

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН  
ТОО «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР ИННОВАЦИОННЫХ  
ТЕХНОЛОГИЙ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ»

КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА.

Джарбусынова Б.Б.

«Мотивационная терапия зависимых от психоактивных веществ»

Учебно-методическое пособие

Алматы,  
2010

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН  
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР ИННОВАЦИОННЫХ  
ТЕХНОЛОГИЙ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ»

КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА.

Утверждены и одобрены к печати  
Республиканским центром  
инновационных технологий  
медицинского образования и  
науки. Протокол № 9 от «30» сентября 2010г.

Б.Б. Джарбусынова

«МОТИВАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ  
ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ»

Учебно-методическое пособие

Алматы, 2010

УДК  
ББК  
ГОО

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Д.м.н., профессор кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии  
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова А.С. Субханбердин.

Профессор кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии АГИУВ  
К.А. Адильханова.

ГОО Фамилия И.О. Название.- вид издания.- Алматы.- 2010.- с. ISBN.

Аннотация:

Доступная форма изложения основ мотивационной терапии, по нашему мнению, дает возможность использовать настоящую публикацию в качестве учебного пособия для самоподготовки специалистов наркологического профиля, интересующихся возможностями повышения мотивации зависимых от ПАВ на достижение приемлемых результатов лечения и реабилитации.

ББК

Утверждено и разрешено к печати решением рабочей комиссии ТОО  
«Республиканский центр инновационных технологий медицинского  
образования и науки». Протокол №9 от «30» сентября 2010 г.

И.О. Фамилия, год.

## Содержание

Содержание	4
Введение	5
Глава 1. История возникновения и появление мотивационной терапии	6
Глава 2. Основные стратегии и принципы МЕТ	9
Глава 3. Основные требования к специалистам, реализующим программы МЕТ	15
Глава 4. Приемы и техники МЕТ	30
Заключение	66
Тестовые задания	69
Клинические (ситуационные) задачи	83
Литература	89

## ВВЕДЕНИЕ

Мотивационная сфера зависимых от ПАВ является универсальной мишенью для развивающихся практик (психотерапии, консультирования, тренингов), используемых на всех этапах наркологической помощи. Значение достижения эффективных и приемлемых результатов в работе с данной терапевтической мишенью трудно переоценить. Поскольку именно от этого, в конечном итоге, зависит факт вовлечения зависимого пациента в программу наркологической помощи (в настоящее время лишь 20-25% наркозависимых охвачены какой-либо помощью), удержания в этой программе, а также - сохранение статуса трезвого на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии.

Между тем до настоящего времени в современных руководствах по наркологии, разделу грамотной, методологически выверенной мотивационной терапии не уделено должного внимания. А специальной подготовки по мотивационной терапии для профессионалов наркологического профиля в отечественной наркологии не предусмотрено.

Некоторые сложности в данном вопросе возникают еще и в связи с тем, что сам по себе термин «мотивационная терапия» не предполагает однозначного отнесения к какой-либо одной наркологической специальности – врача нарколога, психотерапевта, психолога, социального работника, консультанта по зависимостям. Скорее, имеется ввиду, что каждый из перечисленных специалистов может и должен владеть навыками мотивационной терапии зависимых от ПАВ. Вот почему в тематических публикациях в отношении лица, владеющего навыками мотивационной терапии, чаще всего используется термин «консультант», который, по мнению авторов, применим каждому профессиональному, использующему данный метод (настоящий термин используется и в нашей публикации).

Ниже следующие материалы, подготовленные по основным доступным источникам (см. раздел «Литература»), в некоторой степени помогут восполнить данный пробел. Доступная форма изложения основ мотивационной терапии, по нашему мнению, даст возможность использовать настоящую публикацию в качестве учебного пособия для самоподготовки специалистов наркологического профиля, интересующихся возможностями повышения мотивации зависимых от ПАВ на достижение приемлемых результатов лечения и реабилитации.



рисунок

## ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ПОЯВЛЕНИЕ МОТИВАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

Суть мотивационной терапии впервые была описана Вильямом Миллером в журнале «Поведенческая психотерапия» в 1983 году. Основные положения метода более детально были описаны В. Миллером и С. Родником в 1991 году.

Этим же автором был разработан вариант мотивационной терапии по названию «Мотивационное собеседование» для лиц, зависимых от психоактивных веществ, алкоголя и наркотиков. За последние годы мотивационное собеседование претерпело различные модификации и развитие и в настоящее время представляется самим автором как терапия, повышающая мотивацию Motivation Enhancement Therapy (MET).

Концепция мотивационной терапии была разработана на основе опыта полученного в ходе работы с людьми, имеющими проблемы с алкоголем. В 1980-х годах традиционной стратегией в консультировании потребителей наркотиков было навязывание, инуление клиенту мотивации к изменениям. Консультант представлялся опытным специалистом, который находил у клиента проблему, показывал ее клиенту, описывал клиенту его двойственность по поводу этой проблемы и прибегал к прямому убеждению как «эффектному» методу ее разрешения. Сопротивление клиента изменениям воспринималось как черта характера клиента, с которой необходимо серьезно работать, исправляя самого клиента. Консультант при таком подходе выступает,

первую очередь, как эксперт. Однако вскоре стало ясно, что подобного подхода клиенты не принимают, проявляют непокорность и нежелание признавать навязанные проблемы, отказываются меняться. Это, в свою очередь, подрывало терпение консультантов, вынуждая их оправдываться и утверждать, что их клиенты в большинстве своем - потерянные люди и что-либо пытаться сделать просто бесполезно. В результате анализа возможных причин безуспешности традиционного консультирования в вопросах зависимостей Миллер пришел к выводу, что именно давление советов, агрессивное противостояние клиенту и прямое убеждение являются основными причинами возникновения сопротивления, рассматриваемого многими специалистами как основной барьер на пути к изменениям клиента.

Описывая метод, Миллер предложил несколько кардинальных различий с традиционным консультированием, отталкиваясь от которых можно лучше понять суть MET. Он утверждал, что стиль MET используется консультантом, если он:

- Не настаивает на том, что у человека есть проблема и ему необходимы перемены.
- Не предлагает прямой совет или «просыпает» решения проблемы без согласия человека или без побуждения клиента к самостоятельному выбору решения.
- Не занимает авторитарную/экспертную позицию, отводя клиенту лишь роль пассивного участника.
- Не подменяет беседу чтением лекций, расписыванием преимуществ, другими словами, ведет «игру в одни ворота».
- Не навязывает диагностические ярлыки (наркоман, проблема, это ненормально, болезнь).
- Не ведет себя в карательной или принуждающей манере.

Таким образом, В. Миллер и С. Родник сформулировали и описали подход мотивационного интервьюирования как альтернативу существующим подходам в консультировании. Поздже этот метод стал базой для развития других альтернативных направлений в консультировании, таких как, например, краткое мотивационное интервьюирование, краткое вмешательство.

MET базируется на принципах когнитивной и социальной психологии. В рамках этих подходов происходит установление связей между поведением пациента (клиента) и его личных целей. MET базируется на теоретических подходах, исследующих самовосприятие, самооценку и Я-концепцию в целом. В этом направлении происходит выявление и закрепление у клиента самомотивирующих установок - необходимых и часто наиболее значимых факторов в развитии изменений.

MET использует много приемов Роджерсской клиент-центрированной терапии, но более директивна. Она также основывается на подходах когнитивной терапии и терапии реальностью. MET принципиально отличается от методов поведенческой терапии, а также от директивных конфронтационных методов. Используется как индивидуальная либо групповая

терапия, в процесс которой могут быть вовлечены члены семьи и значимые другие лица.

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

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

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

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

### *1.1. Цель мотивационной терапии*

Применительно к зависимости от наркотиков МЕТ имеет целью изменить жизненный стиль пациента в направлении менее опасного и вредного, а также привести к решению о необходимости прекращения употребления наркотика и планомерного восстановления. МЕТ учитывает индивидуальные цели каждого клиента, который еще не является или уже является пациентом, но при этом приводит его к осознанию главной цели. Главной и специфической целью МЕТ является полное воздержание от употребления наркотиков и постоянное развитие изменений поведения и убеждений, направленных на поддержание трезвого состояния. Однако главная цель далеко не всегда достигается быстро. МЕТ может иметь и промежуточные цели, соответствующие личностным особенностям клиента, его актуальной ситуации и степени готовности преодоления зависимости.

### *1.2. Определение МЕТ*

Мотивационную терапию можно определить как продолжающийся разговор об изменениях (мотивационное собеседование), направленный особым стилем работы консультанта так, что основная роль в этом разговоре отводится клиенту. Консультант поощряет клиента говорить о сомнениях и

препятствиях, о своей мотивации к изменениям, для того чтобы принять решение по поводу своего позведения.

Таким образом, цель мотивационного собеседования состоит в том, чтобы стимулировать и направлять процесс, в ходе которого клиент обдумывает и принимает решение, ведущее к изменению его «проблемного» поведения, помогая ему учитывать все «за» и «против» возможных изменений. Решение такой задачи требует определенного стиля работы консультанта.

При использовании данного подхода ответственность за позведение и возникающие в связи с этим проблемы возлагается на самого клиента. Консультант должен принять это, и у него не должно быть готовых представлений о том, какие именно решения должен принимать клиент. Морализаторское отношение неуместно.

Контакт между клиентом и консультантом должен быть направлен на повышение самооценки, самостоятельности и уверенности клиента в собственных силах. Консультанту полезно представить себя в качестве человека, ведущего клиента по опасной местности принятия решений. Задача состоит в стимулировании клиента к тому, чтобы начать внутреннюю переоценку его ситуаций таким образом, чтобы эта работа привела к принятию изменившегося (с учетом всех «за» и «против») решения.

Консультант старается создать такую атмосферу, при которой клиент сам себя мотивирует. Клиент может мотивировать себя только в том случае, если он начинает больше осмысливать свое поведение, его происхождение, серьезность последствий этого поведения. Нужно стремиться к тому, чтобы клиент мог лучше разобраться в мотивах своего поведения, потенциальных противоречиях и рассмотреть возможности перемен с использованием специальных приемов и принципов МЕТ.

МЕТ объединяет самые эффективные и в то же время простые приемы ведения беседы (вопросы, слушание, подведение итогов и поддержка), использование которых определяется основными принципами и задачами метода. Когда приемы используются согласно принципам и направлены на достижение конкретных задач, которые поставлены на каждом этапе работы, это называется стратегией. Используя одну за другой разные стратегии, можно подвести клиента к принятию решения о его поведении.

## **2. ОСНОВНЫЕ СТРАТЕГИИ И ПРИНЦИПЫ МЕТ**

### *2.1. Основные положения МЕТ*

При использовании МЕТ самое главное - создать у собеседника (клиента) ощущение безопасности, понимания и поддержки для того, чтобы:

- помочь клиенту размысливать о своем поведении;
- помочь клиенту определиться в том, готов ли он что-то изменить в своем поведении;
- помочь клиенту определиться, каким образом можно и нужно действовать, осуществляя запланированные изменения.

Амбивалентность (двойственность, см. словарь) является конфликтом между двумя возможными направлениями действий (например, поусердствовать или полениться), каждое из которых имеет как преимущества, так и издержки. У многих клиентов никогда не было возможности обсудить зачастую запутанные, противоречивые и имеющие исключительно личный характер элементы такого конфликта. Например: «Если я брошу употреблять наркотики, я буду лучше себя чувствовать, но, с другой стороны, я не буду знать, чем себя занять в свободное время (а его много, поскольку я не работаю), и это может сделать меня несчастным». Задача консультанта - помочь клиенту выразить обе стороны двойственности и направить его к принятию приемлемого для него решения,ющего повлечь за собой изменение поведения.

У консультанта может возникнуть искушение «помочь», убедив клиента в том, что у него есть проблема, и она требует неотложного решения, и только изменение поведения является наиболее выгодным в данной ситуации. Однако исследования подтверждают, что такой подход приводит к упорству клиента, увеличивает сопротивление с его стороны и снижает вероятность изменения.

