Он готовит пациента к осознанию плана своих действий. Две следующие задачи присутствуют на протяжении всего процесса консультирования. Это – обмен информацией и уменьшение сопротивления. Обмен информацией необходим для обеспечения одинакового понимания ключевых задач терапевтом и пациентом и согласования их точек зрения. Пациент может демонстрировать нежелание, защитные механизмы и другие формы сопротивления на протяжении долгого времени. Это – не очень хороший знак, говорящий о необходимости искать другой путь контакта,

изменить темп консультирования и обсуждения сложившейся ситуации с пациентом.

Для управления процессами изменения пациента необходима ясность относительно изменений поведения самого терапевта. Метод, адаптированный и усовершенствованный самим терапевтом, приносит гораздо больше пользы, чем просто слепо скопированный.

Примеры типичных стратегий начала бесед с пациентами.

1-й вариант. О чем бы Вам хотелось поговорить сегодня? Мы могли бы поговорить о Ваших проблемах с алкоголем (табаком, наркотиками) или, может быть о других проблемах со здоровьем?

2-й вариант. Мы могли бы поговорить относительно любых возможных изменений в Вашей жизни. Или Вы пришли сегодня сюда с чем-то еще, что Вас беспокоит?

3-й вариант. Готовы ли Вы сегодня говорить о Ваших проблемах?

Еще несколько стратегических подходов для мотивационной работы с пациентом.

Стратегия « Обычный день». Пациент описывает очень подробно свой обычный день, включая описание не только фактов и событий, но и своих чувств, действий и своего отношения к этому.

«Прошлое, настоящее, будущее». Пациент подробно описывает один типичный день из прошлого, настоящего и будущего. При этом особое внимание уделяется описанию не только событий, но и чувств, мыслей и действий пациента.

Соппротивление и мотивация.

Соппротивление изменениям – нормальный человеческий феномен. Любой человек, который сталкивается с изменением привычного образа жизни без понимания появляющихся преимуществ, начинает испытывать чувство сопротивления. Соппротивление может быть открытым и скрытым.

Примеры открытого сопротивления:

1. Отрицание проблемы;
2. Агрессивное поведение по отношению к лицу, которое объявляет о необходимости изменений;
3. Инициация открытой дискуссии о предполагаемых изменениях.

Примеры скрытого сопротивления:

1. Опоздание на встречи с последующими извинениями, пропуски, беспечное отношение к встречам;
2. Возражения против вмешательства посторонних лиц;
3. Сомнения в компетентности терапевта;
4. Постоянный поиск альтернативного мнения или другого терапевта;
5. Нежелание предоставлять информацию о себе и своем состоянии или предоставление неполной информации.

Соппротивление – прежде всего, проявление страха, связанного с необходимостью осознать бессознательные процессы. В связи с этим важно помнить, что в мотивационной терапии нет места осуждению, а само сопротивление следует рассматривать как мотивационный фактор.

Таким образом, и пациент, и терапевт должны быть свободны от чувства вины за неудачу.

Три источника сопротивления.

Терапия и факторы, связанные с терапевтом.

Одним из наиболее часто встречающихся источников сопротивления, связанных с терапевтом является отсутствие раппорта между врачом и пациентом. Это часто связано с недостаточными навыками эмпатии у терапевта либо неспособностью понять, что пациент, сопротивляясь, пытается избежать интенсивной тревоги. Так, употребляющий психоактивные вещества человек может опасаться, что при отказе от них ему придется заново пересматривать свое поведение в обществе, свою сексуальность, пережить чувство безнадежности и собственной беспомощности.

Часто пациенты сопротивляются принятию решения о прекращении употребления психоактивных веществ, потому, что извлекают из этого определенную условную «выгоду», например, стремятся не нести полной ответственности за свое поведение.

Сопротивление может быть вызвано неадекватным использованием психотерапевтических техник, которые терапевт применяет в отношении пациента. Обычно это связано с недостатком опыта или подготовки терапевта или началом терапии без достижения понимания пациентом сути того или иного метода.

Социальная среда и другие внешние факторы.

Сопротивление может увеличивать намеренное противодействие других людей (явное или неявное противодействие других членов семьи, друзей и т.д.) В данном случае, помимо работы с проблемой употребления наркотиков пациентом, терапевт может принять решение работать также с членами его семьи, которые могут способствовать существованию нездоровых зависимых отношений.

Факторы, связанные с пациентом.

У пациента могут иметься свои «скрытые планы», способные мешать успеху терапии. Когда пациент соглашается на лечение только благодаря внешнему давлению со стороны семьи, значимых других лиц, обстоятельств, то сам он может не быть по-настоящему заинтересован в успехе и может не прилагать необходимых усилий, продолжая придерживаться устоявшихся представлений в отношении самого себя и негативного настроения на будущее. Так, пациент может прийти на лечение, чтобы подтвердить правильность своего мнения о том, что он не способен добиться положительного результата.

Иногда пациенты проявляют низкую толерантность к фрустрации (при отсутствии уверенности в исходе терапии, сомнениях в собственных силах, высоком уровне субъективного ощущения беспомощности). Это в дальнейшем приводит к поведению, направленному на собственное поражение.

Иногда сопротивление может проявляться, как попытка отсрочить получение помощи. Например, пациент может называть самые разные причины, такие как слишком высокая стоимость или слишком большая длительность терапии.

Терапевт должен понимать, что демонстрирующий сопротивление пациент предоставляет ему очень важные сведения, и именно этим определяется модель межличностного общения между пациентом и терапевтом.

