

**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 достижения своей цели.
3. Мне довольно просто удается достичь своих целей.
4. В неожиданных ситуациях я всегда знаю, как я 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.



**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(МИНЗДРАВ РОССИИ)**

**ПЕРВЫЙ  
ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА**

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,  
Москва, ГСП-4, 127994

Тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

15.08.2015 № 14-2/10/2-6114

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Руководителям органов  
государственной власти  
субъектов Российской Федерации  
в сфере охраны здоровья

(по списку)

Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет методические рекомендации «Формирование мотивации к обращению за наркологической помощью и медицинской реабилитацией у дифференцированных групп населения», подготовленные в соответствии с пунктом 14 Плана мероприятий по модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года, утвержденного приказом Минздрава России от 05.06.2014 № 263 «Об утверждении Концепции модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года».

Приложение: на 40 л. в 1 экз.

И.Н. Каграманян

07/Департамент здравоохранения /



№ 07-Вх-21718

от: 27/10/2015



22. Пожалуй, я сейчас нуждаюсь в содействии для того, чтобы помочь мне сохранить то, что 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 3 4 5

**Приложение 3: Шкала общей самооффективности Р. Шварцера и М. Ерусалема в адаптации В.Г. Ромека (Шварцер, Ерусалем, Ромек, 1996).**

Многочисленные эмпирические исследования показали влияние веры в самооффективность на поведение личности. А. Бандура объясняет это следующим образом: 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 и верит в успех (эффективность) собственных действий. А. Бандура предлагает различать ожидание результатов и веру в само-эффективность. Первый тип ожиданий тождествен убеждению, что некоторое поведение приведет к определенным результатам. Ожидание самооэффективности означает веру человека в то, что он в состоянии вести себя таким образом, что это приведет к желаемым результатам (успеху). Человек боится и избегает тех социальных ситуаций, с которыми, как он считает, он не сумеет справиться, мотивирован, активно и наступательно он ведет себя тогда, когда уверен в своих способностях и верит в успех собственных действий. В связи с этим, представляется актуальным диагностика общей самооэффективности у лиц, зависимых от ПАВ. Концепт веры в само-эффективность (self-efficacy) был предложен Альбертом Бандурой и представляет собой один из центральных компонентов его социально-когнитивной теории. Идея А.Бандуры о том, что вера в эффективность собственных действий (само-эффективность) 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. Влияние веры в само-эффективность на поведение человека. Немецкая версия шкалы общей самооэффективности 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. 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 самооффективности; 27-35 – показатели средней самооффективности, более 35 - высокой.

Этот опросник должен помочь нам улучшить лечение. 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, в связи с чем 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 лучше 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 понимать 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 для того, 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

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Федеральный медицинский исследовательский центр  
психиатрии и наркологии» Минздрава России

*отделение психотерапии, психологической коррекции и ресоциализации*

## Формирование мотивации к обращению за наркологической помощью и медицинской реабилитацией у дифференцированных групп населения

(методические рекомендации)

Утверждаю:

Главный внештатный специалист  
психиатр-нарколог Минздрава России



Е. А. Брюн

« 1 » октября 2015 г.

Москва - 2015 г.

## АННОТАЦИЯ

Высокий уровень мотивации к обращению за лечебной и реабилитационной помощью является залогом эффективности проводимого лечения, а также необходимым условием успешной реабилитационной работы. В пособии рассмотрено понятие мотивации, а также специфика ее формирования у лиц с наркологическими расстройствами. Приведены основные, наиболее успешно применяющиеся в настоящее время методы формирования у лиц с наркологическими расстройствами мотивации к обращению за медицинской помощью: социальная работа по информированию социально неблагополучных слоев населения о возможностях наркологической помощи, работа служб медико-социального сопровождения, программа «Учебный центр», формирование разветвленной системы доверенных врачей. Приведены особенности и преимущества каждого метода. Все рассмотренные методы формирования мотивации предлагаются к использованию в клинической практике врачей психиатров-наркологов, социальных работников, медицинских психологов, работающих с лицами с наркологическими расстройствами.

Работа выполнена в ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России (директор – д.м.н., профессор З. И. Кекелидзе)

**Авторы:** ответственные исполнители

- Т.Н. Дудко, д.м.н., руководитель отдела реабилитации ФГБУ «ФМНЦПН» Минздрава России

- Н.И. Зенцова, к. психол.н., руководитель отделения психотерапии, психологической коррекции и ресоциализации

- О.В. Уманова, научный сотрудник отделения психотерапии, психологической коррекции и ресоциализации

- К.В. Мубаракова, лаборант-исследователь отделения психотерапии, психологической коррекции и ресоциализации

начинать со стадии размышления, прийти к решению ничего не менять и прекратить лечение. Действие и сохранение нередко прерываются возвращением к привычному образу поведения. Пациенты подчас совершают несколько оборотов этого цикла, прежде чем достигают успешных, позитивных изменений.

### Обработка результатов:

1-я шкала – стадия «Предразмышление» включает пункты: 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31.

2-я шкала – стадия «Размышление» включает пункты: 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24.

3-я шкала – стадия «Действие» включает пункты: 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30.

4-я шкала – стадия «Сохранение» включает пункты: 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32.

По каждой шкале подсчитывается суммарный балл. Далее суммарный балл по каждой шкале переводится в стандартизированные показатели (Т) по специальной, прилагаемой табл. 1 перевода «сырых» баллов в стандартные показатели.

Таблица 1. Перевод «сырых» баллов в Т баллы.

Т-оценки	1	2	3	4
100	30-35			
95	29-30			
90	27-28			
85	25-26			
80	23-24			
75	21-22			
70	19-20		35	35
65	17-18		33-34	33-34
60	15-16	34-35	31-32	31-32
55	13-14	33	29-30	28-29-30
50	11-12	31-32	27-28	26-27
45	09-10	30	25-26	23-24-25
40		28-29	23-24	21-22
35		27	21-22	18-19-20
30		25-26	19-20	16-17
25		24	17-18	13-14-15
20		22-23	15-16	11-12
15		21	13-14	08-09-10
10		19-20	11-12	07
05		18	09-10	
00		16-17	07-08	
-05		15		
-10		13-14		
-15		07-12		

Опросник «Методика для исследования стадий психотерапевтических изменений URICA»

не видят решения. Они не видят проблемы». Больной не испытывает желания что-либо менять в себе или в 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» между проблемой и ее решением. 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, направленная на предупреждение возвращения проблемы и закрепление 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 помочь мне 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

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АА – анонимные алкоголики

АН – анонимные наркоманы

АИ – анонимные игроки

ЗППП – заболевания, передаваемые половым путем

ПАВ – психоактивные вещества

СМИ – средства массовой информации

РП – реабилитационный потенциал

УРП – уровень реабилитационного потенциала

НЛП – нейролингвистическое программирование

ФСКН России – Федеральная служба по контролю за оборотом наркотиков

## СОДЕРЖАНИЕ

	Введение	4
1.	Основные понятия, формы и методы мотивационной работы	4
2.	Психотерапевтические технологии формирования мотивации к обращению за медицинской помощью	10
2.1	Когнитивная психотерапия: технологии формирования мотивации и процесс интервенции	10
2.2	Цель и основные принципы	10
2.3	Алгоритм подбора мотивационной группы для проведения метода убеждения	11
2.4	Алгоритм сбора информации, необходимой для проведения метода убеждения	14
2.5	Гештальт-терапия	16
2.6	Рациональная психотерапия	20
2.7	Семейная психотерапия	21
2.8	Трансактный анализ и технологии «выхода из треугольника С. Карпмана»	25
2.9	Нейролингвистическое программирование	29
2.10	Гипнотерапия	31
2.11	Психосинтез	32
2.12	Коучинг	34
2.13	Символдрама	36
2.14	Мотивационное интервью	39
2.15	Конфронтационное интервью	41
3.	Рекомендации родственникам лица с наркологическим расстройством по формированию у него мотивации к обращению за медицинской помощью	42
3.1	Признаки употребления психоактивных веществ	43
3.2	Рекомендации, которые помогут мотивировать родственников потребителей наркотиков на обращение за медицинской помощью	45
4.	Современные формы организационного менеджмента в наркологии	46
4.1	Внешняя социальная работа	46
4.1.1	Цели, задачи и формы деятельности	46
4.1.2	Установление и поддержание контакта с лицами из группы риска	49
4.1.3	Принципы эффективной организации внешней социальной работы	51
4.1.4	Работа с персоналом внешней социальной работы	52
4.1.5	Требования к консультированию	54
4.1.6	Требования к оснащению работника	55
4.1.7	Обеспечение безопасности работника	55
4.2	Кейс-менеджмент медико-социального сопровождения	56
4.3	Обучение специалистов методам интервенции	57
4.14	Организация мотивационных центров в медицинских организациях	58
5.	Литература	59
6.	Приложения	62

**Приложение 2: Методика «Шкала оценки изменений поведения в процессе лечения университета Род-Айленд»**

Опросник для исследования стадий психотерапии URICA (The University of Rhode Island Change Assessment Scale), создан группой авторов (McConaughy, Prochaska, Velicer) в начале 80-х годов XX века. Методика дает возможность определить 4 терапевтические стадии изменения (предразмышление, размышление, действие и сохранение). С помощью методики 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 исследования стадии психотерапии предназначалась для описания проблем пациентов с аддиктивным поведением, проходящих психотерапию (URICA) E. A. McConaughy, J. O. Prochaska, W. F. Velicer в модификации В.М. Ялтонского. Однако она является общей по своему содержанию, так как пациенты должны ответить на вопросы относительно имеющейся проблемы. Методика использовалась для измерения 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, основанное на 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.

Спротивление, отрицание и различные уровни мотивации представляют собой серьезные проблемы для процесса и результата 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 характерно 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). 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. По словам Прохаска, «Дело не в том, что они

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 времяпровождению, общению, помогает расслабиться.
32. Отсутствие возможности реализовать свои потребности, организовать личную жизнь вынуждает употреблять наркотики.
33. Наркотик прибавляет сил и энергии, возбуждает, активизирует, служит долицами, зависимыми от ПАВом.
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, создает 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 встречей.
45. Потеря перспективы будущего, смысла и ценности жизни вынуждает употреблять наркотики.

## Введение

Для всех больных наркологическими заболеваниями (алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией) характерна «анозогнозия» – отторжение больным факта наличия у него наркологического заболевания и связанных с ним медицинских и социальных последствий.

В связи больных с наркологическими заболеваниями не критично относятся к имеющимся у них психическим и поведенческим расстройствам, связанным с употреблением психоактивных веществ, и своевременно не обращаются за специализированной наркологической медицинской помощью.

По данным эпидемиологических исследований латентность наркологических расстройств во всех странах мира, в том числе в Российской Федерации, велика. Для лиц с пагубным потреблением ПАВ приводится коэффициент латентности 1:50, для лиц с зависимостью от ПАВ – от 1:5 до 1:10.