Прямое убеждение, противостояние и спор в МЕТ не применяются. Если консультант привык раздавать советы и вступать в споры, мотивационное интервьюирование может показаться ему/ей безнадежно медленным и пассивным процессом. В результате такой консультант может самонадеянно ускорять процесс работы клиента над проблемой, стараясь противопоставить веские доводы «нужно клиенту меняться», и тем самым подталкивать клиента к переменам в жизни, к которым он еще не готов. Результат можно предвидеть.

Мотивационное интервьюирование ограничивается подведением клиента к принятию решения без указания ему, что делать дальше. Для этого используются дополнительные методы. Эти другие подходы и МЕТ не исключают друг друга, а, скорее, дополняют. При применении МЕТ консультант исходит из того, что двойственность или недостаток решимости клиента являются основным препятствием, которое необходимо преодолеть для запуска изменений. Уже потом, после принятия решения (если будет принято решение измениться), может возникнуть необходимость продолжать работу, например разрабатывать план реализации изменений, обучать клиента определенным навыкам и т.д. В рамках же мотивационного интервьюирования применяются специфичные стратегии по выявлению, анализу и разрешению двойственности. При этом консультирование ориентировано на потребности клиента и проводится в атмосфере уважения к нему.

Консультант должен быть в высшей степени внимателен и воспринимчив к любым проявлениям мотивации клиента. Сопротивление и «отрицание» должны расцениваться консультантом не как «дефекты» характера клиента, а как реакция на то, как ведет себя и что делает консультант. Сопротивление клиента в разговоре об изменениях часто является сигналом того, что консультант переоценивает готовность клиента к изменениям. В этом

случае консультанту необходимо изменить стратегии работы по мотивированию, например вернуться к предыдущим стратегиям.

Консультант стремится к уважению самостоятельности и свободы выбора клиента (а также последствий этого выбора) в вопросах его поведения.

В МЕТ считается, что если идея изменений у человека связана с положительными эмоциями, то само изменение получится у него легко. В то же время в МЕТ рекомендуется вместе с клиентом рассматривать как положительные, так и отрицательные стороны изменений.

Самое важное понятие в МЕТ - это выбор. Очень важно всегда давать человеку понять (а иногда даже говорить об этом прямо), что, несмотря на помощь со стороны консультанта, именно он отвечает за принятие собственных решений - ответственность за решение измениться и за осуществление изменений полностью лежит на нем самом.

## 2.2. Принципы МЕТ

Пытаясь помочь клиенту разобраться со своим поведением с помощью МЕТ, консультант старается следовать таким основным принципам:

- сопереживать клиенту;
- выявлять противоречия (колебания и сомнения по поводу проблемы) и работать с ними;
- избегать споров, прямого убеждения и попыток доказать;
- уменьшать сопротивление;
- поддерживать, развивать самостоятельность клиента в принятии и реализации решений.

### Сопереживание клиенту

Сопереживание представляет собой умение понимать других в процессе вдумчивого слушания. Это умение можно развивать. Оно требует повышенного внимания к каждому новому высказыванию клиента и постоянного формирования предположений по поводу смысла, который стоит за этим высказыванием. Теплота сопереживания и отражающее, вдумчивое выслушивание являются основными характеристиками метода МЕТ. Эти два компонента позволяют создавать доброжелательную атмосферу и стиль, в котором проходит все общение с клиентом. Сопереживание предполагает, что консультант на время консультирования видит мир глазами клиента, понимает то, что он думает и чувствует. Сопереживание не следует путать с отождествлением с клиентом или пониманием, связанным с наличием общего опыта в прошлом. Напротив, опыт клиента необходимо воспринимать как уникальный.

Консультанту следует стремиться к большему пониманию переживаний клиента, и принимать их без критики, осуждения или обвинения. Когда клиент чувствует, что его понимают, он раскрывается и начинает охотнее рассказывать о своей жизни. Такие рассказы помогают консультанту определить, когда и как ему нужно оказать помощь, какие неудачи возможны, какие поправки в связи с этим нужно сделать. Очень важен тот момент, что, заме-

тия участия со стороны консультанта, клиент лучше воспринимает разговор с консультантом о проблемах, связанных с образом его жизни, и об отношении к употреблению наркотиков.

Важно отметить, что при этом консультанту вовсе не обязательно должен нравиться клиент и он совсем не обязательно должен соглашаться со всем, что клиент говорит. Тем не менее уважительное выслушивание клиента имеет решающее значение для понимания его взглядов и перспектив изменений. Польза уважительного, вдумчивого выслушивания в том, чтобы сопровождать клиента в его размышлениях о своем поведении, о позитивах и негативах употребления им наркотиков. Сопротивление обеспечивает поддержку клиента в течение всего процесса изменений.



обл.москв.сам

рисунок 2

*Выявление противоречий (колебания и сомнения по поводу проблемы) и работать с ними*

МЕТ используется для того, чтобы сформулировать у человека видение несовместимости его текущего поведения, связанного с употреблением наркотиков, с одной стороны, и его планов на будущее - с другой. Такой подход дает возможность помочь человеку осознать цену его поведения в настоящее время. Когда употребление наркотиков рассматривается человеком как имеющее негативные последствия для его здоровья, отношений с близкими, возможности устроиться на работу и т.д., то, скорее всего, у него появятся и закрепятся мысли об изменениях. Это основной принцип МЕТ: люди стремятся изменить свое поведение, когда они четко видят несоответствие между их текущим поведением и более широкими (важными) жизненными целями.

Часто клиенты, с которыми приходится говорить об изменениях поведения относительно употребления наркотиков, прекрасно разбираются в ситуациях и могут сами видеть расхождение между своим поведением и тем, как они видят себя в будущем. Однако они также испытывают колебания и сомнения по поводу изменений, как и все остальные. Согласно МЕТ, в таком случае задача консультанта - помочь клиенту четко сформулировать и усилить расхождение между желаемым и действительным для того, чтобы усилить побуждения изменить текущее поведение. Таким образом, внутренний конфликт, возникший у клиента, используется консультантом для помощи клиенту, и несоответствие побуждает клиента избавиться от неудобного поведения.

Консультант может помочь своему клиенту осознать противоречия на разных уровнях - физическом и духовном, и в разных сферах - отношений и поведения. Для этого важно понимать не только ценности клиента, но и ценности сообщества. Например, употребление наркотиков может противоречить личным ценностям клиента; оно может противоречить ценностям окружения; может конфликтовать с духовными ценностями и религией или с ценностями семьи клиента. Таким образом, противоречия можно раскрыть путем противопоставления употребления наркотиков с большим значением, которое сам клиент придает, например, своим отношениям с семьей или ближайшим окружением.

#### *Избегать споров, убеждения и доказывания*

Еще один очень важный принцип МЕТ - избегать прямого убеждения и попыток что-то доказать в работе с клиентом. Не рекомендуется выдвигать доводы, которые противоречат мнению клиента, даже если он вообще отрицает или недооценивает свои проблемы, связанные с употреблением наркотиков. Очень часто консультант использует прямое убеждение для того, чтобы показать клиенту и доказать самому себе силу своих аргументов, свое превосходство, знание вопроса, либо какой-то иной целью доказать свою правоту.

Прямое противостояние и убеждение клиента в чем-либо чаще всего приводят к сопротивлению и защите с его стороны. Задача консультанта не пробиваться через стену отрицания проблемы клиентом, а обойти ее.

МЕТ - это техника, позволяющая сформировать у клиента убежденность в необходимости изменений, не прибегая к прямому убеждению. Разговор должен вестись мягко, ненавязчиво и основываться на том, что решение об изменении образа жизни всегда принимает сам клиент.

#### **Уменьшать сопротивление**

Сопротивление клиента может проявляться:

- в желании спорить и доказывать;
- в перебивании;
- через отрицание (нет, это все не так);
- в игнорировании.

Консультанту следует избегать того, чтобы его действия провоцировали и усиливали сопротивление со стороны клиента. Важно помнить, что чем больше клиент проявляет сопротивление, тем менее вероятно, что он будет меняться. Скорее всего, помочь не будет эффективной, если клиент сопротивляется, и это напрямую связано с тем, как себя ведет и что делает консультант. Для того чтобы уменьшить сопротивление, консультанту необходимо быть достаточно гибким в плане того, что говорить и что делать. Изменив тактику, можно существенно уменьшить сопротивление со стороны клиента и продолжать разговор об изменениях.

Хорошая стратегия работы с сопротивлением состоит в «истротивлении сопротивлению» - чтобы отвечать на сопротивление клиента, не прибегая к прямому противостоянию «кто кого», а, наоборот, всяческим образом проявлять понимание клиента и готовность рассматривать проблему с его стороны. Это будет способствовать дальнейшему раскрытию клиента для обсуждения проблем. Исследования подтверждают, что подход, основанный на том, что консультант всяческим образом обходит сопротивление клиента и не прибегает к противостоянию, скорее всего, будет эффективным и приведет к долгосрочным изменениям.

#### **Поддерживать, развивать самостоятельность клиента в принятии и реализации решений**

Как уже говорилось выше, вера клиента в то, что перемены к лучшему возможны, является важным условием, ведущим к успеху в работе. Многим клиентам сложно поверить в то, что они могут начать и продолжать процесс изменения поведения. Общая задача для консультанта - развивать и поддерживать у клиента осознание собственных ресурсов, поддерживать надежду, оптимизм и ощущение возможности довести начатые изменения до конца. Знание своих возможностей позволяет человеку справляться с препятствиями, возникающими в процессе изменений, и успешно менять свое поведение. Задача консультанта - сформировать у клиента убежденность в том, что он способен измениться, дать надежду и уверенность в собственных силах и вселить оптимизм. Веря консультанта в способность клиента измениться в значительной степени обеспечивает положительный результат. Повысить самостоятельность и уверенность клиента в изменениях консультант может путем признания сильных сторон клиента и подчеркивания их в течение всей терапии.

Страна обсуждать с клиентом возможные варианты терапии и изменения, которые будут для него привлекательными, даже если он уже вышел из какой-то программы лечения и вернулся к употреблению наркотиков после периода трезвости. Полезно также говорить о том, как другие люди в подобных ситуациях смогли изменить свое поведение. Можно привлекать других клиентов в качестве примера, чтобы стимулировать веру клиента в собственные возможности. В то же время клиент должен прийти к пониманию того, что он сам отвечает за изменение своего поведения и что достижение устойчивого успеха начинается с отдельных первых шагов. Один из принципов МЕТ - «начин с одного дня», может помочь клиенту сосредоточиться на достижении немедленных и небольших изменений, которые, по их мнению, достижимы.

Обучение также может повысить самостоятельность клиента и его уверенность в себе. Правдивые, точные, представленные в доступной форме сведения помогут клиенту понять, как употребление наркотиков переходит в злоупотребление и зависимость. Рассяснение биологических аспектов зависимости и медицинских эффектов употребления наркотиков с учетом личного опыта клиента помогут смягчить чувство стыда и вины и укрепят надежду на то, что освобождение может быть достигнуто в случае применения подходящих решений и методов. Процесс изменений, который изначально выглядит как невероятный и безнадежный, можно разделить на вполне достижимые маленькие шаги по направлению к цели.

### **3. ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К СПЕЦИАЛИСТАМ, РЕАЛИЗУЮЩИМ ПРОГРАММЫ МЕТ**

#### **3.1. Оптимальные личностные и профессиональные характеристики терапевта (консультанта) МЕТ**

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

Консультанту МЕТ необходимо иметь высокий уровень терапевтической эмпатии. Это должна быть именно терапевтическая эмпатия, как ее определил Карл Роджерс (чувство в эмоциональное состояние пациента, понимание его, понимание причин, его вызвавших, и жизненных перспектив пациента при полном осознании отличия своего собственного опыта от опыта пациента). Эмпатия как чувство сопричастности к сходному опыту - характеристика недостаточная и неподходящая.

Помимо эмпатии необходимо иметь высокий уровень интерперсональной чувствительности и конгруэнтности.

В общении консультанты должны быть: 1) максимально резистентными; 2) минимально директивными и конфронтационными. Эмпатия сочетается с поддержкой самoeffективности у клиента для того, чтобы он воспринимал изменения как возможные для себя, а себя - способным на изменения. Часто используется "обратная связь" для усиления мотивации клиента.