«Причиной» сопротивления часто служит неспособность терапевта «синхронизироваться» с пациентом. Пациент приходит с определенным набором убеждений, одно из которых состоит, например, в том, что он настолько сломлен, или болен, или несчастен, что никто не может ему помочь. Терапевт при этом может быть убежден, что он, во что бы то ни стало и очень быстро обязан добиться успеха в работе с каждым пациентом. Такая «асинхронность» вызывает сопротивление и негативные эмоции у самого терапевта, что, в свою очередь, усиливает сопротивление пациента. Терапевт обязан изучать свое сопротивление и свои эмоции, вызванные конкретной терапевтической ситуацией. Терапевт должен понимать, что любой терапевтический процесс схож с процессом роста, и что пациент будет проходить все его этапы.

Сопротивление и мотивация.

В традиционной терапии или консультировании сопротивление должно быть «интерпретировано», и если терапевт или консультант не может предложить каких-либо интерпретаций, он может объяснить все просто тем, что пациент не готов к получению пользы от терапии. Однако, сопротивление может быть умело использовано терапевтом, если он сумеет обращаться с ним в соответствии с принципом, используемым в дзюдо: вместо того, чтобы сопротивляться удару, лучше принять и усилить его, что лишит противника равновесия. Этот прием не сложен в применении и в отношении терапевта и пациента, и благодаря поощрению пациента начинают происходить изменения. Когда кого-то побуждают сопротивляться, у него есть возможность выбрать одно из двух: либо согласиться, и как только он соглашается, сопротивление перестает быть самим собой, либо не согласиться, что приводит к тому, что человек перестает оказывать сопротивление.

Терапевт не должен забывать о том, что пациент пришел за помощью. При установлении терапевтического контакта с пациентом приходится принять его поведение и способствовать проявлению этого поведения. Роль терапевта заключается в том, чтобы показать пациенту, что его поведение

может быть использовано ему же во благо. Таким образом, важно не чтобы терапевт одобрял поведение пациента, а чтобы пациент мог использовать свое поведение для успешного разрешения любой ситуации.

Соппротивление – это не плохо и не хорошо. Оно просто существует и требует уважения, так как является проявлением многолетнего опыта приспособления, с которым пациент был вынужден жить, и от которого он теперь должен отказаться.

Пациент имеет право сопротивляться или не сопротивляться. Он имеет право сотрудничать или не сотрудничать. Пациента нельзя осуждать или отвергать за его сопротивление, и терапевт должен принять тот факт, что на данном этапе сопротивление пациенту необходимо.

Терапевт должен уважать сопротивление. Мы должны понимать, что проявление сопротивления означает, что мы, как терапевты двигаемся слишком быстро и ожидаем слишком быстрых перемен. Проявление сопротивления символизирует начало изменений.

Мотивационное интервьюирование.

Мотивационное интервьюирование – это направляющий, клиент-центрированный стиль консультирования, использующийся для вызова изменений поведения посредством помощи пациенту в изучении и расширении противоречий между его жизненными потребностями и теми результатами, которые он достигает в связи с реализацией своего зависимого поведения. По сравнению с недирективным консультированием, оно более фокусированное и целенаправленное. Исследование и разрешение противоречий (амбивалентности пациента) является главной задачей мотивационного интервьюирования, и терапевт намеренно направляет пациента к достижению этой цели.

Крайне важно отличать *сущность* мотивационного интервьюирования от *техник*, которые мы предложим для проявления этой сущности. Клиницисты и психологи, которые излишне сосредотачиваются на вопросах техники, могут потерять из вида саму суть и стиль, которые для этого подхода являются основополагающими. Сколько клинических случаев, столько будет и вариантов использования техник. Однако сущность метода более постоянна и может быть охарактеризована несколькими ключевыми положениями.

Мотивация к изменениям исходит от пациента, а не навязывается ему со стороны. Другие мотивационные подходы делают акцент на принуждении, убеждении, конструктивной конфронтации и использовании внешних обстоятельств. Такие стратегии могут быть использованы для вызова изменений, но их сущность сильно отличается от мотивационного интервьюирования, которое основывается на выявлении и мобилизации внутренних ценностей и целей пациента для стимуляции изменения поведения.

Сформулировать и разрешить свою собственную амбивалентность – это задача пациента, а не консультанта. Амбивалентность может принимать форму конфликта между двумя линиями поведения (например, потакание

собственным желаниям и самоограничение), с каждой из которых ассоциируются определенные выгоды и усилия. У многих пациентов никогда не было возможности выразить зачастую сложные, противоречивые и очень личные аспекты этого конфликта. Задача терапевта – способствовать выявлению всех сторон амбивалентного тупика и направить пациента к приемлемому решению, которое станет триггером изменения.

Прямое убеждение не является эффективным методом разрешения амбивалентности. Есть искушение попытаться оказать «помощь», убеждая пациента в срочной необходимости решить проблему и преимущества изменения. Однако, такая тактика усиливает сопротивление пациента.

Стиль консультирования в основном спокойный и располагающий. Прямое убеждение, агрессивная конфронтация и аргументация являются концептуальной противоположностью мотивационному интервьюированию и явно противопоказаны при этом подходе. Терапевту, привыкшему к конфронтации и даче советов, мотивационное консультирование может показаться безнадежно медленным и пассивным процессом. Судить следует по конечному результату. Более агрессивные стратегии, которыми иногда движет желание «противодействовать отрицанию пациента», легко превращаются к подталкиванию пациентов к изменениям, к которым те не готовы.

Терапевт направляет пациента, помогая ему исследовать и разрешить амбивалентность. Мотивационное интервьюирование не предполагает обучения пациентов навыкам решения проблемы с помощью поведения (поведенческого овладения проблемой), хотя эти два подхода не являются несовместимыми. Рабочее допущение при мотивационном интервьюировании состоит в том, что основной преградой, которую необходимо преодолеть, чтобы вызвать изменение, является амбивалентность или недостаточность решимости. Специфические стратегии мотивационного интервьюирования созданы для того, чтобы выявить, прояснить и разрешить амбивалентность в атмосфере клиент-центрированного, уважительного консультирования.