Таким образом, одной из основных задач при работе с больными наркологическими заболеваниями является формирование у них мотивации к обращению за наркологической медицинской помощью, включая медицинскую реабилитацию.

### 1. Основные понятия, формы и методы мотивационной работы

Понятие «мотивация» было введено А. Шопенгауэром в 1900 г. и после этого прочно вошло в психологический обиход для объяснения причин поведения человека и животных. В современной психологической литературе под мотивацией (мотивационным процессом) понимают динамический процесс формирования и усиления побуждений к определенному виду деятельности.

Выделяют две формы мотивации:

1) самомотивация или внутренняя мотивация, которая осуществляется самим индивидом,

2) внешняя мотивация, которая формируется посредством целенаправленного внешнего воздействия на индивида либо со стороны специалиста (врач, психотерапевт, психолог, социальный работник), либо со стороны ближайшего окружения (члены семьи, значимые лица и пр.), либо со стороны маркосоциума (СМИ, национальная культура, общекультуральные ценности и пр.).

Мотивационные функции может выполнять конкретная ситуация, например, для лиц с наркологическими расстройствами конфликтно-сложные отношения в семье и на работе и другие проблемные ситуации могут формировать или усиливать побуждение на прекращение употребления ПАВ, и эти лица хотя бы до частичного разрешения возникшей проблемной для них ситуации на какое-то время, порой исчисляемое месяцами, прекращают употребление ПАВ.

Понятие мотивации тесно связано с понятием «мотива», под которым понимают внутреннее 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 психические и поведенческие расстройства, в том числе патологическое влечение к ПАВ, аффективные расстройства и др. При наличии нескольких мотивов один из них может быть главенствующим, но даже в этом случае все мотивы взаимодействуют друг и другом, образуя единую систему мотивов. Как правило, именно взаимосвязанная система мотивов при определенных условиях оказывает побуждающее действие. В случаях «борьбы мотивов» определяющим становится наиболее веский (сильный) мотив, который в свою очередь всегда соотносится с внешними условиями и ресурсами самого индивида. У лиц с аддиктивными расстройствами и наркологическими заболеваниями сила мотива зависит от периода обострения заболевания - острое состояние или ремиссия.

Мотивы и мотивация зависят от комплекса внутренних и внешних факторов, в том числе от внешних *стимулов*, под которыми обычно понимают любой внешний раздражитель, который способствует запуску мотивационного процесса, сформировавшего мотив или комплекс мотивов. В этих случаях понятие стимула становится тождественным понятию «мотиватор».

Для того, чтобы внешние воздействия приобрели для индивида мотивационное значение и сформировали мотив к определенному действию или поведению, они должны быть значимыми для индивида. В частности, мотивационная установка на употребление ПАВ или на участие в азартной игре легко реализуется при появлении у больного таких внешних стимулов как появление наличных денег, доступности приобретения ПАВ или посещения игрового заведения, психической депривации, обострения патологического влечения к ПАВ или азартной игре и пр.

В комплексе факторов, определяющих любую деятельность, помимо мотива (мотивов) и мотивации важную роль играет формирование цели этой деятельности. В психологии под *целью* понимается многокомпонентное психологическое образование в виде осознанного образа будущих результатов своей деятельности.

Мотивация, мотивы и цель любого действия и поведения обычно находятся в сложном и многомерном взаимодействии. Один и тот же мотив может порождать различные действия к достижению целей, а осознанная цель может достигаться за счет совокупности различных мотивов, побуждающих к действию. Связь между мотивом и целью может осуществляться в двух направлениях: от мотива (потребности) к цели и от цели к мотиву.

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 негативные эмоциональные переживания - напряжение, тревогу, страх - с помощью наркотиков (утверждения: 5, 14, 23, 32, 41); 6. Мотивы гиперактивации поведения свидетельствуют о стремлении «выйти» из состояния скуки, душевного бездействия, 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»**

Инструкция. 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 употребить 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 друзьями.
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».



36. Фаррелли, Ф., Брандсма, Д. Провокативная терапия. М.: Е-принт, 2012. – 192 с.
37. Фопель, К. Психологические группы. Рабочие материалы для ведущего. М.: Генезис, 2013. – 288 с.
38. Фрейд, З. Введение в психоанализ. Лекции. СПб.: Питер, 2012. – 384 с.
39. Харитонов, С.В. Руководство по когнитивно-поведенческой психотерапии. М.: Психотерапия, 2009. – 176 с.
40. Хефферлайн, Р., Гудмен, П., Перлз, Ф. Практикум по гештальт-терапии. М.: Психотерапия, 2007. – 240 с.
41. Холл, М., Боденхаммер, Б. Полный курс НЛП. СПб.: АСТ, Прайм-Еврознак, 2015. - 640 с.
42. Шварцер, Р., Ерусалем, М., Ромек, В. Русская версия шкалы общей самоофективности Р. Шварцера и М. Ерусалема // Иностранная психология, 1996, № 7, С. 46–56.
43. Шутценбергер, А.А. Психодрама. М.: Психотерапия, 2007. – 448 с.
44. Эксакусто, Т.В. Групповая психокоррекция: тренинги и ролевые игры. М.: Феникс, 2014. – 254 с.
45. Эллис, А. Гуманистическая психотерапия. Рационально-эмоциональный подход. М.: Эксмо-Пресс, 2002. – 272 с.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1: Диагностический инструментарий по определению мотивов и мотивации

*Авторский опросник «Мотивы употребления наркотиков» (МУН), который позволяет выявлять мотивы употребления наркотиков, как актуальные у наркоманов, так и латентные у молодых людей, склонных к наркотизации.* Автор методики - И.В. Аксютин. Методика опубликована в "Психологическом журнале", 2007, № 1. Опросник включает 45 утверждений. На каждое из них испытуемый должен дать подходящий для него 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 у человека.

#### 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 пресингу 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).

Улиц с аддиктивной патологией формирование цели, связанной с употреблением ПАВ или отказом от их употребления, осуществляется по двум направлениям:

1) Цель – как конкретное наполнение мотива, необходимость совершения конкретного действия для реализации возникшего у пациента побуждения.

2) Цель, формируемая извне под влиянием семьи, других значимых лиц, общества (употреблять или не употреблять ПАВ), т.е. изначально не возникающая из потребностей самого пациента. Важно, чтобы пациент принял навязанную ему извне цель как собственную и стремился к ее достижению.

В соответствии с этим многое в достижении эффективного результата проводимой лечебно-реабилитационной работы и в психотерапевтической тактике определяется выраженностью, рафинированностью связки «мотив – цель» конкретного пациента и членов его семьи.

С учетом этого контекста лица с наркологическими расстройствами, изъявившие добровольное согласие на лечение, вербализируют свою цель как желание избавиться от зависимости по следующим преимущественно внешним стимулам (больные используют термин «причины»): угроза разрушения семьи, потеря или угроза потери работы, ухудшение финансового положения, наличие долгов, ситуация уголовного преследования и пр. Из внутренних мотивов больные, как правило, отмечают тяжелое эмоциональное состояние, чувство вины, тревоги, страха, мучительно неприятное осознание поразившего их краха, растерянность перед жизненными невзгодами. По мере утяжеления клинических и социальных последствий злоупотребления ПАВ и участия в азартных играх больные все чаще ссылаются на физиологические мотивы (потребность в физическом здоровье, отдыхе, минимальном комфорте) и мотивы безопасности (потребность в защищенности от самих себя в случаях сформировавшейся суицидальной или делинквентной готовности, от угроз кредиторов и разборок с членами семьи, реальной опасности нападения и пр.). Все это базовые потребности по А.Маслоу. Значительно реже, главным образом, при высоком УРП, когда еще не наступила выраженная физическая и психическая деградация и не произошло полное отчуждение от социально значимых институтов (семья, работа, друзья), наблюдаются мотивы и более высокого порядка – побуждение сохранить добрые, честные отношения с семьей, друзьями, другими людьми, реализовать свой личностный и социальный потенциал.

Но наличие мотивов и определенной осознанной самомотивации на избавление от болезни зависимости далеко не всегда и не сразу понуждает больных включиться в программы лечения и, тем более, медицинской и социальной к реабилитации. Нередко проходят месяцы и годы, прежде чем больные после многократных неудачных попыток самопомощи

и несбывшихся надежд на «свои силы» осознают или частично осознают тщетность собственных усилий по преодолению аддиктивного расстройства и обратятся за специализированной медицинской помощью.

Мотивы к прекращению употребления ПАВ и обращению за медицинской помощью активизируются и усиливаются интенсивными внешними воздействиями, которые в совокупности составляют систему социального прессинга:

1) со стороны семьи - угроза развода, негативная стрессовая ситуация с многократно повторяющимися скандалами, претензиями, обвинениями, упреками, физическим воздействием;

2) со стороны администрации по месту работы;

3) со стороны социума - судебное преследование, агрессивные требования кредиторов,

4) со стороны значимых других лиц, авторитет и реальная помощь которых очень часто эксплуатируется не во благо больных.

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

Динамика мотивов и мотивации на обращение за медицинской помощью у лиц с наркологическими расстройствами во многом зависят от их внутренних и внешних ресурсов. К внутренним ресурсам аддиктивных больных 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) **Комплекс взаимосвязанных мотивов** или реально действующих мотиваторов, побуждающих к достижению четко обозначенной цели на отказ от употребления ПАВ, которая может быть достигнута в результате обращения за медицинской помощью.