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

Аргументация клиента - основное поле работы консультанта и в нем необходимо искать противоречия. Консультант также должен избегать позиции "эксперта", который оценивает позицию и решения клиента, "закрытых" вопросов (вопросов, требующих коротких ответов) и особенно избегает, чтобы задавать несколько вопросов подряд.

Диагностические "лейблы", характеризующие проблему зависимости, абсолютно неуместны.

С нашей точки зрения, высокому уровню успешности и соответствия вышеизложенным требованиям способствуют следующие личностные свойства консультанта: 1) творческий подход и изобретательность; 2) здравый смысл и навыки общения; 3) проявление подлинного интереса и уважительного отношения к клиенту; 4) ориентация на действия; 5) оптимизм, искренняя уверенность в позитивных результатах, лишенная наязывания собственного мнения и переживания клиенту. А также, следующие профессиональные качества: 1) наличие адекватных невербальных навыков сопереживания, эмпатии; 2) наличие адекватных навыков поддерживающего поведения; 3) умение найти основания для изменений в поведении, экспериментальных проявлениях клиента; 4) умение выявлять, в адекватной форме демонстрировать и использовать противоречия между мотивационными позициями личности пациента (клиента) с целью достижения желательных изменений в мотивационной сфере; 5) сессии МЕТ являются клиент-центризованными, но в то же время и директивными. Консультант должен уметь использовать стратегию аккуратного давления. Сессии МЕТ бывают успешными только тогда, когда это давление настолько аккуратно, что пациент его совершенно не ощущает и воспринимает информацию консультанта как мнение, в крайнем случае, не более чем совет. Такого рода директивность обычно достигается умением консультанта задавать "открытые вопросы" и обсуждать ответы на них в сочетании с селективной рефлексией; 6) консультант должен уметь устанавливать рабочий альянс с клиентом. Быстрое установление рабочего альянса - важная цель МЕТ, достижение которой создает базисную основу не только для проведения мотивационной терапии, но и лечения в целом. Достижение альянса также базируется на умении консультанта задавать "открытые вопросы" и рефлексивном слушании.

Для того чтобы проводить МЕТ, консультант должен обязательно пройти подготовительную программу по технологии самой методики, а также по активизации соответствующих личностных ресурсов и коммуникативных стратегий. Для профессионально подготовленных в области психотерапии психиатров-наркологов или клинических психологов, уже имеющих специализации по наркологии, рекомендуются 7-10-дневные тренинги с супервизией. На этих тренингах необходимо активизировать навыки рефлексивного слушания, мотивацию на изменение собственных устаревших взглядов и позиций, а также паттернов поведения, личностно-профессиональный рост, развитие личностных ресурсов, главным из которых для мотивационного терапевта является эмпатия.

В работе консультанта существует необходимость супервии. Этот процесс может происходить в форме видеозаписи и последующего рассмотрения и обсуждения ее либо в форме наблюдения за работой с последующим обсуждением. Анализ супервизии, прежде всего, показывает степень соответствия консультанта предъявляемым профессиональным требованиям.

### *3.2. Кто может и кто не должен заниматься мотивационной терапией*

МЕТ могут заниматься не только врачи и профессиональные консультанты, психологи и психотерапевты, но и субспециалисты - консультанты из числа выхлопатывающих зависимых. Однако срок ремиссии у них должен быть большим (не менее 2-х лет), а профессиональная подготовка существенно более длительной.

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

### *3.3. Рекомендации по развитию профессиональных навыков и преодолению препятствий к профессиональной деятельности*

#### *"Что влияет на отношения консультанта и клиента"*

Для консультанта, занимающегося консультированием потребителей наркотиков, очень важно осознавать, что влияет на их взаимоотношения, поскольку именно отношения между консультантом и клиентом лежат в основе консультирования. Качество взаимоотношений, а именно взаимное понимание консультанта и клиента, часто определяет успешность консультирования.

Далее приводится анализ психологических конструкций, от которых зависят отношения «консультант-клиент».

#### *"Личный жизненный опыт"*

Каждый обладает собственной личной историей, индивидуальным жизненным опытом. Даже похожие события в жизни разных людей часто переживаются ими по-разному, что уж говорить о тех случаях из жизни, которые один из участников беседы не испытывал никогда. Различие в жизнен-

иом опыте консультанта и клиента могут приводить к взаимному непониманию, но эта проблема разрешима.

Необходимо признавать за клиентом право на собственный жизненный опыт и не пытаться понять его, исходя только лишь из событий и переживаний, которыми была наполнена жизнь консультанта. Последнему следует чаще думать: «Каким бы сейчас был я, пережив или испытав подобное тому что было в жизни сидящего напротив человека? Возможно, думал, чувствовал, принимал бы решения по-другому...»

#### *Стереотипы, убеждения и предубеждения*

На основе своего жизненного опыта у человека неизбежно формируются различные стереотипы и убеждения, которые часто стоят на пути взаимопонимания между людьми.

Обобщая свой опыт общения или наблюдений за теми или иными событиями, мы формируем свои стереотипы восприятия и убеждения. Независимо от того, совпадают они с реальностью или нет, соответствует ли им конкретный человек или явление, мы часто, не осознавая этого, пытаемся втиснуть это событие/человека в свое видение, собственный стереотип, считая его единственно правильным. Стереотипы никогда полностью не совпадают с реальностью, а отражают лишь один какой-то ее аспект. Например, утверждение, что «все люди - эгоисты», лишь частично соответствует действительности, поскольку не все люди таковы, и даже сами эгоисты бывают разные - у одного это свойство выражено более, у другого менее. Кроме того, в одних ситуациях человек может проявить себя эгоистом, в других - проявить жертвенность и альтруизм.

Сtereотипы и предубеждения всегда присутствуют во взаимоотношениях людей, часто приводя к взаимному непониманию.

Их можно разбить на несколько видов:

*Обобщение* - приписывание какого-либо качества всем без исключения людям или явлениям, в т.ч. потребителю наркотиков как клиенту консультанта.

*Все или ничего* - категоричность суждений.

*Навешивание ярлыка* - попытки заключить клиента в определенный, часто негативный образ.

*Предсказание судьбы* - описание будущего клиента, исходя из своей веры или стереотипов.

*Чтение мыслей* - убеждение, что ты знаешь, о чем думает клиент.

*Эмоциональное суждение* - утверждение, сделанное под влиянием неуправляемой спонтанной эмоции.

Мы часто пытаемся навязать другим свое убеждение, свой стереотип, полагая, что именно оно - истинное, а это далеко не факт.

Чтобы выйти из этой ловушки:

а) осознавайте собственный стереотип (просто скажите себе, что бывает по-разному и ваше мнение не всегда является истинным);

б) не пытайтесь убеждать клиента. Он всегда приведет вам доказательства своей правоты из личного опыта, а ваш жизненный опыт он может и не

воспринимать всерьез, и вы можете угодить в еще более сложную ловушку. Выход - помочь осознать ему, что его суждение - это результат того, что случилось именно с ним, но это еще не значит, что так случается всегда и со всеми.

#### *Жизненные ценности и мировоззрение*

Некогда, опять-таки, из своего собственного жизненного опыта, мы формируем свою цепочку (идеи, которые мы считаем очень важными в своей жизни и в которые верим, как в безусловно полезные и необходимые). Например, мы знаем, что хорошо и что плохо, как правильно себя вести и как - нет. Но сути, это те же убеждения, но носящие более глобальный масштаб и включающие жизненно важных явлений нашей жизни.

Например, жизненной ценностью могут служить утверждения, что: «Самое главное - это всегда прийти на помощь» или «Семья - это самое лучшее, что есть в жизни» или «Надо всегда говорить правду». Но эти ценности разделяют не все люди. Соответственно, на приведенные выше примеры они могут возразить: «Самое главное - это дать право каждому совершать ошибочные ошибки - только так можно научиться жить», «Лучшее, что есть в жизни каждого человека, - это его работа, та польза, которую он может принести людям», «Правду нужно говорить, когда человек готов ее принять». Эти утверждения так же хороши.

Разумный компромисс состоит возможно в том, что нет абсолютных ценностей. В разных ситуациях целесообразно по-разному. К тому же со временем и жизненным опытом ценности меняются. Например, в первый момент употребления наркотических веществ для человека были чудесной эйфорией, прекрасным переклизанием, которое помогало ему забыть горе. Но, например, через год прием наркотических веществ для него становится уже не ценностью, а бедой, с которой он часто не может справиться, и ценностью для него становится другие вещи, например «зубить деньги на наркотики любыми способами». А еще через некоторое время (если он успешно прошел лечение и социальную реабилитацию) для него ценностью может стать способность «сопереживать людям, попавшим в беду, аналогичную той, которая случилась у меня» или «никогда не обсуждать другого, не поняв до конца, что стоит за его поступком».

#### *Образование и речь*

Образование очень сильно влияет на культуру, эрудированность, самообразованность и интеллектуальное развитие человека. Поэтому нельзя забывать, что то, как проявляет себя человек в общении, часто является результатом накопленных им знаний (или же их отсутствия). В случае с потреблением наркотических веществ речь идет о знаниях из сферы медицины, психологии и психиатрии, химии, биологии, юриспруденции и пр.

Во время общения с потребителем наркотиков нельзя игнорировать, на каком уровне находятся эти знания у него, равно как и у самого консультанта, проводящего консультирование. Исходя из этого, с одной стороны, важно постоянно расширять свои знания, с другой, во время консультирования оперировать понятиями, доступными для уровня образования вашего клиента.

Вряд ли стоит выводить на бумаге начинающему 12-летнему потребителю наркотиков формулу химического процесса того, что с ним происходит после употребления герина. При этом ему вполне можно объяснить это, учитывая его образование и интеллектуальный уровень, используя понятия, доступные для его понимания.

Иными словами, можно использовать или не использовать сленг - специфический язык, на котором, как правило, общаются потребители наркотических веществ (при условии, что вы им хорошо владеете), однако клиент наверняка не поймет консультанта, если он будет использовать свой собственный профессиональный сленг, язык, которым между собой говорят психологи, консультанты или врачи.

#### *Навыки общения*

Одно из определяющих условий, влияющих на взаимоотношения консультанта с консультируемым им потребителем наркотиков, является способность к эффективному общению, т. е. навык общения. Речь идет о способности слушать - и слышать - другого человека, выражая свое понимание его так, чтобы тот чувствовал, что его действительно способны понять и почувствовать, что, в конце концов, консультанту действительно стоит доверять.

#### *Возможные проблемы в общении консультанта и потребителя наркотиков*

На пути достаточного взаимопонимания двух людей, участвующих в общении, часто возникают проблемы, относящиеся к тому, как именно они общаются, т. е. какие навыки общения они используют/не используют.

Такими проблемами могут быть, например, следующие:

*Говорящий говорит одно, а имеет в виду нечто совсем другое.* («Я подумал об этом...») - при этом про себя человек говорит: «я не последую этому совету...»)

*Слушающий неправильно слышит слова.* (Консультант: «Вы сказали, что Вам нравится, когда...» - Клиент: «Да нет же, я сказал - не нравится!»)

*Слушающий дает свою интерпретацию тому, что он слышит.* (Клиент: «Я уже три дня не кололся...» - Консультант: «Он решил бросить»)

*Слушает не внимательно или поверхностно воспринимает то, что выражает говорящий (думает «о своем»).*

#### *Особенности консультирования потребителей наркотиков*

Следует отметить, что в вопросах проведения консультаций в сфере употребления алкоголя и наркотиков не существует особой специфики. Исследования показали, что лечение алкоголизма и наркомании дает лучший результат в том случае, если проводится консультантами и врачами, использующими приемы МЕТ. С другой стороны, одного консультирования чаще всего бывает недостаточно, чтобы изменить отношение большинства потребителей наркотиков к проблемам, связанным с наркотиками. Скорее всего, овладев навыками консультирования, консультант сможет устанавливать доверительные и конструктивные отношения с клиентом, что позволит осущ-

стить конкретные программы, направленные на избавление от алкогольной и/или наркотической зависимости.

#### *Стили работы консультанта в процессе МЕТ*

Стили поведения консультанта в современной психологии определяют следующим образом:

*Авторитарный* - когда консультант, консультирующий потребителя наркотиков, в категоричной форме требует от клиента определенного поведения или действия, принимая решения за него. («Слушайте и запоминайте мои советы! Тогда все будет хорошо...»)