Готовность измениться – это не характерологическая особенность пациента, а нестойкий результат межличностного взаимодействия. Таким образом, терапевт должен быть очень внимателен и чуток к мотивационным сигналам пациента. Сопротивление и «отрицание» рассматриваются как обратная связь на поведение терапевта. Сопротивление пациента – это часто сигнал того, что консультант предполагает наличие большей готовности к изменениям, чем есть в действительности, и это намек на то, что терапевту нужно изменить стратегии мотивации.

Терапевтические отношения больше похожи на партнерские, чем на роли эксперта и обследуемого. Терапевт должен уважать самостоятельность пациента и свободу его выбора, касающегося его собственного поведения.

При такой точке зрения нельзя рассматривать мотивационное интервьюирование как технику или набор техник. Скорее, это межличностный стиль. Это тонкий баланс между директивным и клиент-

центрированными компонентами. Если оно превращается в уловку или манипулятивную технику, значит сущность его потеряна.

Мотивационная терапия Миллера.

Вариант мотивационной терапии под названием «Мотивационное собеседование» для лиц зависимых от психоактивных веществ, алкоголя и наркотиков был разработан Миллером и впервые применялся в программе «Выявление пьющих» разработанной автором и его коллегами. За последние годы мотивационное собеседование претерпело различные модификации и развитие и в настоящее время представляется самим автором как терапия, повышающая мотивацию. В данном тексте приводится специальный вариант этой терапии, ориентированной на лиц, злоупотребляющих наркотиками.

Терапия, повышающая мотивацию, - Motivation Enhancement Therapy (MET), направлена на то, чтобы вызвать у пациента мотивацию на изменение и консолидировать его личные решения и планы с планом изменений и терапии зависимости от наркотиков в целом. Эта терапия также относится к разряду клиент-центрированных, как и терапевтический подход, предложенный Рольником, но при этом использует планирование и директивные техники. Еще одним отличием является то, что клиент-центрированная терапия, предложенная Рольником, предназначена преимущественно для врачей общелечебной сети, то есть для того этапа контакта с зависимым человеком, на котором его зависимость еще не является основным диагнозом, а рассматривается как фактор аддиктивного поведения, требующего изменения. Терапия же Миллера предназначена для работы с выявленной и установленной зависимостью.

Цели и задачи метода.

Применительно к зависимости от наркотиков MET имеет целью изменить жизненный стиль клиента в направлении менее опасного и вредного, а также прийти к решению о необходимости прекращения их употребления и планомерного восстановления. MET учитывает индивидуальные цели каждого клиента, который еще не является или уже является пациентом, но при этом приводит его к осознанию главной цели MET. Главной и специфической целью MET является полное воздержание от употребления наркотиков и постоянное развитие и изменение по направлению поддержания трезвого состояния. Однако главная цель не обязательно достигается быстро. MET может иметь и промежуточные цели, соответствующие личностным особенностям клиента, его актуальной ситуации и степени готовности преодоления зависимости.

Теоретическая база метода.

MET базируется на принципах когнитивной и социальной психологии. В рамках этих подходов происходит установление связей между поведением пациента (клиента) и его личными целями. MET базируется на теоретических подходах, исследующих самовосприятие, самооценку и Я-концепцию в целом. В этом направлении происходит выявление и закрепление у клиента

самотивированных установок – необходимых и часто наиболее значимых факторах в развитии изменений.

МЕТ использует много приемов Роджерсианской клиент-центрированной терапии, но более директивна. Она также основывается на подходах когнитивной терапии и терапии реальностью. МЕТ принципиально отличается от различных методов поведенческой терапии, а также от директивных конфронтационных методов.

МЕТ используется как индивидуальная терапия, в процесс которой могут быть вовлечены члены семьи и значимые другие лица.

Наиболее идеальным вариантом является использование МЕТ в условиях терапевтического стационара (сообщества) и вне - него. В обеих ситуациях – в отрыве пациента от жизненного контекста и без отрыва. Однако нет необходимости, во что бы то ни стало стремиться выполнить идеальное условие, так как МЕТ может быть использована во многих различных ситуациях и, прежде всего в качестве мотивационной терапии, направленной на включение пациента в лечение.

Сроки и продолжительность МЕТ могут быть различными. В традиционном авторском варианте обычно проводятся 2-4 сессии по 1 часу каждая.

МЕТ может быть прелюдией к другим методам терапии и усиливать клиентский комплайнс (сотрудничество с врачом в процессе терапии, выполнение всех требований терапии).

МЕТ не противоречит работе групп самопомощи и 12-шаговой идеологии, поэтому включение пациента в такие группы может быть учтено и вполне поощряемо.

Клиент МЕТ является агентом изменений, которые происходят при поддержке терапевта (или консультанта). При этом принимается во внимание то, что употребление наркотика становится для зависимого от него субъекта основной мотивацией, определяющей все его поведение. Однако существуют и другие жизненные потребности, которые также необходимо удовлетворять и пациент имеет мотивацию на их удовлетворение, хотя и «отодвинутую на второй план» в своем самосознании. МЕТ направлена на то, чтобы пациент осознал и эти мотивации, а также противоречие между доминантой мотивацией и собственным жизненным стилем и своими жизненными потребностями в целом.

Для того чтобы проводить МЕТ, терапевт или консультант должны обязательно пройти подготовительную программу по технологии самой методике, а также по активизации соответствующих личностных ресурсов и коммуникативных стратегий. Миллер рекомендует для профессионалов 2-3 дневные тренинги с супервизией. На этих тренингах необходимо активизировать навыки рефлексивного слушания, актуализации мотивации на изменение, эмпатию.