9. Боденхаммер, Б. НЛП-практика. Полный сертификационный курс. Учебник магии НЛП. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. — 272 с.
10. Булюбаш, И.Д. Руководство по гештальт-терапии. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2011. — 768 с.
11. Гордеев, М. Н. Гипноз: практическое руководство. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2005. — 240 с.
12. Доброскок, О.В., Гирченко, П.В. Организация аутич-работы среди потребителей инъекционных наркотиков в программах по профилактике ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний. М., 2011.
13. Дудко, Т.Н. Роль эстетических категорий в профилактике аддиктивных расстройств // Наркология, 2014, №10, С.68-73.
14. Дудко, Т.Н., Зенцова, Н.И. Концептуальные основы и комплексная программа медико-социальной реабилитации наркологических больных. М.: Изд-во «Спорт и Культура – 2000», 2014. — 264 с.
15. Дудко, Т.Н., Зенцова, Н.И. Работа медицинского психолога в наркологии. Методические рекомендации. М.: ФГБУ «ННЦ Наркологии Министерства здравоохранения России», 2013. - 60 с.
16. Зерниченко, А. Н., Гончаров, Н. В. Мотивационный процесс, структура личности и трансформация энергии потребностей // Вопросы психологии, 1989, №2, стр. 73-81.
17. Кейсельман, В. Р. Котерапия. Групповые феномены, методы, эффекты. М.: Речь, 2007. — 192 с.
18. Ковалев, С.В. Семь шагов от пропасти. НЛП-терапия наркотических зависимостей. М.: 2003. — 157 с.
19. Козлов, В. В. Групповая работа. Стратегия и методы исследования. М.: Психотерапия, 2007. — 224 с.
20. Колосов, Д.В. Психологический анализ трудовой деятельности. Ярославль, 1985. — с.16-32.
21. Кошкина, Е.А., Корчагина, Г.А., Фадеева, Е.В., Зенцова, Н.И., Вышинский, К.В. Раннее выявление случаев употребления психоактивных веществ среди лиц молодого возраста. Методические рекомендации. М.: Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 2013. — 56 с.
22. Куз, Э. Сознательное самовнушение как путь к господству над собой. Методы, техники, практика. М: Амрита - Русь, 2012. - 128 с.
23. Леонтьев, Д.А. Современная психология мотивации. М.: Смысл, 2002. — 344с.
24. Лорен, К. Терапевтический театр. Экзистенциальная психодрама. М.: Класс, 2014. — 235 с.
25. МакКолл, Д. Избирательная гипнотерапия: Описание профессиональных эффективных гипнотических техник. М.: ПрофитСтайл, 2008. - 320 с.
26. Малкина-Пых, И. Г. Техники транзактного анализа и психосинтеза. М.: Эксмо, 2004. — 352 с.
27. Маслоу, А. Мотивация и личность. 3-е изд. СПб.: Питер, 2003. - 351 с.
28. Морено, Я. Психодрама. М.: Апрель-Пресс, Психотерапия, 2008. — 496 с.
29. Ойстер, К. Социальная психология групп. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. — 224 с.
30. Пезешкиан, Н. Если ты хочешь иметь то, что никогда не имел, тогда сделай то, чего никогда не делал. М.: Институт позитивной психотерапии, 2009. — 128 с.
31. Пезешкиан, Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. М.: Институт позитивной психотерапии, 2006. — 464 с.
32. Пеллерен, М. Психосинтез. М.: Астрель, АСТ, 2004. — 160 с.
33. Перлз, Л. Об истории гештальт-терапии и себе. Гомель, 2006. — С. 6-35.
34. Рожнов, В.Е., Рожнова, М. А. Гипноз от древности до наших дней. М.: Советская Россия, 2003. — 305 с.
35. Файзуллаев, А.А. Мотивационная саморегуляция личности. Ташкент: Фан, 1987. — 136 с.

- вследствие установившихся между пациентом и сотрудником наркологии доверительных отношений мотивация на лечение носит не императивный, а рекомендательный характер, что более комфортно для лица с наркологическим расстройством;

- пациенты доверительно настроены к рекомендациям сотрудника внешнего отдела и не воспринимают их как коммерческую рекламу;

- позитивное мнение об эффективности работы конкретного специалиста предлагается работником пациенту и его родственникам только по результатам личного опыта или личного наблюдения и анализа за его работой.

Работа включает следующие последовательные этапы:

- информирования работником пациента и его родственников о готовности конкретных врачей-специалистов оказать ему необходимую медицинскую и социальную помощь;

- обращение пациент за необходимой ему медицинской и иными видами помощи;

- по результатам позитивного опыта посещения врача или любого другого специалиста пациент и его родственники распространяют информацию о мотивационном центре и специалистах, которые оказали ему необходимую помощь;

- обращение за медицинской и иными видами помощи других пациентов и их эффективность усиливают мотивацию первого пациента на продолжение лечения и участие в программах медицинской реабилитации.

Таким образом, включение в деятельность мотивационного центра принципов маркетинга из уст в уста существенно увеличивает эффективность проводимой мотивационной работы.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Александров, А.А. Личностно-ориентированные методы психотерапии. М.: Речь, 2000. – 240 с.
2. Алман, Б., Ламбру, П. Самогипноз. М.: Класс, 2003. – 148 с.
3. Андерсон, П. Краткое мотивационное интервью // Алкоголь и первичная медико-санитарная помощь. Публикации Регионального бюро ВОЗ, Европейская серия, № 64
4. Андреас, С., Андреас, К. Измените свое мышление и воспользуйтесь результатами. Новейшие субмодальные вмешательства НЛП. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. — 256 с.
5. Аронсон, Э., Уилсон, Т., Эйкерт, Р. Социальная психология. Психологические законы поведения человека в социуме. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. - стр. 223-241.
6. Ассаджолли, Р. Психосинтез: принципы и техники. М.: Психотерапия, 2008. - 384 с.
7. Ахола, Т., Фурман, Б., Ялов, А. Краткосрочная позитивная психотерапия. М.: Речь, 2000. – 220 с.
8. Беляев, В.А. Путешествие в психодраму и социологию. М.: Красанд, 2010. – 184 с.

б) **Осознание**, что цель в форме отказа от употребления ПАВ может быть достигнута в результате усилий и активных действий, которые самому пациенту необходимо предпринять для её 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) **Целеполагание** – 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. РП 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 важным является 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 их социальной реадaptации с переживанием собственной успешности и удовольствия от достигнутого результата у пациентов 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, предлагающие 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 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 мотивации 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, результатов этого действия и способов его осуществления. Если возникшее побуждение не наполнилось конкретным содержанием, оно стимулирует ситуативное поведение, о котором в последствие 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, пример, 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

мотивационного центра, так и на уровне конкретных работников и сотрудников медицинской организации.

В рамках данной системы пациент получает возможность консультироваться не только с сопровождающим его работником мотивационного центра, но и с врачом медицинской организации, получать необходимое лечение у профильных специалистов, пройти все необходимые лабораторные и инструментальные исследования. Сопровождающий пациента работник также координирует обращение пациента за медицинской и социальной помощью в другие медицинские организации и социальные учреждения.

Эффективность проводимой в такого рода мотивационных центрах работы по вовлечению лиц с наркологическими расстройствами в лечебные программы во многом определяется не только профессионализмом сотрудников мотивационного центра, но и готовностью медицинской организации к участию в решении проблем пациентов.

В связи с этим важным направлением деятельности мотивационного центра является работа с администрацией и сотрудниками медицинской организации, на территории которой мотивационный центр расположен. Эта работа включает:

- 1) заключения соглашения о сотрудничестве между медицинской организацией и мотивационным центром;
- 2) обмен контактами для решения непредвиденных или конфликтных ситуаций;
- 3) по возможности организации обучения сотрудников медицинской организации по всем вопросам, связанным с медицинскими и социальными последствиями потребления ПАВ и их лечения.

Мотивационный центр и его сотрудники осуществляют свою деятельность по типу «маркетинга из уст в уста» или «сарафанного радио». Маркетинг из уст в уста или «сарафанное радио» – неформальные формы и способы передачи устной информации о товаре или услуге от потребителя к потребителю, а также те, кто распространяет такую неформальную информацию. По сути, это бесплатная форма устной или письменной рекламы, с помощью которой удовлетворенные пользователи рассказывают другим людям, почему им нравится какой-либо товар или услуга. Сарафанное радио является рекламной формой, которой люди склонны наиболее доверять, так как человек, который советует какой-либо товар или услугу, не имеет в этом личной выгоды.

Высокая эффективность такого типа деятельности обусловлена следующими факторами:

- высокая вероятность возникновения взаимодействия по всем актуальным вопросам между всеми участниками процесса и на всех уровнях (уровень администрации и уровень конкретных исполнителей);

преступлений в сфере незаконного оборота наркотиков для курсантов академии МВД России: «Наркоман – опустившееся, безвольное, порочное существо, уничтожающее все живое, угроза обществу и нашим детям».

Стигматизирующими являются такие часто употребляемые в специальной литературе и в СМИ такие характеристики потребителей наркотиков как «инфекционность» или «заразность» наркомании или такие «милитаристские» термины как «наркоэпидемия», «наркотерроризм», «война с наркотиками – это третья мировая война», «борьба с наркомафией», «жертвы наркомании», «наркотеррор», «наркоугроза» и т.д.

Помимо всех перечисленных выше стереотипов существует целая группа подобных стигм, связанная с приверженностью наркоманов к лечению в целом. Многие врачи-специалисты общесоматической медицины уверены в том, что лечение пациента, употребляющего наркотики – «дело совершенно безнадежное».

Все это приводит к тому, что и лица с наркологическими расстройствами, и их родственники и общество в целом не верят в возможность прекращения употребления ПАВ и освобождения от химической зависимости. Более того, многие врачи, в том числе и врачи психиатры-наркологи не верят в возможность выздоровления лиц с наркологическими расстройствами и нередко заявляют об этом в СМИ.

Как следствие всего этого – абсолютное большинство лиц с наркологическими расстройствами не имеют установки на лечение и не обращаются за необходимой им медицинской помощью.

В связи с этим принципиально важным является организовать в медицинских организациях широкую сеть внешних социально-мотивационных центров, которые могут быть расположены как в наркологических организациях, так

и в медицинских организациях, где лечатся лица с наркологическими расстройствами в связи с имеющейся у них сочетанной патологией – психиатрические, инфекционные и туберкулезные медицинские организации, центры и отделения СПИДа и т.д.

По своей сути эти мотивационные центры являются одной из форм внешней социальной работы, которые организованы и функционируют в соответствии с основными принципами, представленными в п.3.1. настоящих рекомендаций. При этом мотивационный центр может взаимодействовать с медицинской организацией как посредством сотрудников (работники внешнего отдела социальной работы и врачи медицинской организации), так и на уровне администрации. Наиболее эффективным является взаимодействие на двух уровнях – на уровне администрации медицинской организации и руководителя

черты характера в условиях внутренней или внешней необходимости, привычки или желания.

## **1. Психотерапевтические технологии формирования мотивации к обращению за медицинской помощью**

Существует множество различных психотерапевтических концептуальных методик, используемых для формирования первичной мотивации у лиц с наркологическими расстройствами к обращению за наркологической помощью. Актуально, чтобы все они образовывали единую методическую базу, которая может быть использована при формировании мотивации к лечебно-реабилитационным мероприятиям у больных на всех этапах развития наркологических расстройств.

По характеру психотерапевтического воздействия выделяют две формы психотерапевтической работы с мотивацией:

1) Методики, при которой лицо с наркологическим расстройством является объектом манипуляторных воздействий со стороны терапевта. Эти методики основаны на принципах патернализма со стороны терапевта, на которого возлагается основная ответственность за принятые решения и результаты.

2) Методики, основанные на принципе партнерства пациента и терапевта, который это психотерапевтическое вмешательство осуществляет. При этом ответственность за принятые решения и за эффективность проведенной работы распределяется равно между пациентом и терапевтом.