*Директивный* - консультант активно дает советы, предлагая клиенту им следовать. («Вам лучше слушать меня... Уж я то знаю, что Вам посоветовать. Мои советы могут помочь Вам».)

*Скрытый директивный* - консультант, проявляя себя достаточно гибким и мягким человеком внешне, «между строк» пытается подвести своего клиента к решениям, которые определяет он сам, т. е. ко-консультант. («Я Вас понимаю... Но мне кажется, что Ваша проблема не в этом. Лучше будет, если Вы...»)

*Партнерский* - консультант и клиент совместно пытаются разобраться в проблеме и найти выход, объединив свои усилия и знания. («Кажется, я догадываюсь, в чем суть Вашей проблемы. Но хотел бы лучше понять, как Вы это видите...» или «Давайте вместе попробуем разобраться, в чем тут дело. Что Вы об этом думаете? Я вижу это так...»)

*Ориентированный на клиента* консультант поддерживает и поощряет клиента разбираться в собственных проблемах.

(«Вы лучше меня знаете свои проблемы. Я готов выслушать Вас и помочь Вам лучше понять, в чем тут затруднения и как бы Вы хотели их разрешить. Насколько я Вас понял, Вы чувствуете...»)

*Усиленческий* - консультант находится в некоторой степени под влиянием клиента, не давая себе право в достаточной степени выражать свое мнение. («Я готов пойти на многое, лишь бы мой клиент остался доволен».)

*Созидаательский* - консультант принимает сторону клиента, его мнения и убеждения и находится под полным влиянием своего клиента. (Поддакивать, непонимание, что происходит, отсутствие целей и задач.)

Нужно отметить, что наиболее эффективными признаются такие стили консультирования, как партнерский и ориентированный на клиента. Однако надо признать, что в арсенале идеального консультанта-профессионала должны находиться все вышеперечисленные подходы, поскольку живое взаимодействие между людьми не всегда можно заключить в рамки одного подхода, каким бы хорошим он ни был.

#### *Сопререживание*

Сопререживание (эмпатия) является одним из основных составляющих консультирования.

**Сопереживание** - это форма человеческого общения, которая подразумевает внимательное выслушивание, выражение сочувствия и понимания проблем консультируемого настолько, насколько это возможно, а также ответную реакцию консультанта, демонстрирующую понимание, позволяющую взглянуть на себя по-новому и побуждающую изменить свое поведение.

Сопереживание подразумевает уважительное отношение к клиенту. Роль сопереживающего консультанта заключается в том, чтобы помочь потребителю наркотиков самому найти пути решения своих проблем, а не называть готовые рекомендации. Клиенту необходимо почувствовать, что консультант верит в его способность сделать правильный выбор и принять верное решение и не считает время и усилия, затраченные на совместную работу, напрасными. Не только слова консультанта, но и интонация, жесты должны выражать сопереживание. Делая какие-либо предположения об опыте потребителя наркотиков, учтывайте, что вас отличает от него возраст, пол, культурная принадлежность, образование, жизненный опыт, воспитание, актуальное психологическое состояние и состояние здоровья и пр.

Сопереживание отличается от симпатии. Испытывая симпатию, консультирующий консультант может принять сторону консультируемого, даже не выслушав его историю полностью. Жалея потребителя наркотиков, консультант рискует не заметить, что именно чувство жалости к самому себе мешает клиенту предпринять конструктивные действия. Быть сопереживающим - не значит всегда соглашаться с мнением клиента. Скорее, это означает принятие точки зрения клиента и стремление найти то, что ее определяет.

Ключевым моментом сопереживающего подхода является отсутствие оценок или суждений в высказываниях консультанта. Его задача - понять, как именно это происходит в жизни клиента, а не как это должно происходить.

#### *Что делать, если не нравится клиент?*

Первое, и самое главное - откровенно признаться себе в этом. Затем дать себе время понять, что происходит, в чем причина этой неприязни. Иногда осознание этого уже приводит к тому, что неприязнь уходит, но чаще надо дать себе время, чтобы разобраться. Сделайте 10-минутный перерыв в общении и обдумайте ситуацию. Соберитесь с мыслями, чувствами и скажите себе: «У каждого человека есть отрицательные черты, и каждый человек имеет право быть таким, как он есть. Что во мне такого, что не позволяет мне позитивно воспринимать этого человека, и могу ли я преодолеть это в себе сейчас? Могу ли я общаться с ним далее, не осуждая его и не испытывая эту неприязнь в процессе общения с ним?». Если ответ - «Да!», продолжайте консультировать.

Если же неприязнь слишком сильна, предложите другому консультанту поработать с данным клиентом. При этом, не вдаваясь в подробности, в общих чертах объясните причину смены консультанта клиенту. Например, это может быть: «Извини, к сожалению, я себя чувствую таким образом, что не

могу внимательно выслушать, понять и помочь Вам, поэтому будет лучше, если Вы поговорите сейчас с этим человеком, который сможет лучше меня помочь».

После этого вам, скорее всего, стоит серьезно задуматься над причиной этой неприязни. Возможно, стоит обратиться за помощью к более опытному коллеге, супervisorу или психологу, который поможет разобраться в различных причинах, стоящих за неприязнью. Таким образом вы сможете решить одну из своих собственных проблем и постепенно станете еще лучшим консультантом, способным работать с теми, с кем ранее для вас общаться было очень сложно из-за данного раздражения.

Вероятны также случаи, когда консультант должен - и это может быть необходимо, хотя и не очень приятно, самому клиенту - тактично выразить свои чувства, особенно, если вы видите, что клиент злоупотребляет вашим доверием или хорошим отношением. Например: «Мне крайне неприятно слышать то, что Вы сейчас говорите/делаете (укажите, что именно), и я начинаю проявляться на Вас. Но я хочу продолжить общение с Вами. Для меня это было возможным, если Вы... Что Вы об этом думаете?» Или «Мне сейчас очень сложно общаться с Вами, потому что... Давайте перенесем нашу встречу в другой день».

#### *Что мешает взаимопониманию с клиентом, или Чего следует избегать?*

Если консультант не пользуется отражающим слушанием, а напротив, высказывает свое руководство и суждения, он создает барьеры, разрушающие взаимопонимания между ним и клиентом. Наиболее вероятно, клиент отреагирует пренебрежением беседы, уклонением от темы или ее изменением.

Ниже приведены некоторые реакции, которые препятствуют полному взаимопониманию между консультантом и его клиентом:

**Приказы или руководство.** Руководство дается авторитетным тоном. Консультант говорит с позиции силы (например, родитель, работодатель) или же использует авторитарные формулировки или интонации.

**Предупреждение или угрозы.** Эта форма реагирования подобна приказам, но она несет в себе явную или скрытую угрозу негативных последствий в случае, если клиент не последует руководству. Угроза может исходить от самого консультанта или просто содержать предсказание негативных последствий, которые наступят в случае, если собеседник послушается, например: «Так Вы не послушаетесь меня, Вы об этом пожалеете».

**Советы, предложения или предоставление готовых решений** прежде всего или помимо воли клиента. Эта форма реагирования предполагает предложение направления действий, основанного на знаниях консультанта и на личном опыте. Эти предложения очень часто начинаются с таких слов: «Что бы я сделал, так это...»

**Убеждение с помощью логических аргументов, уговоров или научений.** Является смысл такой формы реагирования состоит в том, что клиент недос-

таточно убежден в необходимости решать проблему и ему нужно в этом помочь.

*Морализаторство, поучение, или указания клиенту на его обязанное*. Это иногда предполагает использование таких слов, как «должен» или «нужен», с целью напомнить о моральных предписаниях.

*Осуждение, критика, несогласие или обвинение*. Эта форма агривации предполагает, что с клиентом что-то не в порядке или он что-то сказал. Даже обычное несогласие может клиентом интерпретироваться как критика.

*Согласие, одобрение или похвала*. Похвала или одобрение также могут стать препятствием, если консультант соглашается или выражает одобрение по поводу всего, что сказал собеседник. Непрошеное одобрение может прервать коммуникативный процесс; оно также может стимулировать неравные отношения между говорящим и слушающим. Отражающее слушание не требует одобрения.

*Подыгивание, навязывание ярлыков, использование прозвищ, попытка пристыдить*. Этот способ реагирования выражает открытое неодобрение намерение исправить определенное поведение и отношение.

*Попытки все проанализировать и объяснить*. Консультанты достаточно часто и легко склоняются к тому, чтобы навязывать свои собственные понимания сказанного собеседником и находить в нем какой-то скрытый аналитический смысл.

*Обнадеживание, сочувствие или утешение*. Консультанты часто стремятся помочь клиенту почувствовать себя лучше при помощи утешения. Такое обнадеживание может нарушить развитие общения, особенно когда клиент воспринимает свою проблему реалистично.

*Засыпание вопросами*. Консультанты часто путают эффективное слушание с засыпанием вопросами. Безусловно, консультант может задавать вопросы, чтобы узнать больше о собеседнике, но в основе такой формы реагирования лежит предположение, что консультант может найти решение во всех проблемах консультируемого, если он задаст достаточное количество вопросов. На самом же деле, поток вопросов может помешать общению и изменить направления на такие, которые более удобны консультанту, нежели его собеседнику.

*Уход от темы, отказ от дальнейшего обсуждения, шутки*. Хотя обращение к юмору может быть удачной попыткой переключить внимание консультируемого с очень эмоционального вопроса или отвлечь от грозящих проблем, оно также может означать уход от темы, который нарушает общение и предполагает, что то, о чем говорил консультируемый, не важно.

Существуют типы клиентов, которые стремятся к приведенным стилям отношений или реакциям. Склонность к определенному сценарию бесед складывается в раннем детстве или вырабатывается в процессе жизни и отношений с другими людьми с целью адаптированного существования. Несмотря на то что определенная манера поведения может причинять немало страданий человеку, она воспринимается как вполне/единственно приемлемая.

Это значит, что клиент может и не стремиться избавиться от отношений, где могут присутствовать вышеупомянутые элементы. Для некоторых клиентов важен сам факт, что ими хоть как-то кто-то занимается, некоторые получают помощь в виде советов, сочувствия и т. п., так как их собственные попытки начинать не приводили к положительным результатам и им, возможно, поможет чей-то совет или личный опыт.

Поэтому, задача консультанта скорее не попадаться в ловушки, связанные с приведенными в списке манерами общения, чем категорически избегать советов и т. д. Важно отслеживать, что происходит с беседой, и направлять ее эффективность, сохранив при этом уважительные отношения с клиентом на расстоянии.



рисунок 3

#### *Сопротивление*

Сопротивление – это поведение клиента, часто возникающее в ходе консультирования и принимающее форму споров, перебивания, ограничения или игнорирования.

Сопротивление зачастую является реакцией на содержание и стиль взаимодействия между общющимися. Необходимо избегать ситуаций, в которых можно спровоцировать или укрепить сопротивление клиента, по-

скольку, чем сильнее его сопротивление, тем меньше вероятность, что он будет склонен к изменениям.

Другими словами, сопротивление позволяет клиенту исподвольно свои привычные оправдания и объяснения для того, чтобы не менять свою жизнь. Причин для сопротивления бывает множество. Например, потребитель наркотиков может быть склонен к низкой самооценке и может не верить в свою способность к изменениям. Кроме того, его, возможно, принудили пройти курс лечения, и поэтому он еще не готов изменить поведение.

Сопротивление клиента может проявляться в следующих реакциях:

- Спор.
- Перебивание и прерывание беседы.
- Игнорирование или невнимательность в процессе общения.
- Отсутствие ответов на вопросы.
- Абсолютный монолог, когда клиент не дает консультирующему егс консультанту «вставить слово».
- Злость или раздражение, направленные на консультанта.
- Обвинения и «перекладывание ответственности на других».
- Отрицание фактов или новых возможностей.
- Пессимизм, неверие в возможность изменений.
- Нежелание что-либо делать.
- Несерьезное отношение к общению: поверхностная шутливость, переход на другую тему, перескакивание с темы на тему.
- Ответы типа «да, но...», когда клиент как бы соглашается с вами, и всякий раз находит какой-то контраргумент, якобы свидетельствующий о том, что ему не подходит то, что вы говорите.