МЕТ могут заниматься не только врачи и профессиональные консультанты, психологи и психотерапевты, но и субспециалисты –

консультанты из числа выздоравливающих зависимых. Однако срок ремиссии у них должен быть большим.

Лица, испытывающие личные трудности самореализации, в работе МЕТ как терапевты или консультанты принимать участие не должны. Кроме этого в МЕТ не могут работать лица, склонные навязывать собственные проблемы клиенту (пациенту) и те, чье восприятие действительности и поведение детерминировано собственными проблемами.

Оптимальные личностные характеристики терапевта (консультанта МЕТ).

Терапевту или консультанту МЕТ необходимо иметь высокий уровень терапевтической эмпатии. При этом это должна быть именно терапевтическая эмпатия, как ее определил Карл Роджерс (вчувствование в эмоциональное состояние пациента, понимание его, понимание причин его вызвавших и жизненных перспектив пациента при полном осознании отличия своего собственного опыта и своего собственного Я от опыта пациента). Эмпатия как чувство сопричастности к сходному опыту – характеристика не достаточная и большей степени не подходящая.

Помимо эмпатии необходимо иметь высокий уровень интерперсональной чувствительности и конгруэнтности.

Техника проведения МЕТ.

Общим в поведении терапевтов (консультантов) является умение задавать «открытые» вопросы; рефлексивное слушание; психологическая подвижность и поддерживающее поведение.

Ключевыми стратегиями является

- развитие противоречия между мотивационными позициями личности пациента (клиента) посредством выявления вербальной, мимической и поведенческой экспрессии в процессе обсуждения (проговаривания) проблем клиентом;
- участие в его проблемах;
- сопереживание;
- эмпатия;
- поддерживающее поведение;
- умение найти основания для изменений в поведении, экспрессии пациента;
- оптимизм в отношении изменений;
- умение во время вселить уверенность в отношении возможности таких.

В общении терапевты (консультанты) должны быть максимально резистентными и минимально директивными и конфронтационными. Эмпатия сочетается с поддержкой самоэффективности у клиента для того, чтобы он воспринимал изменения как возможные для себя, а себя –

способным на изменения. Часто используется «обратная связь» для усиления мотивации клиента.

Наиболее важно избегать конфронтации, в которой терапевт (консультант) занимает позицию защиты своего мнения по поводу проблемы клиента и необходимости изменения поведения и мыслей, а клиент доказывает, что у него нет проблем и необходимости изменения.

Аргументация клиента – основное поле работы терапевта (консультанта) и в нем необходимо искать противоречия. Терапевт также избегает позиции «эксперта», который экспертирует и оценивает позицию и решения клиента.

Терапевт избегает «закрытых» вопросов (вопросов, требующих коротких ответов) и особенно избегает того, чтобы задавать несколько вопросов подряд.

Диагностические «лейблы», характеризующие проблему зависимости абсолютно не уместны.

В работе терапевта (консультанта) существует необходимость супервизии. Этот процесс может происходить в форме видеозаписи и последующего рассмотрения и обсуждения ее, либо в форме наблюдения за работой с последующим обсуждением.

Главная роль терапевта (консультанта) – выявлять и усиливать внутреннюю, присущую клиенту мотивацию на изменение. Эта фасилитаторская роль может включать аккуратно встроенные в беседу элементы обучения на основе сотрудничества. Таким образом, терапевт является фасилитатором (повторяющим усилителем), учителем и сотрудником. Роль эксперта или советника является неприемлемой. Однако, когда персонал нуждается в обратной связи для решения вопроса насколько правильно проводится мотивационная терапия, терапевт выступает в роли обучающего, но только для персонала, а не для клиента (пациента).

Клиент должен говорить больше, чем половину времени на протяжении всего разговора. Особенно на протяжении периода, когда он лично реагирует на «обратную связь», которую терапевт давал в роли «основательного разъяснителя».

Насколько директивен терапевт.

Сессии МЕТ являются клиент-центрированными, но директивными. Терапевт использует систематически стратегию аккуратного давления. Однако сессии МЕТ бывают успешными только тогда, когда это давление настолько аккуратно, что пациент его совершенно не ощущает и воспринимает информацию терапевта как мнение, в крайнем случае, – не более чем совет. Директивность обычно сопровождает процесс задавания «открытых вопросов» и обсуждения ответов на них в сочетании с селективной рефлексией.

В тех случаях, когда терапевт и клиент поставлены друг другом в тупик, используются метафоры. Если терапевту необходимо что-либо записывать и записи помогают ему конструировать работу с клиентом, терапевт кладет лист, на котором ведет записи на стол рядом с клиентом так, чтобы клиент мог его видеть, и тогда это не вызывает лишнего беспокойства клиента.

Оценка.

МЕТ включает в себя структурированную оценку такой информации как история, развитие (темп, влияющие факторы и т.д.) зависимости, последствия потребления психоактивного вещества (в различных сферах здоровья и жизни), формирование поведения, приведшего к зависимости, , индивидуально личностные, интерперсональные и социальные факторы, влияющие на формирование зависимости, семейная история и другие факторы риска, актуальное психическое и физическое состояние и социальный статус.

Для оценки этих данных могут быть использованы различные инструменты. Эти инструменты должны быть чувствительны как в ранних, так и в последующих стадиях мотивационной терапии и предоставлять возможность для достаточно глубокого и серьезного анализа. Эти данные используются в процессе мотивационного интервью как опорные. Данная оценка должна быть структурирована и включена в первые три сессии терапии.

На первой сессии может быть осуществлен первый контакт и короткое мотивационное интервью для того, чтобы подготовить клиента к оценке.

На второй сессии может быть проведена структурированная оценка факторов личностно-средового взаимодействия, истории и последствий зависимости клиента.

Терапевтический альянс.