### **1.1. Когнитивная психотерапия: технологии формирования мотивации и процесс интервенции**

#### **1.1.1. 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 психотерапевты исходят в своей работе из принципа: 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. Разработчик когнитивной психотерапии А. Бек (Aaron Beck, 1921) считал, что индивид не только воспринимает и оценивает ситуацию, но и мысленно постоянно 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,

под которым понимается показ реальной действительности индивиду, утратившему с ней связь, доступным для его восприятия способом. Под «показом действительности» понимается преподнесение индивиду конкретных фактов его дезадаптивного поведения и их последствий. Под «доступным для восприятия способом» понимается объективный, беспристрастный и доступный для понимания данным индивидом способ преподнесения ему информации.

В отношении лиц с наркологическими расстройствами метод убеждения направлен на демонстрацию и разъяснение пациенту пагубного и разрушительное воздействия химической зависимости, что помогает химически зависимому человеку отказаться от употребления ПАВ и выработать у себя новые адаптивные формы поведения для обуздания своих потребностей и решения возникающих проблем.

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 одного человека, в том числе и терапевта, легко игнорируются или превратно 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 у него 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.

#### **1.1.2. 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:

**Формы работы.** Организация тренингов, семинаров, «круглых столов», мастер-классов по определенной тематике, проведение фокус-групп и групп супервизии, организация и проведение рабочих встреч, индивидуальных консультаций.

#### **3.4. Организация работы мотивационных центров**

Лица с наркологическими расстройствами нередко сталкиваются в отношении себя с явлениями стигматизации или даже дискриминации не только со стороны общества, но и со стороны медицинского персонала. "Стигма" (греч. - клеймо, отметина) – это своего рода атрибут, порочащий человека или группу лиц, в данном случае по признаку злоупотребления ПАВ или наличия наркологического расстройства.

Отношение общества к потребителям ПАВ и лицам с наркологическими расстройствами строится на достаточно прочно распространенных ложных убеждениях о том, что «наркоманы и алкоголики чаще совершают преступления», или «если попробовать наркотик, то обязательно станешь наркоманом и уже никогда не «слезешь»», или «наркоман – это приговор», или «все наркоманы – лентяи и бездельники, могут только колоться и воровать» и т.д. Нередко такие негативные стереотипы и порочащие лиц с наркологическими расстройствами ярлыки поддерживаются в СМИ.

Немаловажную роль в поддержании в обществе негативного отношения к лицам с наркологическими расстройствами играют и сами врачи. Характеристики, которые они обычно дают лицам с наркологическими расстройствами в специальной литературе очень похожие на тиражируемые в СМИ штампы в отношении потребителей ПАВ:

- 1) Инфантилизм – «эмоциональная незрелость; неполноценная психосексуальная организация; склонность к регрессивному поведению»;
- 2) Импульсивность – «агрессивность и нетерпимость; слабое развитие самоконтроля, самодисциплины; неумение прогнозировать последствия действий и преодолевать трудности»;
- 3) Неприспособленность к жизни – «эмоциональная неустойчивость; слабые адаптационные способности; склонность неадекватно реагировать на фрустрирующие обстоятельства; неумение найти продуктивный выход из психотравмирующей ситуации»;
- 4) Безволие и лживость – «низкая устойчивость к всевозможным воздействиям; сниженная способность к искренности с партнером; обман без всяких ограничений родных и друзей».

Примером сформированного врачами негативного образа потребителя наркотических средств и психотропных веществ и больного наркоманией может быть определение больного наркоманией из учебника по профилактике

Служба медико-социального сопровождения должна быть организована в шаговой доступности, в том числе как на улицах города (района, поселка), так и в медицинских организациях и социальных учреждениях. В больших городах она должна располагаться поблизости от станций метро, либо других станций городского транспорта.

Кейс-менеджеры занимаются составлением индивидуальных планов по социальному сопровождению, в частности направлению на обследование, лечение, оказывают помощь в оказании различной социальной помощи клиентам, а также участвуют во внешней социальной работе, помогая установлению связей с пациентом и поиском необходимых ему специалистов и организаций.

### **Основные направления деятельности по социальному сопровождению лиц с наркологическими расстройствами:**

1) Накопление и передача опыта по медико-социальному сопровождению, создание обучающих программ для специалистов, установление взаимодействия между социальными и медицинскими работниками в составлении индивидуальных программ выздоровления и их дальнейшей реализации;

2) Непрерывное медико-социальное сопровождение клиентов, которые выказали желание отказаться от употребления ПАВ, в том числе на этапе мотивационной беседы, направление их в медицинские организации, консультирование по программам оказания социальной и правовой помощи, а также оказание помощи клиентам, нуждающимся в ресоциализации;

3) Расширение регионов, охваченных данным видом работы, а также расширение форм государственной помощи и поддержки общественным негосударственным некоммерческим организациям, занятым данным видом деятельности.

### **3.3. Обучение специалистов методам интервенции**

Важным этапом в процессе формирования у лиц с наркологическими расстройствами мотивации на обращение за медицинской и социальной помощью является обучение специалистов методам работы с целевой аудиторией. Для этого в медицинских организациях наркологического профиля необходимо с сотрудниками регулярно проводить специализированные тренинги и семинары по проведению мотивационной работы с целевыми группами.

#### **Целевая группа:**

- Работники медицинских организаций и социальных учреждений;
- Сотрудники общественных негосударственных некоммерческих организаций, занятых в мотивировании лиц с наркологическими расстройствами на отказ от употребления ПАВ;
- Работники внешней социальной службы.

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 в случаях совместного или поблизости проживания.

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 по поводу связанной с употреблением ПАВ конфликтной ситуации словами и описать дезадаптивное поведение пациента в результате употребления ПАВ. Родителей часто беспокоит, не может ли вовлечение ребенка в мотивационный процесс оказать на него негативное психологическое воздействие. Однако ребенок, который уже давно находится в проблемной ситуации, связанной с употреблением ПАВ одним из его родителей, является созависимым, у него есть связанные с 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, высказать имеющиеся у него переживания, 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, что в свою очередь может положительным образом сказаться на взаимоотношениях в семье.

5) 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. Проникнуть сквозь 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 пациенту критично оценить свое поведение в результате употребления ПАВ. 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.

б) Коллеги из числа тех, с кем пациент постоянно работает вместе – работают в одном офисе или сотрудничают, 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 пациенту.

*Шаг 2. Формирование мотивационной группы.* Специалисту необходимо встретиться с людьми, включенными в список мотивационной группы, и убедить их на участие 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, готовы рискнуть своей дружбой с пациентом, а также отвечают требованиям, предъявляемым к участнику мотивационной группы. Каждый участник мотивационной группы должен обладать достаточным знанием и пониманием сути проблем, связанных с употреблением ПАВ, чтобы:

а) воспринимать злоупотребление ПАВ как болезнь, при которой волевых усилий пациента недостаточно для того, чтобы держать под контролем употребление ПАВ;

б) понимать, что в результате злоупотребления ПАВ нарушается волевая система пациентов;

в) осознать, что по механизмам патопсихологической защиты у пациента сформировалась устойчивая система самообмана, которая препятствует пониманию наличия болезни, связанной с употреблением ПАВ,

г) понять, что по причине самообмана пациент *абсолютно неспособен критично оценить* свое поведение, и по этой причине он нуждается в специализированной помощи;

д) понимать, что болезни 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

и негосударственными организациями, которые лицам из групп риска необходимую им специализированную помощь.

Медико-социальное сопровождение совместно с внешней социальной работой позволяет более эффективно мотивировать лиц с наркологическими расстройствами к обращению за наркологической и социальной помощью. Кейс-менеджмент способствует большей приверженности лиц с наркологическими расстройствами и иными социально значимыми заболеваниями к лечению, медицинской и социальной реабилитации за счет предоставления по потребности всех необходимых консультаций и информации. Работа кейс-менеджеров состоит из следующих направлений деятельности:

1) Знакомство и установление доверительных отношений с клиентом и его родственниками, анализ актуальной проблемы с работой по мотивации клиента к лечению, составление индивидуального договора и плана по социальному сопровождению клиента;

2) Социальное сопровождение клиента на всех этапах, в том числе на этапе пребывания в специализированном учреждении;

3) Контроль за поведением пациента, анализ его действия по изменению рискованного поведения, при необходимости корректировка дальнейшего плана.

#### **Формы медико-социального сопровождения:**

- проведение мотивационных бесед, реализация программ психологической поддержки, составление индивидуальных планов, патронаж в получении медицинских, социальных и правовых услуг, осуществляемых по принципу обратной связи между клиентом и медицинским учреждением;

- консультации по телефонам «горячей линии» по вопросам профилактики наркологических расстройств и сопутствующих заболеваний, а также лечения, медицинской и социальной реабилитации и ресоциализации;

- содействие в получении медицинской помощи, в частности в устройстве в центры и отделения лечения и медицинской профилактики, в получении антиретровирусной терапии, проведении необходимых анализов по выявлению сопутствующих заболеваний;

- привлечение к работе других врачей медицинских организаций, оказывающих специализированную помощь лицам с наркологическими расстройствами и сопутствующими им заболеваниями;

- консультирование созависимых родственников;

- установление взаимоотношений с другими государственными, муниципальными и некоммерческими организациями, оказывающими услуги лицам с наркологическими расстройствами и другими социально значимыми заболеваниями, например, женская консультация и кожно-венерический диспансер.



**3.1.6. Требования к оснащению работника.** Оснащение работника предусматривает наличие: сумки для раздаточных материалов; раздаточный материал, мотивирующий на обращение за медицинской и социальной помощью (листовки, брошюры); бланки для направления пациентов в медицинские организации и социальные службы; блокнотов и ручек для ведения записей о проделанной работе; удостоверения сотрудника наркологического учреждения; аптечки скорой помощи.

### 3.1.7. Требования к безопасности работы работников.

Для обеспечения безопасности сотрудников требуется соблюдение следующих правил:

- 1) работать только в паре;
- 2) работать только на территории, которая указана в маршрутном листе и согласована с координатором проекта и органами местного самоуправления или районного отдела полиции;
- 3) иметь при себе: удостоверения сотрудника наркологического учреждения; *ксерокопию паспорта; мобильный телефон* (телефон во время работы должен быть включен, в нём должен быть номер телефона координатора/руководителя организации для экстренной связи);
- 4) избегать опасных ситуаций, не вступать в конфликты с клиентами или полицией; если ситуация вышла из-под контроля, немедленно покинуть место проведения работы и известить об этом координатора проекта;
- 5) не вступать в неформальные отношения с клиентами (одалживание денег, продажа вещей, сексуальные контакты).

### 3.2. Кейс-менеджмент медико-социального сопровождения

**Цель:** помощь лицам с наркологическими расстройствами и сопутствующими заболеваниями в улучшении качества жизни, а также поддержании здорового образа жизни в выработке индивидуального плана и поэтапного решения актуальных проблем.