Не следует рассматривать сопротивление клиента, как «плохое поведение», направленное против вас. Важно понимать, что сопротивление клиент направлено против изменений в его восприятии себя и своей жизни, и о «питается» его собственной тревогой. Прекращая сопротивление, человек приходится признать неприятные вещи или позволить себе переживать ощущения, которые он всегда старался избегать или вытеснять из своего сознания.

Мотивы сопротивления могут быть следующие:

- отсутствие убежденности в необходимости изменений;
- недовольство переменами, насаждаемыми вами;
- желание избежать неожиданностей;
- страх перед неизвестностью и возможной неудачей;
- нарушение установленного порядка, привычек, взаимоотношений;
- отсутствие уважения и доверия к консультанту.

Нужно также помнить, что консультант часто сам провоцирует сопротивление, насыняя клиенту свои ценности, стереотипы, предубеждения определенный стиль общения, или выражая свое определенное отношение (например, излишнюю симпатию, утешение или разражение), или же со-

щаю ему информацию, которую потребитель наркотика не готов/не в состоянии воспринять.

Наиболее часто консультирующий консультант сталкивается с сопротивлением, когда он дает советы, «учит жизни», пытается заставить клиента признать то, что ему (консультанту) очевидно, или же просто начинает говорить о клиенте с позиции «эксперта», который лучше самого клиента разбирается в его проблемах.

Вот некоторые примеры такого поведения, которого, несомненно, стоит избегать:

- Попытки убедить - «Если Вы не прекратите употреблять наркотики, Вы потеряете работу».
- Принятие на себя роли эксперта - «Я имею очень большой опыт работы с такими как Вы, поэтому я знаю, что Вам нужно делать».
- Навешивание ярлыков - «Вы должны признать то, что Вы - наркоман».
- Критика, обвинение, попытка пристыжить - «Если бы Вы только не...»
- Спешка, попытки потешить с принятием решения: «Вот мы уже целую неделю говорили об этом, не торопи нас прийти к какому-то решению!»
- Заявление о том, что консультант лучше знает, что будет лучше для клиента - «Если Вы когда-нибудь собираетесь избавиться от зависимости, Вам следует...»
- Данное поведение, как правило, приводит к увеличению тревоги и недоверия со стороны клиента по отношению к консультанту. Конечно же, это ведет к ухудшению или даже разрушению их контакта.
- Вопросы, которые должен задать себе консультант, столкнувшись с сопротивлением:
  - Какие чувства могут стоять за сопротивлением у моего клиента?
  - Что в моем проявлении вызывает данное сопротивление клиента?
  - Что я могу сделать, сказать, заранее, каким я должен (могу) стать, чтобы этот человек почувствовал, что он может позволить себе в моем присутствии не сопротивляться/позволить себе что-то большее/довериться мне/поверить в себя?

Принимая все высказанное во внимание, не стоит злиться или считать потребителя наркотиков «неправильным» клиентом. Чтобы преодолеть его сопротивление, вам важно, прежде всего, не участвовать в нем, не поддерживать его в этом. Не стоит также кричать, пробивать защитную реакцию клиента - это может привести к тому, что он еще больше закроется и увеличит свое сопротивление. Ваше сопереживание и поддержка в такие моменты должны быть направлены на его ощущения «здесь и сейчас».

### *Ловушки, которых следует остерегаться консультанту*

Не следует вовлекаться в следующие ловушки, которые (часто неосознанно) используют клиент:

- Вовлечение в спор или дискуссию.
- Добиться, чтобы вы признали, что ему помочь невозможно.
- Получить вашу поддержку или поощрение тех его действий, которые вы на самом деле не одобряете.
- Попытки вызвать у вас жалость.
- Клиент может превозносить вас, льстить вам или же пренебрежительно относиться к вам, а то и откровенно выражать вам свое негативное отношение.
- Перекладывание ответственности за свое поведение или чувства на других, обвинения.
- Попытки вынудить консультанта принять решение за него самого.

Важно помнить это увидеть, осознать, после чего можно выразить свои чувства или мнение по этому поводу или просто не реагировать на это, продолжая внимательно слушать. Для возможности клиенту продолжать диалог, консультант сможет отреагировать, когда увидит, что он изменил свое поведение на более конструктивное, стал более искренним, стал говорить о чем-то важном.

Часто клиент делает это потому, что, не осознавая этого, как бы проверяет вас, желая убедиться, насколько можно вам доверять, сможете ли вы понять его. Он может также проявлять свои негативные качества или рассказывать что-то нехорошее о себе (или попросту врать, расхваливая себя), чтобы проверить вашу реакцию и понять, может ли он быть с вами самим собой и сказать то, что его волнует по-настоящему, но он не решается это выразить.

### *3.4. Упражнения для самостоятельной работы по мотивационной терапии (MET)*

Развитие навыков проведения MET требует постоянной практики и оценки. Ниже приводится ряд упражнений, которые помогут вам усовершенствовать эти навыки. При выполнении этих упражнений можно прибегать к магнитофонным записям приемов, просить коллег поизобретать за вашей работой. Можно отрабатывать некоторые навыки в ролевых играх со своими коллегами.

1. Определение стадии изменений. После беседы с клиентом постарайтесь определить, на какой стадии изменений он находится в настоящий момент. Может быть, вам удастся выделить несколько стадий, связанных с различными проблемами?

2. Выслушайте все «за» и «против» изменений, высказанные вами клиентом. Составьте список всех этих доводов. Определите разницу между «за» и «против», высказанными вашим клиентом, а также «за» и «против» с вашей собственной точки зрения.

3. Внимательно отслеживайте высказывания клиента, направленные на побуждение самого себя. Замечайте высказывания, касающиеся осознания проблемы, обеспокоенности по поводу проблемы, намерения что-то изменить в связи с проблемой, чувства собственного достоинства, уверенности в собственных силах, знаний о проблеме и альтернативах изменений.

Оцените наличие или отсутствие высказываний клиента по каждому из приведенных типов по шкале: от 0 (полное отсутствие) до 100 (максимальное присутствие):

Типы высказываний клиента	Баллы
Осознание проблемы	
Обеспокоенность по поводу проблемы	
Намерения что-то изменить в связи с проблемой	
Уверенность в себе (чувство собственного достоинства)	
Уверенность в способности измениться (уверенность в собственных силах)	
Знания о проблеме	
Знания по поводу вариантов изменений	

4. Упражнение «Да, но...». Каждый раз, когда клиент говорит вам «Да, но...», постарайтесь проанализировать ситуацию. Что вы сказали или спросили перед тем, как услышать «Да, но...». Соответствовал ли ваш подход той стадии, на которой находился клиент? Как вы бы могли по-другому повести себя в той ситуации? А еще как? Среагировал бы клиент на ваше высказывание фразой «Да, но...», если бы вы...?

5. Постарайтесь определить, в каких ситуациях клиент проявляет сопротивление, как он это делает и что говорит при этом, и что вы делали до того, как появилось сопротивление. Другими словами, оцените ваши действия с точки зрения влияния на такое поведение клиента. Определите, какие действия чаще всего вызывали сопротивление. С другой стороны, постарайтесь вспомнить случаи, когда эти же действия с вашей стороны проходили без помех и воспринимались клиентом нормально. В чем разница в ситуациях?

6. Проанализируйте свое задавание вопросов. Постарайтесь сосчитать, сколько вопросов вы задали клиенту (например, во время последней встречи). Перечислите эти вопросы и разбейте их на две группы. В первую группу включите вопросы по новым темам (тем, которых сам клиент до этого еще не касался в разговоре), а во вторую - вопросы по поводу тем, интересовавших клиента. Вопросы на новые для клиента темы не должны составлять более 25% процентов от общего числа вопросов. Постарайтесь не задавать клиенту вопросов без предварительного отражения на эту тему.

7. Проанализируйте встречу с клиентом. Определите, когда вы могли проявить отражающее слушание, и выскажите эти рассуждения вслух так, как вы сделали бы это в процессе той беседы.

8. Проанализируйте, насколько успешно вы выявляли и/или выбирочно усиливали высказывания клиента, направленные на побуждение самого себя.

9. Перестройка сказанного. Проанализируйте беседу с клиентом, попытайтесь провести перестройку того, что сказал клиент так, чтобы придать этому позитивное значение. Проговорите это вслух.

10. На основе записей, сделанных во время или после беседы с клиентом, составьте список проблем, с которыми он сталкивается. Обсудите это с клиентом во время следующей встречи. Это необходимо сделать так, чтобы клиент с вами согласился, и представить таким образом, чтобы увеличить озабоченность клиента и его знания своих проблем. Одновременно с этим необходимо работать над повышением самоуважения и уверенности в способности к изменению ситуации. Попробуйте сделать это с клиентом в самом начале беседы. Как после этого изменилось поведение клиента?

11. Попробуйте во время беседы применить переоценку проблемы клиента. Если это сработает, клиент начнет приводить новые доводы. Обратите внимание, клиент отстает от своей проблему или соглашается с вами.

12. Попробуйте во время занятия применить недооценку проблемы. Если это сработает, клиент начнет приводить новые доводы. Обратите внимание, клиент отстает от своей проблему или соглашается с вами.

#### 4. ПРИЕМЫ И ТЕХНИКИ МЕТ

##### 4.1. Оценка мотивационного статуса и другой информации, характеризующей комплексную проблему химической зависимости

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

Однако, в первую очередь, необходима дифференцированная оценка мотивационной сферы клиента (пациента) с тем, чтобы оценить готовность клиента к изменениям, в частности к получению необходимой терапевтической помощи. Следует иметь в виду, что оцениваемые данные (биологические, социальные, психологические) должны предоставлять возможность для достаточно глубокого и серьезного анализа. Эти данные используются в процессе мотивационного интервью как опорные. Оценка должна быть структурирована и включена в первые три сессии терапии:

- На первой сессии могут быть осуществлены первый контакт и короткое мотивационное интервью для того, чтобы подготовить клиента к оценке.

- На второй сессии может быть проведена структурированная оценка факторов личностно-средового взаимодействия, истории и последствий зависимости клиента.
- Возможны 2 варианта диагностики мотивационной сферы наркозависимых, особенности которых излагаются ниже.

##### 4.1.1. Первый вариант предусматривает оценку статуса клиента по модели Д. Прохазки и К. ДиКлементе.

Согласно этой модели, изменение рассматривается как процесс, занимающий некоторое время, а не как разовое событие. Процесс изменения разделяется на несколько стадий изменения поведения. Важно отметить, что данная модель отображает процесс осознанного изменения поведения, когда человек размышляет по этому поводу и контролирует то, что происходит с его поведением.

Таким образом, эта модель определяет и описывает стадии, которые человек проходит в процессе осознанного изменения поведения:



Модель изменений в поведении людей, употребляющих алкоголь или наркотики (Дж. Прохазка и К. ДиКлементе, 1986)

рисунок 4

##### Описание стадий изменения поведения:

- Стадия преднамерения (предварительная, допроблемная стадия)  
Среди людей, находящихся на этой стадии, можно встретить т. н. «счастливых потребителей», которые вообще не задумываются о своем употреблении алкоголя или наркотиков. Для человека на этой стадии выгоды от употребления значительно перевешивают ущерб, и поэтому он будет с неодобрением относиться к заявлениям со стороны других о том, что такое поведение наносит ему вред, или даже будет игнорировать такие заявления вообще. На данном этапе рано вести речь об осознанных изменениях в поведении.
- Стадия намерения (первые мысли, размышления о проблемах, связанных с употреблением вещества)

Можно сказать, что люди переходят на данную стадию, когда начинают испытывать двойственные чувства, колебания или сомнения по отношению к употреблению ими наркотиков. То есть, с одной стороны, употребление наркотиком приносит удовлетворение, а с другой - вызывает проблемы и заставляет о них всерьез задуматься. Для человека на этой стадии, в принципе, характерно стремление избавиться от проблем, вызванных употреблением, но при этом продолжать употреблять наркотики. Таким образом, он находится в нерешительности. Проявляется нахождения на стадии намерения является то, что человек не включает изменения в свои планы на ближайший месяц. Несмотря на то что человек на данной стадии видит только следствия, но не причину проблемы, и не включает изменения в свои планы, такого понимания вполне достаточно, с точки зрения снижения вреда, для того, чтобы начать дезинфицировать, менять инструментарий и т. п.