Быстрое установление рабочего альянса – важная цель МЕТ, достижение которой создает базисную основу не только для проведения мотивационной терапии, но и лечения в целом. Достижение альянса базируется на «открытых вопросах» и рефлексивном слушании. Поддерживающие и развивающие стратегии снижают резистентность клиента и делают его готовым к изменениям.

Данный метод может быть по-разному эффективен в зависимости от степени готовности клиента к изменениям. Однако, он провоцирует и развивает готовность. Он успешно апробирован у больных с алкогольной, гашишной и героиновой зависимостью и способен вызывать изменения даже на наиболее ранних стадиях процесса формирования готовности. Он эффективен даже у трудно мотивируемых лиц, зависимых от наркотиков с выраженными саморазрушающими тенденциями.

Несколько ориентировочных тем типичной мотивационной сессии.

Темы мотивационной сессии обычно определяются терапевтом, но специфический контекст создает в процессе работы клиент. Примеры тем могут включать:

- Приятные и не очень приятные стороны употребления наркотиков (алкоголя, других психоактивных веществ).
- Типичный день, включающий употребление наркотика.

- Причины для того, чтобы оставаться в покое или измениться.
- Мысли по поводу того, как можно измениться и изменить свою жизнь.

Обычно сессии начинаются с «открытых вопросов» и заканчиваются подводкой итогов рефлексией. Сессии заранее планируются, хотя в процессе проведения их структура может меняться. Необходимо не менять позиции. Важна, прежде всего, центрированность на клиенте.

Резистентность – типичная проблема при работе с зависимыми от психоактивных веществ людьми эффективно преодолевается с использованием техники «совместного движения». Центральной позицией МЕТ является понимание того, что резистентность или слабая мотивация не являются когнитивной или поведенческой проблемой субъекта. Рефлексивный стиль с **минимумом директивности** и советов преодолевает эту проблему. Главная цель – показать клиенту его собственную конфронтацию с реальностью, поставив его лицом к лицу с этим фактом. Этот подход инициирует изменения.

Общие стратегии снижения резистентности включают различные варианты рефлексивного слушания (например, усиленная рефлексия, в которой терапевт помогает сделать резистентному клиенту шаг в будущее), рефреминг или рассмотрение сообщений клиента с различных других позиций, селективное соглашение. Главная цель заключается в том, чтобы клиент вербализовал свою потребность в изменении.

Кризис часто играет позитивную роль, как окно, в котором клиент может увидеть более широкие аспекты своей ситуации. Терапевт должен уметь использовать ситуации кризиса для усиления эффективности мотивационной терапии.

Ситуации срыва и рецидива.

Ситуации срыва и рецидива также должны использоваться терапевтом как ситуации, позволяющие значительно усилить мотивацию клиента на изменение. В этих случаях используются «открытые вопросы», открытое проявление эмоций и чувств, мыслей, позиций клиента. При этом активно используется рефлексивное слушание. Различного рода «приговоры» и жесткие выводы тщательно избегаются. Достигается восприятие клиентом срыва или рецидива как опыта, на основании которого строится план дальнейших изменений и убежденность в том, этот план ничего изменить не сможет.

Роль значимых других.

Значимые другие могут вовлекаться в МЕТ. Совместные сессии могут быть полезными для формирования мотивации и построения плана изменений. При этом следует вести совместные сессии таким образом, чтобы значимые другие не оказывали на клиента давления. Значимые другие лишь обзорную информацию ситуации, основанную на собственном восприятии, фокусирующуюся на клиенте, которая может оказать влияние на его мотивацию. Часто именно включение значимых других может быть наиболее

важным для клиента. Однако в совместных сессиях терапевту следует проявлять особое мастерство, так как близкие люди могут пытаться обвинять клиента, перекладывать на терапевта или клиента свои проблемы. Следует учитывать, что их мышление, эмоции и поведение далеко не всегда управляемы ими самими. Поэтому такие сессии следует проводить после тщательной подготовки, как клиента, так и его значимых других. Никогда не следует забывать, что существует только одна главная цель – побудить клиента к изменению.

Что «можно» и что «нельзя» в мотивационном консультировании.

Можно:

- *Снижать привлекательность употребления психоактивных веществ.* Важно в одном из первых ознакомительных разговоров с пациентом выяснить, в чем для него проявляются преимущества и недостатки употребления психоактивных веществ. Большинство пациентов скажет, что удовлетворение и позитивное воздействие уже давно в прошлом, и что на самом деле они сталкиваются только с недостатками. Тем ни менее, снижение или прекращение употребления ПАВ кажется на данной стадии невозможным. Тревога из-за ожидаемых последствий, незнание того, как жить без ПАВ, страх конфронтации с непосредственным социальным окружением, чувство вины и т.д. Употребление ПАВ на данный момент необходимо, чтобы в какой-то степени справиться с этими чувствами, и, следовательно, является большим преимуществом.
- *Подчеркивать личную ответственность.* Ответственность – это то, что страдающий зависимостью человек не брал на себя в течение длительного времени. Все вокруг несут ответственность за его нынешнюю ситуацию, и он считает себя жертвой, не оказывающей сопротивления. За счет повторения того, что говорит пациент, он часто сам начинает осознавать, насколько серьезна ситуация и постепенно приходит в себя.
- *Поддерживать поиск альтернативных вариантов поведения.* В течение длительного времени потребители ПАВ не были по-настоящему озабочены поиском альтернативы своему нынешнему существованию. Да и к чему? Такое пассивное поведение является самой сутью роли жертвы.

Пациент: Мне на самом деле уже все равно.

Терапевт: Вы уже не боитесь даже смерти?

П.: Но, в любом случае, а что мне остается? Только посмотрите, до чего меня довели наркотики.

Т.: Вы хотите сказать, что можно продолжить употребление наркотиков, что смысла все равно больше нет. Так?

П.: Да, я об этом часто думаю.