**Целевая группа:** лица с наркологическими расстройствами, в том числе с сопутствующими социально значимыми заболеваниями; созависимые лица.

К данной работе могут быть привлечены психологи, социальные работники, а также различные консультанты, имеющие опыт работы с лицами с наркологическими расстройствами и потребителями ПАВ. Обращение в специализированную службу всегда происходит добровольно и в условиях строгой конфиденциальности. Консультацию по поводу предоставляемых услуг клиент может получить у сотрудников профильных центров, а также по телефонам «горячей линии». Кейс-менеджеры стараются наладить контакты с профильными лечебными учреждениями, а также с другими государственными

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 даже не знаю, 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, медленно, но верно.

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

### 1.1.3. 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 написаны от второго лица, поскольку все они будут зачитаны пациенту жертве 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 сам наблюдал своими глазами. Например:

*“В прошлый четверг, в 20:00 ты с невнятным бормотанием ввалился в гостиную, наткнулся на журнальный столик и разбил стоящую 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 распростертым на полу. От тебя разило спиртным”.*

*“Поздно вечером в понедельник я выглянула в окно и увидела, что ты без чувств валяешься на лужайке перед своим домом. На улице было – 7° С, 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, уверяя, будто у тебя грипп. На самом же деле — потому, что ты слишком “перепил”, чтобы выбраться из постели”.*

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

*“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. Твоя жена сказала, что пробовала тебя разбудить и не смогла”.*

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. Сформировать список медицинских организаций, куда конкретно можно обратиться за лечением.** Основная цель метода убеждения – убедить пациента обратиться за медицинской помощью по поводу имеющегося наркологического расстройства. Поэтому необходимо в процессе убеждения предложить пациенту конкретные медицинские организации для лечения.

Целесообразно заранее договориться о лечении в медицинской организации, заранее подготовить экземпляры проспектов, брошюр и других публикаций о медицинских организациях, куда можно обратиться за лечением. Желательно получить полную информацию о реализуемой в данной медицинской организации

- информация о существующих в данной территории медицинских организациях и социальных учреждениях, где лицам целевых групп оказывают необходимую им помощь.

#### **Функциональные обязанности:**

1) Ежедневный выход на участки своего обслуживания согласно установленному графику.

2) Получение не реже, чем 3 раза в неделю раздаточных материалов и специальной литературы для распространения среди пациентов.

3) Составление совместно с координатором проекта плана предстоящей работы.

4) Ведение записей о проведенных формах работы и об изменениях, которые происходят в целевой группе и с каждым клиентом.

5) Заполнение маршрутного листа, в котором указывается по датам количество выданных раздаточных материалов согласно кодировке целевой группы.

6) Предоставление координатору проекта еженедельно отчета и проделанной работе.

Для обеспечения оперативного передвижения работника по подведомственной ему территории желательно обеспечить его проездными билетами в общественном транспорте или выдавать средства на пользование общественным транспортом.

#### **3.1.6. Требования к предоставлению консультирования и поддержки в работе:**

1) консультирование пациентов проводится в предпочтительном для пациента месте;

2) пациенту предоставляется информация, которая отвечает его потребностям и актуальным проблемам;

3) для проведения консультирования пациента используется любой ситуационный повод: жалобы пациента на здоровье, проблемы с окружающими, имеющаяся профилактическая литература;

4) при проведении консультирования по любым проблемам всегда поднимается вопрос о наличии у пациента зависимости и дается информация и по согласию пациента направление в партнерские медицинские/реабилитационные организации;

5) консультирование должно охватывать все вопросы касающиеся: прослеживания достижений с момента последнего контакта; жалоб пациента на здоровье; оценки удовлетворенности предоставляемыми материалами; оценки потребностей в других услугах и материалах; направления в партнерские медицинские и социальные сервисные организации.

- 6) разработка правил учета и отчетности по деятельности сотрудников и правил кодирования пациентов при составлении статистической отчетности;
- 7) разработка правил взаимодействия внутри одной государственной организации с другими учреждениями/организациями/программами/центрами/конфессиональными учреждениями;
- 8) контроль работы работников внешней социальной работы;
- 9) мониторинг и оценка программной деятельности.

### 3.1.5. Работа с персоналом.

Важнейшим компонентом эффективной организации внешней социальной работы является набор кадров. Многолетний опыт работы показывает, что для того, чтобы эффективно работать с целевой группой, необходимо знать ее специфику. Более эффективно внешняя социальная работа осуществляется лицами, имевшими прямое или косвенное отношение к проблемам, связанным с употреблением ПАВ (бывшие потребители ПАВ, созависимые лица). Допускается привлечение к работе бывших потребителей ПАВ в стойкой ремиссии. Подобный подход к привлечению кадров имеет свои *положительные* и *отрицательные* особенности.

Положительные	Отрицательные
1) <i>возможности выхода в целевую группу.</i> при этом представители целевой группы доверяют таким людям (общий сленг, знание норм и правил и пр.);	1) <i>зачастую не обладают базовыми знаниями,</i> что затрудняет информирование клиента;
2) <i>присутствие личной мотивации</i> помогает таким же, как они, поэтому работа с клиентом строится более эффективно;	2) <i>могут не иметь социальных навыков,</i> требующих трудовой дисциплины, быть необязательными;
3) <i>знание культуры потребления наркотиков,</i> установившиеся взаимоотношения с лицами, зависимыми от ПАВ;	3) <i>могут вступать в личные контакты с клиентами,</i> в том числе, есть опасность криминальных контактов.
4) <i>способность излагать информацию в понятных терминах;</i>	4) <i>есть опасность срыва.</i>
5) <i>возможность изменения собственного поведения.</i>	

**Требования к персоналу.** Общими требованиями для работников является наличие сертификатов о прохождении курсов по реабилитации болезней зависимости и других социально значимых заболеваний и обучения навыкам и правилам социальной работы.

**Знания и навыки,** которыми должен обладать работник:

- коммуникативные навыки с учетом специфики целевой группы;
- базовые знания о зависимостях, их лечении и реабилитации;
- общая информация об острых отравлениях ПАВ (передозировках);

программе лечения, выяснить эффективность проводимого лечения, узнать процент лиц, отказавшихся от употребления ПАВ после проведенного лечения.

Если пациент не соглашается принять помощь и не соглашается на обращение за медицинской помощью, мотивационную работу необходимо продолжать. Психологами обнаружено, 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.

### 1.2. 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 в своей жизни любого вида осознанности проблемного актуального опыта, при проведении мотивационной терапии оптимальным является прием фрустрации с привлечением максимально большого объема манипуляций, а задачей метода фрустрации является осознание пациентом своих манипуляций.

Согласно гештальт-подходу, для лиц с наркологическими расстройствами и, особенно для больных с химической зависимостью характерна патологическая конфлюэнция<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Конфлюэнция — это слияние организма и окружающей среды, когда выделить self оказывается невозможно. Маленький ребенок находится в 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 контр зависимость 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

При формировании зависимости от ПАВ пациент теряет свою самостоятельность и снова возвращается к конфлюэнции, но уже в патологической форме. Постоянное сдерживание агрессии блокированной конфлюэнции приводит к психофизическому истощению и переживанию чувства физической и психической усталости, эмоциональной напряженности, что может выступать провоцирующими факторами употребления ПАВ.

В гештальт-терапии, известно важнейшее понятие - цикл контакта. Это последовательность построения - разрушения гештальтов (которая иногда носит название «цикл контакта», т.к. описывает, каким образом организм контактирует с окружающей средой). Контакт в гештальт-подходе предполагает полное проживание актуальной ситуации «здесь и сейчас», чувствование единого взаимофункционирования себя и среды при осознании различий. Условием развертывания 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 из среды то, что ему нужно, отдает, то, что не нужно, делится тем, что нужно другому.

Цикл контакта протекает согласно четырем фазам:

1) предконтакт; 2) контактирование; 3) финальный контакт; 4) постконтакт.

**Преcontact** – фаза ощущений, от их размытости до возникновения фигуры желания. Желание может быть направлено либо на получение чего-либо необходимого, либо на избавление от чего-либо ненужного. К примеру, тревога у 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

настоящему контакту. Резкий разрыв конфлюэнции повлечет за собой сильную тревогу, нередко усиленную чувством вины.

При формировании зависимости от ПАВ пациент теряет свою самостоятельность и снова возвращается к конфлюэнции, но уже в патологической форме.

работу с пациентом независимо от того, предпринимает он какие-либо действия для изменения ситуации или нет.

-При общении с пациентом работнику внешней социальной службы необходимо научиться обозначать **личные границы**. Необходимо донести до пациента в тактичной форме, что время общения с ним ограничено рабочими часами и четко очертить те услуги, которые пациент может получить от сотрудника.

**1) Поддержание мотивации клиента к изменению ситуации/ поведения.**

Необходимо: 1) Предоставлять пациенту информацию о тех службах, которые могут оказать ему помощь при решении возникающих проблем и максимально оперативно сообщать о всех изменениях графика и условий их работы; 2) Координировать самостоятельную деятельность пациента по улучшению актуальной проблемной ситуации, анализировать и обсуждать положительные и отрицательные моменты этой деятельности, а также формы и эффективность полученной пациентом помощи в медицинских организациях и социальных учреждениях. На данном этапе работы с пациентом необходимо подключать к совместной деятельности других специалистов, например, психолога, что позволит решать проблемы клиента пациента комплексно и с учётом его личностных особенностей.

### 3.1.4. Принципы эффективной организации внешней социальной работы.

Внешняя социальная работа должна быть организована максимально прозрачно для лиц из группы риска и обеспечивать их эффективное социальное сопровождение в процессе работы. Также необходимо выстроить эффективную систему контроля за деятельностью данного подразделения в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «наркология». Для этого необходимо разработать четкие должностные инструкции для сотрудников, график, систему регистрации и отчетности их работы.

**Требования к управлению (менеджменту):**

- 1) разработка стратегии и планов работы;
- 2) бесперебойное обеспечение сотрудников и пациентов информационными материалами об оказании наркологической и реабилитационной помощи;
- 3) разработка стратегии и планов обучения персонала;
- 4) разработка порядка информирования и взаимодействия сотрудников;
- 5) разработка правил безопасного поведения и обучение им сотрудников;

- информирование по компетенции государственных и муниципальных организаций о появлении на улицах новых видов ПАВ, особенностях целевых групп и специфике работы с ними.

Последовательность **внешней социальной работы**:

1) **Информирование пациентов об услугах**, которые предоставляются целевой группе в целом и конкретному пациенту в рамках данной работы, например, бесплатное обследование на ВИЧ-инфекцию и гепатит, бесплатное лечение зависимости и т.д. Предоставляемая информация должна быть достоверной, преподноситься в доступной для данной целевой группы форме и учитывать индивидуальные особенности пациента.