- *Стадия принятия решения и подготовка к действиям*

На данную стадию человек переходит, когда он решил пересмотреть свое поведение и готов перейти к действиям. При этом не столь важно, решил ли он только уменьшить дозу или полностью отказаться от употребления, важно то, что человек принял решение и твердо уверен, что необходимо пересмотреть свои привычки употреблять. Он даже может «пробовать воду» - делать первые попытки измениться.

- *Стадия активных действий*

Данная стадия начинается и продолжается, пока человек реализует действия - конкретные шаги, направленные на изменения, шаги, которые были намечены на предыдущем этапе. Следуя намеченному плану, человек реализует изменения, опробует новые модели поведения, сталкивается с препятствиями и преодолевает их.

- *Стадия поддержания изменений*

Люди, успешно изменившие свое поведение и поддерживающие новый образ жизни продолжительное время (например, не употребляют наркотики смыше 12-18 месяцев), и чувствующие себя как имеющие проблемы в прошлом, оставившие их позади, по определению находятся на данной стадии.

- *Срыв (неизбежная стадия изменений)*

Некоторые люди, решившие однажды измениться, в ходе изменений по разным причинам изменяют свои намерения и возвращаются к привычному для них поведению, нередко сопряженному с немалым риском. Во время срыва они возвращаются на одну из предыдущих стадий, чаще всего на стадию преднамеренности или намеренности.

Важно помнить, что люди могут перемещаться со стадии на стадию как в прямом, так и в обратном направлении.

Точная диагностика определения стадии готовности к изменениям на которой находится клиент (пациент), сопряжена с необходимостью использования по крайней мере одной из существующих экспериментально-психологических методик (Яловский В.М., Колпаков Я.В., 2007; Байханов Е.Б., 2008). Что вряд ли возможно в условиях экспресс-консультирования. И,

тем более, в «полевых» условиях оказания первичной наркологической помощи.

4.1.2. Другая, усовершенствованная методика, разработанная Е.М. Новиковым, Ю.В. Валентиком, А.А. Дрейзеном, Е.С. Соболевым (2009), предполагает, во-первых, комплексную оценку всех актуальных информационных блоков (биологического, социального, психологического, мотивационного); возможность оценки и соотнесения тяжести рассматриваемых проблем с дифференцируемыми уровнями мотивации. Во-вторых, выделяемые в данной методике уровни мотивации могут быть оценены в ходе обычного интервьюирования, т.е. в условиях проведения мотивационной терапии. В-третьих, обозначенные уровни мотивации сопоставимы с вышеупомянутыми стадиями изменений в модели Прохизки-ДиКлементе. Что дает возможность проведения классического и наиболее эффективного варианта мотивационной терапии. Полное описание методики следующее.

Для проведения анализа глубины расстройств каждый блок выделенных особенностей (биологических, социальных, психологических, духовных) имел балльную оценочную шкалу, по которой расстройства, выраженные в незначительной степени, оценивались в 1 балл; умеренно выраженные — в 2 балла; расстройства, выраженные в достаточной степени, имели оценку 3 балла; трою выраженные — 4 балла.

В первом случае, при наличии у больных незначительно выраженных расстройств, клинические особенности заболевания проявились начальными признаками формирования зависимости, этапом I ст. заболевания, с преобладанием психической зависимости от ПАВ, нерегулярным его употреблением, относительно безвредным способом применения (в данном случае имелся в виду ингаляционный способ применения героина), преходящими неврозоподобными или невыраженными аффективными расстройствами, отсутствием каких-либо соматических нарушений.

При оценке социального статуса при этом уровне расстройств следует отметить, что больные остаются жить в семье, вели привычный образ жизни, не вызывая ни у кого ни настороженности, ни подозрений в отношении приема ПАВ, хотя временами куда-то исчезали. Круг общения в основном остается прежним, вместе с тем могут появляться и новые лица, не совсем вписывающиеся в этот круг.

Психологически больные начинают в какой-то степени утрачивать свойственную им привычную активность, живость и яркость восприятия, эмоциональность. Настроение временами без видимой причины становится сниженным, в мышлении исчезает четкость, появлялась рассеянность, некоторых забывчивость.

В духовной сфере выраженных изменений не отмечается, тем не менее, имеет место некоторое снижение прежних интересов, увлечений, появление не свойственного больным безразличия и пассивности, сомнений и некоторого рискованного в отношении прежних целей, устремлений и жизненных планов. Суммарная оценка этих расстройств составляет 4 балла.

При умеренно выраженных расстройствах, влечение к ПАВ становится более выраженным, больные все более отчетливо осознают, что чего-то не хватает, но в большей степени это проявляется на психическом уровне. Так, мысли больного (его сознание) в той или иной степени связаны с «наркоманической тематикой». Заметно возрастает биологическая толерантность, появляются случаи тяжелых опьянений с явлениями передозировки (утрата контроля), и это происходит при наличии у больных «свободных, лишних» денег. Прежний способ приема наркотических средств уже не всегда удовлетворяет, и больные начинают пробовать внутривенный способ введения, учащается кратность, которая в зависимости от ситуации носит хаотичный характер. Вместе с тем формируется «система» приема. В ряде случаев, при отсутствии возможностей приема наркотических средств в течение нескольких дней, у больных появляются разного рода вегетативные расстройства, т.е. начинает формироваться физическая зависимость.

В социальном статусе при этом уровне расстройств можно было уже отметить ряд отклонений. Прежние семейные отношения в большей степени становятся формальными. Близкие родственники начинают отмечать появление не свойственных больным негативных проявлений в поведении. Им с трудом удается скрывать от близких прием наркотических веществ, последние начинают догадываться о реальном положении дел, хотя и продолжают питать иллюзии, что «это не так». В кругу общения больных уже преобладают лица с зависимостью от ПАВ или имеющие отношение к наркобизнесу. Появляются проблемы с учебой, утрачиваются прежние интересы, больные пропускают или вовсе не посещают занятия, оформляют академические отпуска или вообще оставляют учебные заведения. Работающие больные совершают прогулы, начинают менять места работ, могут подолгу нигде не работать.

Психологически больные все в большей степени утрачивают привычную активность, живость и яркость восприятия. Насыщение становится все более неустойчивым. Вне интоксикации чаще преобладает сниженный фон настроения с раздражительностью. Интеллектуальная сфера становится более, менее подвижной, исчезает четкость, все больше проявляется рассеянность, забывчивость. В двигательной сфере больных вне интоксикации все больше отмечается суетливость, заметное снижение работоспособности, проявление общей вялости и разбитости.

Духовная сфера заметно беднеет. Больные начинают утрачивать прежние интересы, увлечения, появляется заметное безразличие, пассивность, а временами скептицизм и раздражение в отношении прежних целей и жизненных позиций. Суммарная оценка этих расстройств составляет 8 баллов.

При уровне расстройств, имеющих критерий выражены в достаточной степени, - влечение к ПАВ становится уже клинически очерченным. Вместе с тем к проявлениям зависимости существует двойственное отношение. С одной стороны, больные осознают необходимость приема ПАВ, с другой, сохраняется «уверенность» в том, что в любой момент они могут осознанно прекратить этот прием. Попытки прекратить употребление ПАВ приводят к

появлению характерных симптомов абстиненции. Иными словами, при этом уровне расстройств уже в достаточно выраженной степени проявляются явления физической зависимости. Мысли больного поглощены поиском и приобретением ПАВ. Наркотические вещества и все, что с ними было связано в сознании больных, становятся доминирующими. Все остальное отодвигается на задний план. Толерантность резко возрастает, преобладает внутривенный способ введения, изредка ингаляционный, или пероральный, четко устанавливается кратность приема, хотя временные периоды приема могут еще различаться.

В социальном статусе при этом уровне расстройств отмечается значительное снижение. Подавляющему большинству больных уже с трудом удается скрывать от родственников зависимость от ПАВ. Уличенные в этом, они игнорируются, пытаются найти «рациональное» объяснение. Контакты с близкими родственниками заметно нарушаются, больные отгораживаются, замыкаются, легко раздражаются. При попытке поговорить с ними «по душам» и лишь в состоянии интоксикации проявляется склонность к пустым пространственным разговорам. При этом больные пытаются всячески оправдать свое пристрастие или, наоборот, показать, что они контролируют ситуацию и в любой момент могут прекратить употребление ПАВ. Близкие родственники указывают на тот факт, что больные за последний период времени, чаще всего несколько месяцев, стали неузнаваемы: утратили большинство своих положительных личностных качеств, стали крайне несдержанными, эгоистичными, лживыми, конфликтными и даже агрессивными. Круг общения таких больных ограничивается лицами с зависимостью от ПАВ или наркодиллерами. При этом уровне зависимости больные еще какое-то время с большим трудом продолжают учебу, но, как правило, вскоре оставляют ее. Появляются проблемы и с работой. Подолгу нигде не работая, они или живут наждивании родных, или вовлекаются в сферу криминального бизнеса.

Психологически больные все больше и больше утрачивают способность адекватного сенсорно-перцептивного восприятия и эмоционального реагирования. В основном все эти процессы преломляются или через призму интоксикации ПАВ, или через состояние абстиненции. Насыщение вне интоксикации остается сниженным, с раздражительностью и гневливостью. В интеллектуальной сфере также отмечается регресс. Больные уже с трудом используют прежний запас знаний, переходя на более низкий уровень функционирования. В значительной степени проявляется рассеянность, забывчивость. В двигательной сфере больных вне интоксикации отмечается пассивность, вялость, резко падает мотивация к любой сфере деятельности, не связанный с ПАВ. Духовная сфера скучеет. Больные в значительной степени утрачивают свои прежние интересы, увлечения, появляется безразличие, пассивность и периодически выраженный пессимизм с полной безнадежностью.

Суммарная оценка этих расстройств составляет 12 баллов.

При ярко выраженных расстройствах влечеие к ПАВ становится интенсивным, нередко приобретая характер компульсий. Оно начинает полностью определить весь образ жизни больного, все его мысли, полностью за-

полная сознание, «пронизывающее» личность сверху донизу. Эпизодические попытки прекратить употребление ПАВ приводят к появлению мучительных симптомов специфической абстиненции. При этом уровень расстройств большой наркоманический синдром полностью сформирован. Наркотические вещества и все, что с ними связано, становятся главной и единственной целью и ценностью в жизни, все остальное несущественным. Толерантность достигает своего максимума, способ введения становится исключительно (для опиатов) внутривенным, четко устанавливаются кратность и временные периоды приема ПАВ.

В социальной сфере происходит дальнейшее снижение. Больные уже не скрывают от родственников свою зависимость от ПАВ, всячески давая понять им, что это неизбежно, с этим надо смириться и это не имеет обратного хода, контакты с ними еще более нарушаются, больные полностью отгораживаются и живут «своей жизнью». Родственники становятся исключительно источником их существования, и только в состоянии интоксикации больные смягчаются, заявляют, что пора с этим «связываться», дают любые обещания, просят их простить и т.д.

В личностном плане больные еще более меняются, утрачивается практически все позитивное, которое подменяется крайним эгоцентризмом, бездушием, выраженной лживостью и криминальностью поведения. Круг общения ограничивается исключительно лицами с зависимостью от ПАВ или лицами, связанными с наркобизнесом. При этом уровень зависимости больные полностью прекращают учебу, ведут паразитический образ жизни или же привязываются к разного рода криминальным или оклокриминальным структурам, занимающимися наркобизнесом.

Психологическая сфера больных, все ее проявления — восприятие, эмоции, волевые, интеллектуально-мистические процессы преломляются через призму интоксикации ПАВ, или состояние абстиненции. Так, вне интоксикации восприятие больных абсолютно недифференцировано и в большей степени безразлично. Как правило, настроение в эти периоды подавленное, вместе с тем, любая, даже безобидная реальная в их адрес вызывает раздражение, которое легко переходит в гневливость. К переживаниям близких больные проявляют полное безразличие. Эти состояния во многом напоминают эмоциональный дефект у больных шизофренией.