Т.: Довольны ли Вы тем, что находитесь в зависимости от наркотиков, если считаете возможным продолжить их употребление?

П.: У меня все полностью под контролем, но я все реже бываю в этом уверен.

Т.: Значит, все-таки так бывает? Тогда все не так плохо. О чем Вы думаете в такие моменты?

П.: Ну, о своих детях, конечно.

Т.: Давайте уточним: обычно Вы не видите никакого выхода, и одна из немногих вещей, которые Вас поддерживают, это Ваши дети. Возможно, Вам удастся увидеть, есть ли другие возможности? Возможно, Вы смогли бы воспользоваться моей помощью для рассмотрения этих возможностей?

- *Разъяснить задачи.* Когда пациент приходит к терапевту, у него обычно заготовлена целая история. Обычно, эта история основана на том, что, по мнению пациента, хочет услышать терапевт. Пациент обычно перечисляет множество проблем. Важно выяснить, какие проблемы основные, и вместе с пациентом сформулировать задачи, которые ему по силам. Формулирование задач – одна из наиболее сложных целей терапевта. Цели должны быть *специфическими, измеримыми, приемлемыми, реалистичными для пациента и относящимися к определенному периоду времени.*

Цели могут быть определены во всех областях: касающиеся эмоциональных и психологических проблем, например: «Я хочу научиться считать свои чувства важными» или «Я хочу научиться говорить о своих чувствах тревоги и вины»; касающиеся релаксации: «Я хочу научиться, как можно лучше засыпать»; информационные: «Я хочу получить информацию о том, какие будут физические последствия, если я перестану употреблять наркотики»; касающиеся жизни: «Я хочу осмыслить все свои практические проблемы и поставить в известность об этой ситуации семью и друзей»; касающиеся рецидива: «Я хочу знать, какие мне нужны навыки, чтобы продолжать не употреблять психоактивные вещества».

- *Демонстрировать эмпатию (сочувствие).* Если терапевт с очевидностью придерживается эмпатического подхода, то пациент чувствует, что его принимают, и его самооффективность возрастает. Взаимодействие между пациентом и терапевтом будет более гладким, так как сопротивление будет меньше. Пациент с большей вероятностью сообщит информацию, из-за которой он иначе бы испытывал стыд и чувство вины. Эмпатия в отношениях генерирует большее количество материала для работы, из которого могут извлечь пользу и пациент и терапевт.
- *Поддерживать обратную связь.* Нельзя проявлять обратную связь, не продумав ее. Люди очень болезненно воспринимают неприятную информацию о своем поведении. Однако, когда в отношениях терапевта и пациента важную роль играют принятие и эмпатия, проявление обратной связи служит подтверждением правильности понимания. Если постоянно повторять сказанное пациентом и

спрашивать, правильно ли Вы его поняли, пациент захочет услышать что-нибудь о своем поведении, отношении и проблемах. В данном случае будут актуализированы скрытые ожидания пациента.

Нельзя:

- *Осуждать пациента.* В жизни пациента многое уже произошло до того, как он пришел к Вам за помощью. Социальное окружение уже сильно осудило пациента. Много негативных для пациента событий произошло в семье, на работе, в отношении с друзьями, в финансовой и юридической областях. Пациент наверняка переживает чувство вины, стыда и беспомощности, даже если демонстрирует прямо противоположное поведение (это – защитные поведенческие стратегии). Вот почему очень важно, чтобы терапевт не занимал по отношению к пациенту осуждающей позиции. Задача терапевта – не судить поведение пациента, а помочь вызвать изменения. Самая важная задача для терапевта – избавиться от сопротивления и добиться полной откровенности со стороны пациента.

- *Обвинять пациента.*
- *Оспаривать мнение пациента.*
- *Подвергать сомнению, противостоят точке зрения пациента.*
- *Вешать на пациента ярлык.*
- *Неверно оценивать роль ПАВ для пациента.* Если роль ПАВ для пациента не проясняется, в ходе лечения из-за этого может возникнуть серьезное непонимание. Терапевт и пациент должны быть в достаточной степени ориентированы относительно серьезности злоупотребления ПАВ и степени зависимости.
- *Неадекватно направлять.* Избыточная директивность ведет к сопротивлению. Недостаточная директивность может создать у пациента ощущение, что у терапевта слишком мало опыта и знаний. Таким образом, постоянная переоценка темпа работы, степени директивности и оценка прогресса терапии является крайне важной.

Практические сведения.

Процедура приема.

Первый контакт с терапевтом для пациента является разведывательным. Он очень важен для выбора между возможностью существования мотивации на изменение по ходу процедуры и продолжением употребления ПАВ. Сначала практически никто не хочет отказываться от «позитивных» аспектов употребления ПАВ, хотя настроен на устранение «негативных» аспектов. Если контакт происходит по телефону, то пациент вслушивается в голос на другом конце провода: дружелюбный, заинтересованный, резкий, торопливый, незаинтересованный.

За первым контактом следует процедура приема. В это время происходит своеобразная «подстройка» терапевта и пациента и определяются

рабочие отношения. Важно собрать всю информацию, чтобы определить, как следует использовать и проводить терапию.

Сбор информации – это не только активная роль, исполняемая терапевтом. Именно все навыки терапевта по интервьюированию запускают процесс мотивации. Помимо сбора информации не следует забывать о том, что информацию следует также и давать. Необходимо, чтобы на раннем этапе процесса осуществилась синхронизация «спроса и предложения», чтобы избежать возможного непонимания и разочарований.

Необходимо учитывать ряд объективных факторов, таких как возраст и стаж наркотизации, личностные особенности пациента, а также ряд субъективных: чувство безнадежности и беспомощности; снижение чувства собственного достоинства и заниженная самооценка; вина и стыд; отсутствие ощущения социальной безопасности.