2) **Выбор стратегии взаимодействия с пациентом**. На основании оценки особенностей мотивации пациента к обращению за наркологической помощью выбирается метод воздействия: предоставление ему информационных материалов, психологическое консультирование и т.д.).

3) **Выявление потребностей пациентов**. Поскольку лица целевых групп неохотно раскрывают имеющиеся у них проблемы и не всегда осознают или принимают их наличие, для выявления актуальных проблем клиента целесообразно:

- Задавать простые и понятные для пациента вопросы, на которые ему легко ответить, которые не создают чувства психологического дискомфорта. Лучше задавать открытые вопросы, на которые клиент не сможет ответить односложно.

- Список «жалоб» клиента необходимо перевести в список конкретных задач или возможных мотивов к действию с целью изменить ситуацию. Выявив потребности, следует совместно с пациентом определить степень важности каждой проблемы и определить порядок их решения (восстановление документов, получение медицинской наркологической помощи, подбор реабилитационного центра).

- Необходимо строить общение с пациентом таким образом, чтобы он самостоятельно принял решение о том, какие действия он готов предпринять для разрешения конкретной проблемы. Не следует ожидать того, что клиент примет решение достаточно быстро. Даже если пациент говорит о том, что собирается лечь в больницу, далеко не всегда это становится реальностью. Работнику не следует ожидать от пациента, что он будет дисциплинированным и будет всегда сдерживать данные им обещания. Но даже если пациент после общения с работником не предпринял никаких действий для изменения обозначенной проблемной ситуации, это не означает, что он отказался от своего решения. Возможно, ему требуется больше времени и/или больше информации для реализации обозначенного им плана действий. Поэтому важно продолжать

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. Прерывания представляют собой способ нарушения естественного («здорового») течения контакта организм/среда. Пятерку наиболее распространенных механизмов составляют: слияние<sup>2</sup> (конфлюэнция), интроекция<sup>3</sup>, проекция<sup>4</sup>, ретрофлексия<sup>5</sup>, эготизм<sup>6</sup>.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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).

<sup>4</sup> 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 так избавиться от «вызванных им» чувств. Внешний объект, между тем, может не иметь ничего общего с тем, что на него спроецировано.

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

<sup>6</sup> Эготизм - является одним из способов поддержания и улучшения благоприятного вида себя, и как правило, включает завышенное мнение о своих личностных особенностях и собственной

Цикл опыта сформированного в наркотическом опьянении можно назвать фантомным (fantom - производное от греческого *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 полноценной реализации контакта: страхи, ориентация на чужое мнение, стереотипы и т.д. Вместе с тем, тот эволюционный 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 (и если этот опыт приобретен под воздействием наркотика) 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, не вовлекаясь сильно в анализ собственной жизни и негативные переживания. Поэтому в терапии с зависимыми пациентами специфической особенностью проведения гештальт-терапии будет большое количество срывов цикл контактов, что в свою очередь будет постоянно снижать эффективность мотивации к лечению. Для того, чтобы защитить себя и дать возможность формированию лишь фантомного цикл-контакта, пациент за годы зависимости научился 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 из на 2 группы:

1) «Пациенты, у которых проблемы и сложности находятся на уровне выбора». При этом контакт такой клиент срывает на стадии его «завязки». Опыт взаимодействия с ПАВ у таких пациентов примерно 1,5–3 года.

2) «Зависимые с длительным стажем употребления ПАВ» – те пациенты, у которых проблемы заявлены на уровне осознания потребностей. При этом, для них наиболее типично срыв цикл контакта на стадии предконтакта.

Соответственно этим идеям и наблюдениям, подходы к терапии различны: в первом случае работа должна проводиться с осознанием пациентом возможности выбора и его ответственностью за делаемый выбор.

Во втором случае, мотивационная работа должна быть направлена на осознание этого возбуждения и своих потребностей.

значимости. Включает завышенное представление о своих интеллектуальных, физических и социальных способностях. Человек обычно имеет непреодолимое чувство значимости «Я». Эгоизм означает тенденцию человека размещать себя в центре мира, не заботясь о других, в том числе любимых или близких в каких-либо других условиях, кроме тех, которые устанавливаются самим человеком.

Изучение ситуации, связанной с употреблением ПАВ в территории (город, район, область), включает: определение районов дислокации лиц из групп риска; виды употребляемых ПАВ. Процесс сбора такой информации называется «картированием». Картирование представляет собой процесс составления карты с нанесением на нее следующей информации:

1) Места сбора лиц из целевых групп, где необходимо организовать и где уже организована профилактическая работа. В одном районе может быть организовано несколько пунктов. Обычно они располагаются на улицах, парках, квартирах, подъездах домов, отделениях специализированных больниц (отделения наркологической, психиатрической, туберкулезной или инфекционной больницы).

2) Местонахождение организаций и служб, работающих с целевыми группами (медицинские наркологические организации, социальные службы, юридические консультации и т.д.).

3) Местонахождение участков и отделений полиции.

### 3.1.3. Установление и поддержание контакта с лицами из групп риска.

Данная работа начинается с выявления так называемых «проводников» – лиц из групп риска, которые готовы к сотрудничеству со специалистами по внешней социальной работы. Специалисту по внешней социальной работе важно установить доверительные отношения с лицами целевой группы, для этого ему следует быть предельно тактичным. Рекомендуется оставить пациенту визитку специалиста с его контактными телефонами, а также контактными телефонами и адресом медицинской организации, куда он может обратиться за помощью. Нельзя настаивать на том, чтобы пациент уже при первом общении со специалистом оставил ему свои личные и контактные данные. Но если пациент готов их предоставить, необходимо заверить его в конфиденциальности полученной от него информации. Успешность работы с пациентом зависит от регулярности общения со специалистом внешней социальной работы, поэтому необходимо оговаривать с пациентом время, кратность и место общения с учетом его удобства и потребностей.

#### *Показатели эффективности внешней социальной работы:*

- обращение пациента за специализированной наркологической помощью.

#### Основные направления профилактической работы:

- мотивирование лиц из целевых групп к обращению в медицинские организации и социальные учреждения для получения специализированной помощи;

- включение лиц из целевых групп в программы социального сопровождения;

формой профилактической работы, позволяющей расширить доступ к данной категории пораженного населения, проинформировать о возможностях наркологической помощи, направить к "доверенному врачу", обеспечить более широкий доступ к медицинской, социальной и правовой помощи).

**Целевыми группами внешних социальных работников** являются:

- 1) потребители ПАВ и лица с наркологическими расстройствами;
- 2) социально-незащищенные слои населения;
- 3) близкое окружение потребителей ПАВ и лиц с наркологическими расстройствами.

**Формы внешней социальной работы:**

- 1) пешая – выход социальных работников непосредственно в места дислокации лиц целевых групп;
- 2) мобильная (с использованием автотранспорта) – использование специально оборудованного транспортного средства для перемещения социальных работников в места, наиболее часто посещаемые лицами целевых групп;
- 3) стационарный пункт – оказание социально-психологической и консультативной медицинской помощи лицам из целевых групп в специально для этого предназначенном помещении.

**Задачи внешней социальной работы:**

- 1) поиск, установление и поддержка контактов с лицами с наркологическими расстройствами в труднодоступных местах их привычного пребывания для проведения с ними профилактической работы, направленной на мотивирование их к обращению за медицинской помощью;
- 2) сбор информации о новых видах наркотических и психотропных средств и последствиях их применения;
- 3) направление лиц с наркологическими расстройствами в медицинские организации для проведения им лечения и медицинской реабилитации;
- 4) информирование пациентов о последствиях злоупотребления ПАВ;
- 5) разработка и распространение в целевых группах информационных материалов, мотивирующих к обращению за специализированной помощью;
- 6) оказание психологической помощи лицам с наркологическими расстройствами.

К **внешней социальной работе допускаются:** консультанты по «химической» зависимости со стажем трезвости не менее 3 лет; психологи, медицинские и социальные работники, оказывающие помощь потребителям ПАВ и лицам с наркологическими расстройствами.

### 1.3. Рациональная психотерапия

В основе метода лежит рациональное объяснение пациенту причин и механизмов развития имеющегося у него наркологического расстройства, способы 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 внимание пациента на воспоминаниях о тех тревогах, опасениях и иных негативных эмоциональных реакциях и убеждениях, которые пациент 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 имеющегося у него наркологического расстройства, его причин, медицинских и социальных последствий;
- 2) формирование у пациента рационального отношения к имеющемуся у него 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.

#### **1.4. 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 лица с наркологическим расстройством за консультативной или лечебной помощью, далее продолжается в процессе пребывания пациента на лечении в стационарных условиях и продолжается 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 родственниками пациентов важно выслушать их проблемы, дать им возможность высказаться по поводу накопившихся у них негативных эмоциональных переживаний и попытаться снять или смягчить имеющееся у них 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 по итогам 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 на 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

ему понять, что семья готова принять его обратно, если он откажется от употребления ПАВ и обратится за медицинской помощью.

Если в жизни лица с наркологическим расстройством все относительно благополучно, то однократный и непродолжительный разговор по проблеме ПАВ не приведет к ожидаемым результатам, поэтому семье необходимо предпринимать повторные попытки мотивации. При этом мотивирующими моментами могут быть истории о близких и знакомых людях, у которых возникли большие проблемы в связи с употреблением ПАВ (увольнение с работы, смерть, ухудшение здоровья, проблемы с полицией).

Эффективно к разговорам на эту тему привлекать лиц, которые много значат и авторитетны для лица с наркологическим расстройством (*См. раздел Когнитивная психотерапия и интервенция*). Нередко эффективными оказываются разговоры с консультантами по химической зависимости, которые побороли у себя зависимость и вернулись к нормальной жизни.

Хороший результат дает съемка поведения лица с наркологическим расстройством в состоянии опьянения ПАВ (фото- или видеокamera). Это не только является хорошим доказательством его неправильного или даже агрессивного поведения, но и хорошим мотивирующим фактором.

Если разговоры не приносят желаемых результатов, родственникам необходимо обратиться за консультативной помощью к специалисту или обратиться в группы Созависимых. Квалифицированные специалисты проконсультируют, как лучше себя вести с лицом с наркологическим расстройством, чтобы мотивировать его на обращение за лечением.

### **3. Современные формы организационного менеджмента в наркологии**

#### **3.1.1. Внешняя социальная работа по информированию социально неблагополучных слоев населения о возможностях наркологической помощи.**

##### **3.1.2. Цели, задачи и формы деятельности.**

**Внешняя социальная работа по информированию социально неблагополучных слоев населения о возможностях наркологической помощи** – это форма проведения профилактической деятельности вне учреждений, предоставляющих медицинские или социальные услуги, в привычной для целевой группы обстановке. Лица с наркологическими расстройствами и особенно больные химической зависимостью в связи с феноменом анозогнозии, а также сталкиваясь с явлениями стигматизации и дискриминации, имеют низкую мотивацию к обращению за медицинской или социальной помощью. Подобного рода внешняя социальная работа является



Перемены у потребителей наркотических средств и психотропных веществ отмечаются в поведении. Изменения в поведении часто бывают более явные, чем внешние признаки потребления ПАВ. Изменения в поведении зависят от вида потребляемого ПАВ, способа его прием, регулярности потребления и величины дозы употребляемого ПАВ.