Интеллектуальная сфера также претерпевает дальнейший регресс и полностью подчинена «обслуживанию» зависимости от ПАВ. Оставшийся потенциал этой сферы направлен на поиск, приобретение ПАВ. Заметно снижается память. Вне интоксикации больные крайне пассивны и пассивны. У подавляющего большинства из них выражено проявление анергии. Мотивационная сфера деятельности, не связанная с поиском или приобретением ПАВ, практически отсутствует. В духовной сфере отмечалось глубокое выхолощивание. Больные полностью утрачивают былые привязанности, интересы, увлечения, живут мыслями, связанными только с поиском и приобретением ПАВ. Появляются безразличие, пассивность, пессимизм. Жизнь измеряется временем от приема до приема ПАВ без всякой реальной пер-

спективы. Следует отметить, что у некоторых больных на данной стадии, на фоне интенсивного влечения отмечается снижение толерантности. Вместе с тем, временные интервалы приема ПАВ, в отличие от основной массы, заметно короче. Деградация в социальной, психологической и духовной сферах у них чрезмерно выражена. Любые позитивные предложения в отношении изменения образа жизни, связанные с проведением тех или иных реабилитационных мероприятий, вызывают у них негодование, состоящие бессильной злобы и ярости. В подавляющем большинстве случаев этих больных отличает полная анергия. Они оживаются, лишь, когда речь заходит о наркотических веществах. Суммарная оценка выше перечисленных расстройств составляет 16 баллов.

Такой комплексный подход к оценке, страдающих зависимостью от ПАВ, а также использование балльной системы, дает возможность более объективно оценивать состояние больного.

В подавляющем большинстве случаев между клиническими (биологическими), социальными, психологическими и духовными сферами больных с зависимостью от ПАВ существует прямая корреляция, т.е. с утяжелением (углублением) клинических нарушений отмечается психологический регресс, социальная и духовная деградация личности.

Вместе с тем, мотивация больных на проведение лечебно-реабилитационных и реконструктивных мероприятий не несет характер таинской линейной зависимости, в наоборот, нередко бывает парадоксальной, с учетом этого выделяются различные уровни мотивационных установок на проведение лечебно-реабилитационных и реконструктивных мероприятий.

**Уровень 0** предполагает полное отсутствие мотивационных установок на проведение каких-либо лечебно-реабилитационных мероприятий и мероприятий по реконструкции личности. В данном случае наркоман активно избегает разговоров и даже намеков о необходимости лечения, общается или с наркоманами, или с краем людей, задействованных в сфере наркобизнеса. Любые попытки со стороны близких как-то позитивно повлиять на его образ жизни вызывают крайне негативные реакции. Эти больные весь мир делят на две части: мы — наркоманы и они — чужие, которые нас не понимают и никогда не поймут, в лучшем случае они могут быть источником для приобретения наркотических средств.

В эту группу в основном входит больные с длительным периодом употребления ПАВ, в основном с конечной стадией заболевания. Этую группу составляют больные, у которых все выше перечисленные расстройства во всех четырех сферах ярко выражены и оцениваются чаще в 16 баллов. В эту же группу вошли незначительная часть больных с начальными клиническими проявлениями зависимости, но с явлениями выраженного психологического регресса, социальной, духовной деградации, и нередко педагогической запущенности.

**Уровень I** характеризуется отсутствием мотивационных установок на проведение специальных лечебно-реабилитационных мероприятий и меро-

приятий по реконструкции личности, но готовностью принять и использовать программы по снижению вреда от употребления ПАВ.

Эта значительная популяция наркоманов (более 50%) при соответствующих условиях активно идет на контакт с медицинскими работниками, но избегает официальную наркологическую службу, имеет некоторые знания по проблемам ВИЧ-инфекции, гепатитам В и С, охотно пользуется услугами по обследованию на ВИЧ-инфекцию и гепатиты, прислушивается к советам и информации «аутрич»-работников. Полученные знания о «снижении вреда» передаются больными в своей среде. Следует отметить, что в популяции больных с этим уровнем установок в процессе участия в программе «снижение вреда» возможно ненавязчивое формирование мотивации на лечение зависимости от ПАВ с использованием технологий МЕТ. К этой группе относятся больные с достаточно длительным и устоявшимся периодом наркотизации, среди которых преобладают больные со 2-й ст. заболевания, и расстройствами в биологической, социальной, психологической и духовной сферах, которые выражены в достаточной степени и оцениваются в 12 баллов. Вместе с тем, этот уровень установок отмечается и у некоторой части больных с ярко выраженными расстройствами оцениваемыми в 16 баллов.

При уровне 2 мотивационных установок на проведение лечебно-реабилитационных и реконструктивных мероприятий у больных появляется мотивация только на купирование тяжелых абстинентных расстройств. Как правило, период полного воздержания от употребления ПАВ у них не превышает 7-10 дней. В дальнейшем они пытаются принимать наркотики с большими интервалами, стремясь перейти на малые дозы ПАВ, но вскоре, спустя максимум 1,5 мес., возвращаются к привычному стереотипу. Больные с этим уровнем установки в течение довольно длительного времени (2-3 года) помногу раз обращаются за краткосрочной помощью. Следует отметить, что в процессе лечения с использованием технологий МЕТ в этой группе появляются больные с мотивацией на проведение более длительного и полного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий в специальных учреждениях. Данный уровень мотивационных установок отмечается у 25-27% больных с зависимостью от ПАВ. Это в основном больные с относительно длительным периодом употребления ПАВ, чаще со второй стадией заболевания и выраженным расстройствами во всех четырех сферах, с оценкой в 12 баллов. Сюда же входила часть больных с умеренно выраженными расстройствами, суммарно набирающих 8 баллов.

При уровне 3 мотивационных установок на проведение лечебно-реабилитационных мероприятий больные обращаются за помощью даже при наличии источников получения наркотических средств. Особенно активно они прибегают к медицинской помощи при развитии абстинентных явлений. Как правило, по истечении острого периода они строят планы на длительный отказ от употребления ПАВ, включаются в предлагаемый комплекс как стационарных, так и амбулаторных лечебно-реабилитационных мероприятий, сблюдают правила реабилитационного поля (пространства), т.е. прекращают общение с наркоманами, меняют места жительства, не отвечают на ус-

ловные телефонные звонки, пытаются находить себе занятия. Вместе с тем, больные с таким уровнем установок допускают мысли об употреблении «безвредных, легких» наркотических средств, таких, как марихуана, гашши, или об эпизодическом употреблении привычного наркотика. Как правило, длительность ремиссий у них непродолжительна, не более 3-3,5 мес. Следует отметить, что у этих больных даже незначительные позитивные сдвиги формировали перспективу и придавали уверенность в положительном исходе лечебно-реабилитационного процесса. У подавляющего большинства больных с таким уровнем мотивационных установок расстройства – в биологической, социальной, психологической и духовной сферах – оцениваются как умеренно выраженные, с суммарной оценкой в 8 баллов. Вместе с тем, встречаются и больные, у которых расстройства в этих сферах достигают суммарно 12 баллов, а у незначительной части больных – 4 балла. Во всей популяции больные с этим уровнем мотивационных установок на проведение лечебно-реабилитационных и реконструктивных мероприятий составляют 15-17%.

Больные с уровнем 4 мотивационных установок на проведение лечебно-реабилитационных и реконструктивных мероприятий более осознанно подходят к проведению всего комплекса воздействий, реально оценивают физиал зависимости от ПАВ, активно ищут контактов с врачами, строят шансы на абсолютное воздержание от любых ПАВ, и даже легких, и алкоголя, проявляют интерес к новым методам терапии, интересуются существующими лечебно-реабилитационными программами, центрами, где используются те или иные программы. Они стойко переносят острый период абstinенции, активно работают в психотерапевтических группах, сотрудничают с врачами, строго выполняют все рекомендации. После выписки жестко соблюдают правила реабилитационного поля, вступают в различные сообщества изюминных наркоманов, готовят себя к длительному пребыванию в учреждениях реабилитационной направленности. Вместе с тем, такие объективные факторы, как невозможность в запланированные периоды времени попасть в эти учреждения, те или иные проблемы с оформлениями документов, или проблемы материального характера вызывают у них разочарование, неверие, пассивность и приводят к «срывам». Как правило, ремиссии у этих больных могут продолжаться до 4,5-5 мес., но даже после «срыва» они заново начинают проходить все эти этапы. В популяции наркозависимых такие больные составляют от 9 до 11%. Значительная часть таких больных формируется со временем из предыдущей группы, т.е. из больных, у которых уровень расстройств в биологической, социальной, психологической и духовной сферах оценивается как умеренно выраженный, с оценкой в 8 баллов. Встречаются больные и с более глубоким уровнем расстройств, достигшими 12 и даже 16 баллов. Больные с незначительным уровнем расстройств, имеющие суммарную оценку 4 балла, составляют обычно небольшую долю.

Больные с уровнем 5 мотивационных установок на проведение лечебно-реабилитационных и реконструктивных мероприятий в прогностическом отношении являются наиболее благоприятными из всех перечисленных групп. Нередко эта часть наркозависимых, прошедшая весь путь болезни, и

сохранившая свое личностное ядро, у которой под воздействием незримого, иногда даже непонятного для самого больного стечения как внутренних, так и внешних обстоятельств появляется твердое непоколебимое убеждение кардинально все изменить. Как отмечают сами больные, это происходит как «озарение», какое-то «просветление». Эти больные, несмотря ни на какие трудности и длительности сроков (иногда несколько лет), активно проходят все этапы лечебно-реабилитационных и реконструктивных мероприятий, становятся активными поборниками жизни без каких-либо ПАВ, включая и алкоголь. Из них в дальнейшем формируются бригады волонтеров, работающих в тех или иных лечебно-реабилитационных и реконструктивных программах для наркоманов. Эти больные, продолжая функционировать в реабилитационных центрах в качестве уже штатных сотрудников, несут мощный психотерапевтический заряд для новичков, являясь тем «цементирующим» материалом, который во многом обеспечивает успешную деятельность реабилитационных центров. Больных с таким уровнем установок немногого – 3-4% от общей популяции зависимых от ПАВ. Как ни парадоксально, подавляющее большинство из них обнаруживало высокий уровень расстройств, достигавший суммарной оценки 12 и даже 16 баллов.

Свободное использование приведенной диагностической методики предполагает хорошее знание комплексных (клинических, социальных, психологических) характеристик аддиктивных расстройств и химической зависимости.

#### 4.2 Технологии мотивационного собеседования

Мотивационное собеседование является основной рабочей технологией МЕТ.

МЕТ не предлагает никаких-либо новых уникальных приемов или техник проведения беседы с клиентом. Вместо этого в МЕТ активно используются любые приемы и техники, соответствующие стилю метода и позволяющие эффективно помогать клиенту в работе с собственными противоречиями для принятия решений по поводу изменения поведения.

Итак, для того чтобы способствовать изменениям клиента с помощью метода МЕТ, консультант может использовать следующие рекомендации по организации беседы с клиентом:

- создать сопереживающую атмосферу;
- установить и поддерживать хороший контакт с клиентом;
- выслушивать клиента и демонстрировать ему, что стараешься понимать его поведение, мотивы и персональную ситуацию клиента;
- привести в порядок то, что говорит клиент, чтобы помочь ему разобраться;
- привнести в разговор альтернативы решения проблем и обсуждение их с клиентом;
- оставлять за клиентом право выбора на основе тщательного анализа того, как лучше поступить.

Для этого консультант может использовать вопросы, отражающее слушание, приведение в порядок того, что говорит клиент путем пересказывания в более понятной форме, перестройку сказанного для того, чтобы показать его другое значение, подытоживание и другие приемы.

Основными приемами МЕТ являются открытые вопросы, отражающее слушание, подытоживание, обобщение и поддержка.

#### Вопросы

Вопросы помогают начать интервью/консультацию, развивать новые темы для обсуждения, способствовать подчеркиванию и разъяснению спорных моментов, а также помочь клиенту в самораскрытии.

Вопросы условно можно разделить на открытые и закрытые. К открытым вопросам относят вопросы, на которые нельзя ответить кратко, несколькими словами. Такие вопросы поощряют других людей к разговору и позволяют вам получить максимум информации. Один из самых полезных при беде открытых вопросов: «Вы могли бы привести конкретный пример?».