План терапии.

План терапии должен составляться вместе с пациентом. Он включает в себя ряд компонентов.

1.Список терапевтических задач должен включать в себя все *сферы внимания*, то есть все сферы, в которых пациент отмечает наличие хотя бы одной проблемы. Например: потребление ПАВ, взаимоотношения, работа, социальное окружение, образование, эмоции и т.д.

2.В каждой сфере внимания должны быть сформулированы основные *цели*. На более поздней стадии эти цели формулируются как специфичные, измеримые, приемлемые, реалистичные и относящиеся к определенному периоду времени.

3.После того, как сформулированы сферы внимания и цели, совместно с пациентом исследуются возможности активного изменения. Эта стадия также называется *стадией планирования*. Тот факт, что процесс терапии происходит по стадиям, дает пациенту возможность спокойно обдумать процесс, не рассчитывая на немедленный результат. Тем временем терапевт и пациент работают над установлением хороших рабочих взаимоотношений.

4.Четвертая стадия – *осуществление* плана. Шаг за шагом принимаются совместные решения о том, в каком направлении и в какой сфере внимания следует осуществлять работу. Становится понятным, в чем заключается вклад пациента и конкретные интервенции консультанта.

5.*Оценка* составляет важную часть всего процесса. Что прошло хорошо, а что нет. Где изменения произошли, а где есть препятствия к изменению. Подробно исследуется активный вклад как консультанта, так и пациента.

Хороший план терапии необходим для определения наличия прогресса, успеха или стагнации. Постоянное информирование и стимулирование пациента и, при необходимости, функциональные советы будут обеспечивать взаимную эффективность.

Благодаря поощрению пациента к принятию на себя как можно большей ответственности, может возрасти уверенность в своей компетентности. Активное участие в процессе позволяет мотивации усиливаться.

Стадии выздоровления от зависимости по Т. Gorski.

Горский, используя собственный опыт клинических наблюдений и терапевтической работы с зависимыми от наркотиков и алкоголя пациентами, предлагает следующие стадии выздоровления от зависимости, основанные на понимании мотивационной готовности к изменениям. Это понимание позволяет более тщательно и адекватно планировать совместную работу терапевта с зависимым человеком.

1. Переходная (транзиторная) стадия начинается тогда, когда личность приобретает негативный опыт наркотизации и проблем, связанных с употреблением наркотиков. В это время зависимый человек начинает безуспешно пытаться установить контроль над употреблением. *Попытка установления контроля над употреблением либо изменения своей ситуации, связанной с употреблением наркотика любым способом – симптом фундаментального интрапсихического конфликта зависимого человека, связанного с проблемой личностной идентичности.*

Употребляющий наркотики теряет в этой стадии иллюзорную веру в то, что он нормальный человек, способный контролировать свое поведение и потребление наркотика. Это происходит в результате того, что все попытки доказать себе и другим возможность контролировать употребление наркотиков оказываются безуспешными. *Основная причина невозможности прекратить употребление наркотиков в транзиторной стадии – то иллюзорная вера в то, что существует путь контролируемого потребления.*

2. Стадия стабилизации. На протяжении стадии стабилизации, которая наступает тогда, когда зависимый человек приходит к пониманию необходимости полностью и окончательно прекратить употребление наркотика и прекращает его, больной переживает абстиненцию и сталкивается с рядом медицинских проблем, которые ему необходимо решить. В это же время он изучает, как справиться с психическим состоянием, связанным с потребностью немедленно получить наркотик. Тогда же стабилизируется кризис мотивации обращения за медицинской помощью и признания себя больным. Пациент учится идентифицировать симптомы и управлять ими. Наркологи часто недооценивают необходимость помощи пациенту в управлении этими процессами, фокусируясь исключительно на детоксикации и медикаментозной терапии. Пациент же чувствует себя неспособным справляться со стрессом и симптомами зависимости после детоксикации, что препятствует процессу выздоровления. Выраженный стресс, несостоятельность психологической и социальной поддержки и стресс-преодолевающего поведения, свойственные больным наркоманией препятствуют эффективности попыток справиться с симптомами. На этом этапе возвращение к наркотизации с целью снятия дистресса. Этот период длится от 6 недель до 6 месяцев. В это время пациенту необходимо справляться с симптомами, как при помощи корректирующей терапии, так и самостоятельно. *Основная причина*

невозможности воздержания от наркотиков в период стабилизации – слабость навыков преодоления стресса с управления своим состоянием.

3.Ранний период выздоровления. Ранний период выздоровления обозначает необходимость установления свободного от употребления наркотиков жизненного стиля. Выздораавливающие должны обучиться понимать природу своей зависимости и процесса выздоровления. В этот период необходимо прекратить всякие контакты с лицами, употребляющими наркотики, и начать строить новые социально-поддерживающие связи, необходимые для долговременного процесса выздоровления. Это обычно очень трудное время для больных наркоманией, которые, возможно никогда не имели прочных связей с людьми, ведущими свободную от наркотиков жизнь. В связи с этим на протяжении данного периода выздораавливающие должны быть включены в терапевтическую среду и психотерапевтические программы когнитивного развития и изменения, а также эмоциональные и поведенческие тренинги. Этот период длится от 1 до 2 лет. *Основной причиной срыва на протяжении периода раннего выздоровления является бедность социальных и психологических навыков преодоления жизненных стрессов и социально-поддерживающей среды, навыков выздоровления (преодоления болезни), необходимых для построения свободного от наркотиков жизненного стиля.*