- Характерна частая смена настроения: от беспричинной эйфории до депрессивного состояния.

- Желая скрыть следы от инъекций, наркопотребители отказываются снимать одежду в присутствии других лиц, носят закрытую одежду с длинными рукавами даже в теплое время года.

- На покупку ПАВ требуются значительные материальные средства, поэтому из дома могут пропадать ценные вещи, происходит кража денег.

- Пропадает интерес к прошлым увлечениям, обесцениваются жизненные приоритеты и стремления.

## **2.2. Рекомендации родственника лица с наркологическим расстройством по мотивированию его к обращению за медицинской помощью**

И родственникам и специалистам обычно бывает крайне сложно вывести лицо с наркологическим расстройством на открытый диалог по поводу злоупотребления им ПАВ и связанных с этим медицинских и социальных проблем. В связи с этим были разработаны правила, которых следует придерживаться в разговоре на эту тему:

1) Нельзя разговаривать на повышенных тонах и прибегать к разного рода угрозам, шантажу и ультиматумам.

2) Разговор желательно вести, когда лицо находится вне опьянения ПАВ, не испытывает психических и физических страданий вследствие приема ПАВ, либо эти расстройства выражены минимально.

3) При разъяснении лицу с наркологическим расстройством необходимости лечения желательно подкреплять соответствующие доводы реальными фактами из жизни самого лица и семьи в целом.

4) В семье желательно установить жесткое правило: все члены семьи должны вносить свой вклад в домашний бюджет и никто не должен жить за счет другого. Необходимо в понятной форме сообщить об этом члену семьи, который употребляет ПАВ, и строго придерживаться этого правила.

5) Родственники не должны опасаться отказать лицу с наркологическим расстройством в его денежном содержании.

6) Нельзя его останавливать, если он решил в ответ на предъявляемые к нему другими членами семьи жесткие требования уйти из дома, но надо дать

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 вопросам необходимо отвести отдельную консультативную встречу, на которой необходимо дать ответы и разъяснения на все возникшие вопросы как можно полнее и в доступной для родственников 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 с формированием 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 – формирование у родственников пациента наркологической грамотности с правильным пониманием болезненной сущности наркологических расстройств и способах их преодоления. Родственникам разъясняются суть алкоголизма/наркомании с позиции медицины и психологии, рассказывают о течении болезни зависимости, ее стадиях и клинических признаках. Нередко родственники не понимают сути болезни зависимости, считают ее распущенностью и т.д. Задача терапевта в этом случае - помочь родственникам осознать болезненный характер имеющегося у пациента наркологического расстройства, поскольку лишь при осознании болезненного характера наркологических расстройств семья становится более доступной для партнерских отношений с терапевтом.

Обязательно обсуждаются особенности лечения, медицинской и социальной реабилитации и ресоциализации лиц с наркологическими расстройствами, 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 родственникам специальную литературу о зависимости и созависимости.

Родственников пациента необходимо регулярно консультировать по выбору наиболее удачной 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 эффективного общения с пациентом. Родственникам разъясняется суть абстинентного синдрома, лечение которого проводится в стационарных условиях, его динамика, клинические проявления. Необходимо объяснить родственникам, что на высоте развития абстинентного синдрома у пациента может актуализироваться синдрома патологического влечения к ПАВ, что негативно сказывается на его установке на лечение, пациент начинает убеждать родственников о необходимости досрочной выписки его из стационара, что неминуемо приведет к срыву с возобновлением употребления ПАВ. Необходимо обучить родственников противостоять манипулятивному поведению пациента, разъяснить им необходимость проведения достаточно продолжительной программы лечения и медицинской реабилитации и соблюдения всех этапов лечебно-реабилитационного процесса как залог успешного выздоровления.

Уже в период пребывания пациента на стационарном лечении с его членами семьи необходимо проанализировать и выработать оптимальные формы поведения и взаимодействия с пациентом в возможных проблемных ситуациях в будущем.

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

Родственники должны получить эффективные навыки III этап (подготовка больного к выписке, амбулаторной программе). Здесь встречи посвящены ответам на вопросы родственников - как 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 и 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

<b>Кокаин</b> Сленг: <b>крэк, марафет, снежок.</b>	Белый кристаллический порошок, не имеющий запаха, горький на вкус. Зрачки широкие, сухие губы. Беспричинно приподнятое настроение, повышенная активность. Болтливость, демонстративное поведение с переоценкой своих возможностей. Зуд кожи.	Слабость, озлобленность, раздражительность, тревога
<b>Стимуляторы: амфетамин, первитин и др.</b> Сленг: <b>ширка, экстази.</b>	Следы инъекций на руках. Потеря веса. Шприцы, иглы. Широкие зрачки, сухие губы. Бессонница, усиление физической активности, эмоциональный подъем, болтливость, агрессивность.	Вялость, мрачность, озлобленность, подозрительность, стойкая бессонница
<b>Эфедрин и его производные (эфедрон)</b> Сленг: <b>чича, винт, мулька</b>	Медикаменты, содержащие эфедрин (чаще –солутан), теофедрин. Широкие зрачки, сухие губы. Бледность кожных покровов. Беспричинное веселье, болтливость, усиление активной деятельности, полового влечения. Головная боль.	Угнетенное настроение, вялость, быстрая утомляемость, беспокойный сон, боли в мышцах затылка
<b>Барбитураты, седативные вещества, транквилизаторы.</b> Сленг: <b>колеса, чернота, бармалей, атом</b>	Ампулы, таблетки, драже различного цвета и формы. Покраснение лица и верхней половины туловища. Зрачки широкие. Речь смазанная. Коричневый налет на языке	Боли в мышцах, потливость, разбитость, раздражительность, злость, возможны судорожные припадки
<b>Галлюциногены: астматол, циклодол, тарен, димедрол</b> Сленг: <b>дима, цикл.</b>	Наличие таблеток, ампул, пеналов из комплектов индивидуальных воинских аптечек (АИ-1). Широкие зрачки. Покраснение кожи лица. Частый пульс. Беспричинно приподнятое настроение, болтливость. Утрированная жестикация. Может быть беспокойство, тревога, дезориентировка в месте, времени. Галлюцинации.	Вялость, малоподвижность, безучастность, резкое снижение внимания, быстрая утомляемость при умственной работе
<b>Ингалянты: ацетон, бензин, растворители, клей «Момент» и др.</b> Сленг: <b>дышло</b>	Запах вещества от одежды, кожи. Наличие средств бытовой химии. Пластиковые пакеты с клеем или другим веществом. Широкие зрачки. Беспричинно приподнятое настроение, отрешенность. Покраснение кожи лица. Нарушение речи, координации движений (шаткая походка). Симптомы исчезают через 25 минут после прекращения ингаляции	Вялость, потливость, сонливость, разбитость, головокружение. Понижение внимания, работоспособности. Раздражительность

<p><b>производные: героин, морфин, омнопон, промедол, кодеин.</b>  <b>Сленг: кокнар, терьяк, ширево, марьянка, ханка.</b></p>	<p>маковая соломка.          Следы инъекций на руках.          Рубцы на коже.          Уплотнение вен.          Потеря веса.          Узкие точечные зрачки.          Покраснение кожи лица и шеи. Потеря болевой чувствительности.          Беспричинное веселье, отрешенность, заторможенность, благодущие.          Бледность или покраснение кожи лица и шеи.</p>	<p>утомляемость, злость, раздражительность, беспричинно пониженный фон настроения, беспричинный периодический озноб, «гусиная кожа», гнусавость голоса, постоянное чихание.</p>
<p><b>Спайсы</b></p>	<p>Брикеты или пакетики с расфасованной травой ( ромашка, шалфей и пр), пропитанной синтетическим наркотиком.          К внешним признакам употребления синтетических наркотиков можно отнести: покраснение глаз; «безумный» взгляд; кожные высыпания; снижение веса.          Среди особенностей поведения людей, курящих спайс, выделяют: несвязную невнятную речь или неспособность говорить; несогласованность движений (нарушение координации в пространстве); неосознанность действий (хождение кругами или по определенной траектории); повышенную активность (человек может не спать несколько суток) или, наоборот, вялость; снижение памяти, или ее потеря (человек может не помнить, что с ним происходило в наркотическом опьянении); нарушение сознания и мышления; зрительные и слуховые галлюцинации (человек, закрыв глаза, может видеть красочные образы, слышать звуки и голоса); повышенная нервозность и раздражительность.</p>	<p>Последствия употребления спайса проявляются в нарушении сна, эмоциональной нестабильности. У курящих возникают устрашающие зрительные галлюцинации, неадекватное поведение на фоне помутнения сознания. Так человек может полностью отождествлять себя с собакой, в точности воспроизводя ее повадки.</p>
<p><b>Каннабис (производные конопли): гашиш, марихуана.</b>  <b>Сленг: анаша, план, дурь, пластилин, мацанка, травка.</b></p>	<p>Запах в помещении жженой конопли (веревки).          Пластилинообразная масса или порошок зелено-коричневого цвета, измельченная травянистая масса. Блеск глаз, расширенные зрачки. Стремление к контакту. Немотивированный смех, болтливость, дурашливость.</p>	<p>Вялость, повышенная утомляемость, сонливость.          Резкие перемены настроения.</p>

консультации с родственниками после возвращения пациента домой после проведенного ему стационарного лечения посвящены взаимоотношениям в семье в ситуации выстраивания пациентом новых социальных отношений в условиях трезвости.

На этих занятиях разъясняются особенности психического состояния пациента после проведенного ему стационарного лечения в ситуации становления у него ремиссии наркологического расстройства 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 и понимающего и терпимого отношения со стороны родственников.

Члены семьи пациента должны понимать сущность и знать основные внешние признаки патологического влечения к ПАВ не только на этапе его актуализации, но и первые начальные признаки его обострения, а также владеть навыками профилактики обострения патологического влечения и способы его дезактуализации в ситуации его обострения.

Отдельную консультацию следует посвятить проблемам, возникающим в семье в связи с позитивным изменением внутрисемейного психологического климата и возможно материального положения семье вследствие отказа пациента от употребления ПАВ и исчезновения "носителя внутрисемейной деструкции и дисгармонии". Поскольку эти изменения при всей их позитивности требуют не только от пациента, но и от всех членов семьи адаптировать 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. Особого внимания требует формирование у членов семьи понимания, что они должны отказаться от мелочной опеки пациента, расширить степень его социальной свободы, что с одной стороны является эффективной формой установления доверия между пациентом и его родственниками, а также 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 и 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, высказанными вслух взаимными обидами, после которых возникает взаимное ощущение общего психологического пространства.