4.Поздний период выздоровления. На протяжении позднего периода выздоровления личность продолжает формировать изменения в направлении развития свободного от наркотиков, эффективного жизненного стиля. В традиционной психотерапии этот процесс обозначается как самоактуализация. Это – процесс переоценки ценностей и целей, которые возникают в связи с адаптацией к социальной среде (семье, среде сверстников, культурной, профессиональной жизни). В этот период приходится пересматривать многие ценности и цели и формировать новые. У многих выздораавливающих эти процессы становятся наиболее актуальными на 3-5 году выздоровления. У больных наркоманией переживание такого рода кризисов может быть причиной возврата к употреблению наркотиков. Процесс самоутверждения и самоопределения может быть очень болезненным, так как он не произошел своевременно традиционным путем и логичная возрастная динамика его грубо нарушена. Скорее, наоборот, у зависимых от наркотика личностей сформировалось саморазрушающее поведение, берущее начало из психологических процессов, происходивших в детстве, таких, например, как физическое, сексуальное или психологическое насилие, эмоциональная депривация или другие психологические и социальные барьеры, существовавшие на пути личностного роста. *Основной причиной срыва в позднем периоде выздоровления является отсутствие умений справляться со стрессами, имеющими глубинные истоки в нерешенных проблемах детства и отрочества, в проблем-избегающем поведенческом стиле, сформированном в результате этого.*

5.Поддерживающая стадия. Поддерживающая стадия процесса выздоровления представляет собой личностный рост и развитие длиною в жизнь. Она включает в себя преодоление проблем запоздалого взросления и управления повседневными жизненными проблемами. Употребление любого психоактивного вещества, будь то наркотик или алкоголь, возобновляет патофизиологическое, патопсихологическое и социальное прогрессирование заболевания. *Основной причиной срыва на протяжении поддерживающей стадии выздоровления является прекращение выполнения поддерживающей программы и встреча на этом фоне с большими жизненными изменениями.*

6.Точка в выздоровлении. Хотя некоторые пациенты успешно преодолевают все стадии выздоровления без осложнений, большинство людей, зависимых от наркотика, все же сталкиваются с серьезными проблемами на этом пути. Типичной ошибкой этих людей является «постановка точки» в процессе выздоровления, когда пациент может решить, что он уже здоров. Обычно этот шаг связан со слабым развитием проблем-преодолевающего поведения, низкой самокомпетентностью, что приводит к прекращению выполнения программы выздоровления. Факторами риска на этом пути являются неожиданные столкновения с физическими, психологическими и социальными проблемами, сниженная развитость стратегии поиска социальной поддержки и не развитость социально поддерживающей сети. Без постоянного развития специфических навыков предупреждения срыва, работы по идентификации проблем и самоидентификации (основа мотивационной работы) давление стресса начинает расти. Результатом неэффективности преодоления многокомпонентного и хронического стресса зависимости является срыв.

Заключение.

Мотивационное консультирование – метод работы, который можно использовать только в том случае, если понимаются его принципы и суть. Важную роль при этом играет понимание консультирование как процесса. Конечно, технические аспекты также следует дифференцировать. То, как терапевт учится использовать метод, направлено в основном на понимание отношений между пациентом и терапевтом и способности создать рабочую атмосферу. Безднадежность, депрессия и отсутствие перспектив на будущее являются сильными стимулами к продолжению употребления ПАВ. Чувство социальной незащищенности, испытываемое пациентами, изменить сложно. Поэтому многие пациенты, страдающие сильной зависимостью, слабо верят в терапию. Для терапевта, зависимость у пациента является, с одной стороны, ловушкой, а с другой – интересной задачей, состоящей в том, чтобы изменить до определенной степени собственную ответственность и решимость пациента в процессе, в который они вместе вступают.

Многие пациенты в ходе трудного процесса изменения по несколько раз прерывают терапию. Поддержание веры в возможность изменения и особенно сохранение веры в людей поддерживает терапевтов и вдохновляет их на поиски возможного решения проблем своих пациентов.

Если на работу человека, оказывающего помощь потребителям ПАВ, влияет общественное мнение, мы получим ситуацию, которую лучше всего описать как *второсортная помощь второсортным гражданам*.

Мотивационное консультирование помогает терапевтам избежать подобного отношения к своим пациентам. Реальный интерес к зависимости и к человеку, страдающему зависимостью или рискующему подвергнуться ей, и соответствующее участие дает страдающим зависимостью лицам шанс на нормальное существование.

Поддержка коллег в данном виде работы незаменима. Супервизия и командные отношения – инструменты для поддержания собственной мотивации и осознания своего собственного отношения и возможностей.

Литература:

1. Austie: Motivational Interviewing. Руководство по мотивационному консультированию. Совет Европы, Группа Помпиду.
2. Gerdner A. Лекции. 2000 – 2001 гг.
3. Prochaska J., DiClemente C., & Norcross J. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 47:1102 – 1114, 1992b.
4. Miller W. R. Motivation Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach. *Approaches to Drug Abuse Counseling*. NIDA. Printed July 2000. P. 99 – 106.
5. Rollnick S., Mason P., Putler C. *Health Behavior Change. A Guide for practitioners*; Churchill Livingstone, 1999, 225 p.
6. Tucker J. et al. Environmental Influences on Relapse in Substance Use Disorders. *The International Journal of the Addictions*, 25 (7A & 8A) 1017 – 1050, 1990-1991.
7. Wolff K. & Winstok A. *Practical Guidelines For Narcology Clinics in the Russian Federation*. December 2000 – March 2001, 59 p.

Сведения об авторах:

Ялтонский Владимир Михайлович. yaltonsky@mail.ru
доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической психологии
Московского государственного медико – стоматологического университета,
ведущий научный сотрудник отдела профилактики Национального научного центра
наркологии Росздрава.

Сирота Наталья Александровна

Профессор, доктор медицинских наук, декан факультета и заведующая кафедрой
клинической психологии Московского государственного медико –
стоматологического университета, руководитель отдела профилактики
Национального научного центра наркологии Росздрава. sirotan@mail.ru