Также необходимо сформировать у родственников понимание важности и необходимости непрерывности лечебно-профилактических мероприятий для поддержания состояния ремиссии наркологического расстройства и укрепления стойкости ремиссии, в связи с чем и пациенту и членам его семьи необходимо посещать лечащего врача/психолога, либо пациенту посещать группы АА.

### 1.5. 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 трансактного 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 формировать новую систему ценностей и решений, исходя из собственных потребностей и возможностей.

Основным терапевтическим инструментом в трансактном анализе являются игры, под которыми понимают серии следующих друг за другом дополнительных скрытых трансакций с чётко определённым и предсказуемым результатом, в котором заинтересован тот или иной игрок. Это набор трансакций со скрытой мотивацией, серия ходов, которые содержат ловушку или подвох. В качестве выигрыша от игры выступает определённое 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".

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 и его желания и стремлений.

3. При конфронтации отрицания существенно увеличена 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 себе пациент отводит пассивную роль и во всем соглашательскую с врачом 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 пациента 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 расценивается 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.

## 2. Рекомендации близкому окружению лица с наркологическим расстройством по формированию у него мотивации к обращению за медицинской помощью

### 2.1. Видимые признаки наркотической зависимости

Психоактивные вещества	Внешний вид и поведение	Постинтоксикационное состояние
1	2	3
Опий и его	Ампулы, шприцы, инъекционные иглы,	Вялость, быстрая

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. Основными требованиями к пациенту для проведения с ним мотивационного интервью являются следующие:

- наличие достаточного интеллектуального уровня, что необходимо для всестороннего и максимально объективного анализа проблемы;
- наличие критического мышления, что облегчает всесторонний анализ проблемы;
- готовность пациента к обсуждению альтернативных мнений, в том числе и в отношении его проблемы;
- повышенная внушаемость пациента 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.

### 1.12. 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 привычно вследствие своей болезни и негативного отношения к ней окружающих противостоять окружающим и всеми доступными для пациента 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. Отсутствие у пациента осознания наличия у него наркологического расстройства является препятствием для его обращения за медицинской помощью и начала лечения, а конфронтация с терапевтом усиливает эту негативную на лечение установку. 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.

Для идентификации сценариев и игр С. Карпман предложил дидактическую методику “Треугольник судьбы” (Драматический треугольник). Три вершины его соответствуют позициям Жертвы, Спасателя и Преследователя (Рисунок 1).



Рисунок 1. Психодраматический треугольник С.Карпмана.

Жертвы страдают, проявляют беспомощность и не могут почувствовать, что с ними всё в порядке; Спасатели чувствуют себя в порядке, только помогая Жертвам; Преследователи критикуют окружающих, манипулируют ими, помещая 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. Берн находит шесть преимуществ от участия в такого рода играх: внутреннее психологическое и внешнее психологическое, внутреннее социальное и внешнее социальное, биологическое, экзистенциальное.

Преследователь	Спасатель	Жертва
<i>Чувства, которые испытывают участники</i>		
Собственная правота	Чувство жалости	Чувство беспомощности и беспросветности
Благородное возмущение	Желание помочь	Безысходность ситуации
Праведный гнев	Собственное превосходство на 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 имеющемуся у них сценарию. То есть терапевта приглашают в треугольник не просто Спасителем, но "Спасителем наказующим, 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 ролей 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 Спасителя, когда пытаются решать за пациента его проблемы. Часто созависимые родственники формируют у пациента чувство вины в связи с имеющимся у них наркологическим расстройством, чтобы им было легче манипулировать пациентом, который находится в роли спасаемого.

Если у пациента сформируется желание обратиться за наркологической помощью по поводу имеющегося у него наркологического расстройства, пройти лечение и таким образом выйти из этого треугольника, созависимые родственники внутри этого треугольника не только создают у пациента чувство вины, но постоянного его поддерживают. Задача Спасителя 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

**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 поддерживает образ жизни и привычки пациента с наркологическим расстройством, фиксирует беседу на описании положительных моментов от приема ППВ, демонстративно защищает пациента в его 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.

Основными принципами мотивирующего интервью являются:

- 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 обнаруженных в его рассказе противоречиях между текущим 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 с пациентом 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 корректировать;

- 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 корректировать;

- 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,

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 интеллектуального разбора проблем пациента, к которым зависимый может быть еще не готов.

### 1.11. Мотивационное интервью

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

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, его взаимоотношения с сослуживцами и начальством, а также максимально подробно выяснить все особенности его рабочего процесса, характер взаимоотношений с соседями и друзьями, т.е. максимально подробно определить все особенности его 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.

---

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".

смирение, терпение и несение тяжкого груза", а на самом деле это была бы 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 Спасителя (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 как бы может 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, нарколог и т.п. Это зависит от того, какую роль в этом треугольнике на данный конкретный момент выберет себе в первую очередь сам созависимый. 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 данного 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. Это 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 В есть, 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?»	Помогайте не советами, а энергетикой	Перестать манипулировать другими людьми. Перестать винить Жертву в Ваших проблемах.
Не навязывать друзьям/знакомым свои проблемы/жалобы	Не давать советов, а лишь делиться случаями из своего опыта/практики	Развиваться духовно.

### 1.6. Нейролингвистическое программирование

Нейро-лингвистическое 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

что 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. Для используются такие мотивы как «Ручей», «Гора/Подъем в гору/Спуск с горы»<sup>7</sup>, «Дом», «Опушка леса»<sup>8</sup>, «Дерево», «Цветок», анализ их рисунков и интерпретаций, которые сделал пациент. Подробнее о применении мотивов и их интерпретации можно прочитать в книге *Х. Лейнер. СИМВОЛДРАМА Кататимно-имагинативная психотерапия детей и подростков. М., 1997.*

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 пытаются привести пациента к общему усилению мотивации к лечению, убрать страх, сопровождающий отказ от ПАВ, тревогу отказа 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.формировании и «прочувствовании» веры в то, что лечение и реабилитация могут помочь больному, способствую в том числе повышению 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. Это могут быть мотивы «Слон»<sup>9</sup>, «Медведь», «Дом»<sup>10</sup>, «Опушка леса», «Гора». На последних сеансах можно

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

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> С образом «слон» связана проработка отцовской репрезентации.

<sup>10</sup> 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



психодинамическое состояние и, в то же время, обладают наиболее сильным психотерапевтическим эффектом.

В качестве основных мотивов символдрамы могут быть использованы следующие:

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 облачении (в образе животного, дерева и т. п.);
6. Наблюдение опушки леса и ожидание существа, которое выйдет из темноты леса;
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 установление 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;
- представление 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 детским 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,

сознательного восприятия. Поэтому суть лечения наркологических расстройств как одной из форм само разрушающих бессознательных паттернов поведения заключается в разрушении 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 само разрушающее 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 работе со страхом 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 на лечении 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. При проверке «взмах» является эффективным, если первый образ становится 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 достичь представленного образа.

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 путем задавания вопросов 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 их с зависимым пациентом.

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 это не обратитесь за наркологической помощью?

Или: Что случится, если ты станешь безразличным к наркотическим веществам? Что случится, если ты не станешь безразличным к наркотическим веществам? Что не случится, если ты станешь безразличным к наркотическим веществам? Что не случится, если ты не станешь 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.

### 1.7. Гипнотерапия

Техники гипноза часто используется в комплексной терапии лиц с наркологическими расстройствами и чаще всего их используют 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

знак и drama — действие) — одно из направлений современной психоаналитически ориентированной психотерапии, основу которого составляет имажинация (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. Описание метода

Описание метода. После проведения беседы и установления с пациентом доверительных отношений пациента просят лечь на кушетку. Лежащего с закрытыми глазами на кушетке или сидящего в удобном кресле 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 при помощи вопросов о деталях и свойствах 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 определенное ожидание 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

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 пациент понуждается 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, необходимо ему показать разницу между тем, что надо делать 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 проанализировал, что он делает для сохранения или разрушения этих ценностей, а затем проанализировал свои переживания по результатам такого анализа - стыд, вину, подавленность, отчаяние и т.д..

На следующем этапе необходимо выяснить, 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 этот план действия обязательным компонентом включает 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; 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 того, что составленный план действий работает; 7) что может помешать при выполнении составленного плана действий; 8) насколько важно для пациента достижение цели, ради которой составлен план действий.

#### **1.10. Символдрама**

Символдрама (кататимно-имагинативная психотерапия, кататимное переживание образов, метод «сновидений наяву») (от греч. symbolon – условный

помочь разобраться в сопутствующих приему ПАВ комплексах, страхах и неврозах самого пациента.

В ходе гипнотерапии происходит воздействие на подсознание пациента. Для этого используются различные техники гипноза. Например, в состоянии глубокого гипноза используется техника возрастной регрессии, когда пациент погружается в детство, то есть 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 пациента с ним обрабатываются 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 положительные 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.

#### **1.8. Психосинтез**

Психосинтез используется как метод психотерапии в первую очередь тогда, когда причиной проблем является глубокий и сложный конфликт между различными группами сознательных и бессознательных сил пациента, или же когда они происходят в результате глубинных и мучительных кризисов, оптимизирование мотивации по их преодолению.

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

Ключевым понятием в психосинтезе является понятие «субличности», под которой понимаются противоречивые и, как правило, неосознаваемые человеком мысли и мыслительные образы, которые постоянно находятся 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 употребляющая ПАВ.

Техники психосинтеза направлены на выявление у пациента имеющихся у него в сознании субличностей, установить имеющиеся между ними конфликты и найти возможные для них компромиссные формы взаимодействия. Для этого необходимо, чтобы в результате терапии пациент осознал свои амбивалентные чувства и желания, имеющийся между ними внутренний конфликт, мешающий принять решение и совершить соответствующее действие.

Использование техник психосинтеза в мотивационной терапии обосновано тем, что лица с наркологическими расстройствами обычно 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 (Руффлер, 1998) - 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 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 взглянуть 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 формирования «идеальной модели» элементов личности. Начинается с интеллектуального переструктурирования 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 подобных мыслей. 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, о том, 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 попросить пациента мысленно представить себе «идеальную модель себя», желательно визуализировать ее, подумать о том, чтобы она была для него 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.

### 1.9. 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 способы достижения этой цели. Терапевт (коуч) только направляет процесс поиска и анализа, который выполняются 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.

Техника "иерархия ценностей" направлена на то, чтобы пациент осознал наиболее значимые для него ценности.

С этой целью пациент в письменной форме перечисляет максимально возможное число имеющихся у него 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