Во время консультирования следует задавать такие открытые вопросы, которые бы побуждали клиента к более глубокому размышлению.

#### Пример:

Открытый вопрос: «Расскажите, пожалуйста, о том, что именно Вас беспокоит...»

К закрытым вопросам относят вопросы, на которые можно ответить несколькими словами или предложениями. Они имеют преимущество, когда необходимо сфокусировать интервью на что-то определенное и установить какой-либо факт, но тогда основная ответственность за разговор перекладывается на интервьюера. Закрытые вопросы начинаются словами «кто», «где», «когда». Например: «Где Вы живете?», «Вас беспокоит то, что Вы...?» или «Сколько раз в неделю Вы употребляете наркотические вещества?»

Закрытые вопросы также могут быть очень полезны, тем не менее, необходимо все время переходить от одного типа вопросов к другому, чтобы консультация не превратилась в выяснение подробностей. В этом случае у клиента не возникает желания более глубоко разобраться в своих проблемах.

Тем не менее, где это возможно, нужно стараться переформулировать закрытые вопросы в открытые, например, вместо «Изменилась ли частота употребления Вами наркотиков за последнее время?» следует спросить: «Как изменилась частота употребления Вами наркотиков за последнее время?»

Использование открытых вопросов по теме позволит понять точку зрения клиента и прояснить его чувства в связи с обсуждаемым вопросом или ситуацией. Потому что открытые вопросы помогают клиенту больше говорить, чем слушать, стимулируют продвижение беседы и удерживают консультанта от преждевременных выводов.

Первое слово открытых вопросов часто ведет к определенного рода ответам. Например, вопросы, которые начинаются со слова «что», приводят к разговору о фактах, «как» - к обсуждению чувств или процесса, «почему» - к анализу причин.

Вопросы, начинающиеся с «Что еще», хорошо служат для развития беседы. Иногда просьба определить самые значимые проблемы (например, «Что Вас больше всего беспокоит?») помогает усилить мотивацию клиента.

Итак, важно запомнить:

- Вопросы помогают начать интервью.
- Вопросы помогают детализировать и обогащать интервью.
- Вопросы помогают устанавливать конкретные факты из жизни клиента.
- Вопросы играют ключевую роль при всесторонней оценке проблемы (схема репортера).
- Первое слово некоторых открытых вопросов часто определяет характер высказываний клиента.
- Вопросы могут быть использованы для того, чтобы контролировать чувство комфорта и темп ведения интервью.

Сама по себе постановка вопросов уже может являться ценным приемом. Задавая верные вопросы в наиболее подходящие моменты, консультант помогает клиенту быть наиболее конкретным и точным в том, что он говорит. Где это важно, необходимо формулировать вопросы таким образом, чтобы помочь клиенту предоставить информацию конкретно, насколько это возможно. Это становится особенно важным, когда консультант приступает к изучению картины употребления наркотиков клиентом или рассматривает его обычный порядок дня.

Возможные проблемы, связанные с задаванием вопросов:

«Бомбардировка и подстегивание». Слишком большое количество вопросов вынуждает многих клиентов прибегнуть к защите. Чрезмерное использование вопросов обеспечивает контроль консультанта над ситуацией, что вынуждает клиента чувствовать себя неудобно и не раскрываться в достаточной степени для качественной консультации.

Многочисленные «вокруги подряд». Консультанты могут запутывать своих клиентов, если они забрасывают их одновременно несколькими вопросами. Это еще одна форма бомбардировки, тем не менее, в отношении некоторых клиентов она иногда может быть полезной.

Вопросы в виде утверждений. Некоторые консультанты могут пользоваться вопросами как способом называния собственной точки зрения. «Что Вы думаете относительно посещения врача по релаксации вместо того, что Вы сейчас делаете?» Эта форма вопроса, точно так же как и многочисленные вопросы, иногда может быть полезной. Полезное эмпирическое правило в отношении данного типа вопросов состоит в том, что, если вы собираетесь высказаться, лучше не придавать своему утверждению форму вопроса.

Культурные различия. Если консультант работает с членом определенной возрастной группы, которая отличается от его собственной, необходимо принимать во внимание то, что неадекватное использование вопросов (относительно темпа, количества, степени откровенности, конкретности) иногда вызывает недоверие к консультанту или замыкание в себе клиента.

Вопросы, которые начинаются со слова «почему». Большинство из нас в детстве пережили определенную форму вопросов «Почему ты не сделал этого?» (укор). Вопросы, начинающиеся со слова «почему», часто вынуждают людей прибегать к защите и вызывают у них чувство дискомфорта. Такой же дискомфорт может быть вызван любым вопросом, который вызывает чувство, как будто нас допрашивают.

Вопросы и контроль. Человек, который задает вопросы, обычно контролирует ход беседы. Этот человек решает, кто про что говорит, когда и при каких обстоятельствах будет происходить беседа. Иногда вопросы могут быть полезными для возвращения контроля и управления интервью, которое вышло из-под контроля. В то же время вопросы иногда используются предубежденно и навязчиво в пользу консультанта/интервьюера, а не клиента.

#### *Отражающее (рефлексивное) слушание*

Слушание бывает двух видов:

Пассивное - вы молча слушаете, концентрируясь на том, что вы слышите, или думаете, не заботясь о том, понимает ли собеседник, что вы сейчас внимательны к нему.

Отражающее слушание (еще его называют рефлексивное или активное слушание) - слушая собеседника, вы выражаете свое внимание так, что собеседник видит и получает подтверждение, что вы это действительно внимательно слушаете.

Отражающее слушание - один из основных элементов МЕТ. Консультант путем переформулирования содержания сказанного показывает, что точно услышал и понял сказанное клиентом. Это означает, что консультант выдвигает предположение по поводу того, что клиент хотел сказать или выразить, в форме утверждения, а не вопроса.

Выслушивая то, что сообщает клиент, консультант должен демонстрировать заинтересованную реакцию. Внимательно слушайте, что говорит клиент, и пытайтесь разобраться, что он имеет в виду. Необходимо выделять главное. Иногда нам только кажется, что мы правильно поняли собеседника, на самом же деле он может иметь в виду совсем другое.

Таким образом, отражающее слушание позволяет консультанту:

- Показать клиенту, что его действительно слушают.
- Проверить, совпадает ли ваше понимание того, что сказал клиент, с тем, что он подразумевает.
- Помочь клиенту укрепить уверенность в необходимости изменений.

Миллер и Роллинк (Miller & Rollnick, 1991) также высказали предложение о том, что отклик в форме утверждения, а не вопроса, может оказать более эффективное воздействие и побудить потребителя наркотиков к поиску возможного решения.

#### *Формулировка отражающих утверждений*

Почти любой вопрос может быть переформулирован таким образом, что он становится утверждением.

Такое утверждение является как бы пробным утверждением, предположением, которое в форме утверждения выдвигает консультант, чтобы прояснить, правильно ли он понял клиента.

При произнесении утверждения интонация голоса понижается, в отличие от вопроса, при котором интонация обычно повышается. Таким образом, отражающее утверждение вначале фразы звучит как вопрос, но к концу фразы интонация понижается, т. е. на самом деле этот полу вопрос - полуутверждение, вы утверждаете это, как бы сомневаясь, правильно ли вы поняли.

Удобно начинать отражающие утверждения со вступительных слов, например:

- То есть, Вы считаете, что Вы...
- Похоже, Вы...
- Вам кажется, что Вы...
- Значит, Вы ...

Можно повторять несколько последних слов, сказанных клиентом. Этот прием используется, когда консультант видит, что клиент делает большие паузы в разговоре. Такое повторение последних сказанных слов может помочь клиенту говорить на эту тему дальше.

#### *Подытоживание*

Подытоживание состоит в том, что консультант мысленно выделяет суть того, что сказал клиент, и затем передает это клиенту. «Подытоживание усиливает сказанное, показывает, что вы слушали внимательно, и готовит клиента к тому, чтобы продвигаться дальше» (Miller & Rollnick, 1991). Подытоживание, объединяющее положительные и отрицательные чувства клиента по поводу употребления наркотиков, может помочь клиенту осознать его противоречия. Подытоживание может служить как хорошим началом, так и завершением встречи с клиентом, и оно может послужить клиенту естественным мостиком для перехода от одной части беседы к другой. Подытоживание может помогать клиенту в переходе от одной стадии изменения к другой.

Консультант может использовать подытоживание для того, чтобы:

- обобщить то, что было сказано клиентом;
- связать разные темы или моменты того, что было сказано клиентом;
- обобщить сказанное, чтобы затем перейти к обсуждению другой темы или отдельных ее моментов.

Подытоживание обычно начинается со вступительной фразы, например: «Таким образом...», «Если я Вас правильно понял...», «Я хотел бы уточнить - Вы сказали...», «Другими словами...», «Если подытожить то, что Вы сказали...», «Итак, Вы планируете...», «Если я не ошибаюсь, Вы хотели сказать...».

При подведении итогов консультант может выбрать, какую информацию включить, а какую свести до минимума или упустить. Просить клиента делать поправки при подведении итогов, чтобы убедиться в том, что все поняли правильно и клиент не возражает. Это также может стимулировать появление дополнительных комментариев и продолжение обсуждения.

Таким образом, подытоживание помогает клиенту осознать свои собственные реакции и оценить свой собственный опыт. Оно также дает возможность консультанту и клиенту отметить, что было упущенено или неправильно сформулировано.

#### *Поощрение и поддержка*

Искренняя поддержка клиента развивает и укрепляет его самостоятельность и уверенность в собственных силах. Поддержка со стороны консультанта включает признание тех трудностей, которые пережил клиент. Выражая поддержку, консультант говорит: «Я слышу, я понимаю», он демонстрирует уважение к опыту и чувствам клиента. Поддержка позволяет клиенту почувствовать себя более уверенно в мобилизации своих внутренних ресурсов для того, чтобы предпринимать действия и достичь изменений. Подчеркивание опыта клиента, указывающего на силу, успешность, может помочь избежать разочарований и потери мотивации.

Вот некоторые примеры высказываний, используемых консультантами для поощрения и поддержки клиента:

- Я понимаю, насколько сложно Вам было решиться прийти сюда. Вы сделали большой шаг.
- Думаю, это здорово, что Вы хотите сделать что-то в связи с этой проблемой.
- Должно быть, это было очень трудно для Вас.
- Вы действительно очень сильный человек, если смогли так долго жить с этой проблемой и не сдаться.
- Это хорошее предложение.
- Вам наверняка очень трудно выдерживать такой стресс каждый день. Должен признать, что, если бы я оказался на Вашем месте, мне бы тоже было очень трудно.

#### *Поощрение высказываний клиента, направленных на побуждение самого себя*

Вовлечение клиента в процесс изменений составляет основную задачу MET. Задание консультанта состоит, прежде всего, в том, чтобы помочь клиенту осознать, насколько лучше может быть жизнь и как ее можно сделать такой; и уже во вторую очередь в том, чтобы определить проблему и предложить пути ее решения.

Консультант должен помнить, что его роль состоит в том, чтобы стимулировать клиента высказывать свои личные опасения и идеи, а не в том, чтобы убедить его в необходимости изменения. Успешное MET предполагает, что сам клиент, а не консультант, будет выдвигать аргументы в пользу изменений и убеждать себя в том, что он хочет и может измениться. Высказывания, направленные на побуждение самого себя, являются сигналом того, что двойственность и сопротивление уменьшаются.

Можно выделить четыре типа высказываний, имеющих прямое отношение к побуждению самого себя (Miller & Rollnick, 1991):

- Высказывания клиента, когда он осознает проблему (например, «Думаю, это более серьезно, чем я считал раньше»).
- Высказывания клиента, которые отображают его эмоции и чувства по поводу озабоченности осознанной проблемой (например, «Я действительно обеспокоен тем, что со мной происходит»).
- Высказывания клиента, выражющие явное или скрытое намерение изменить поведение (например, «Я должен с этим что-то сделать»).
- Высказывания клиента, выражющие оптимизм по поводу способности измениться (например, «Я знаю, что, если я попытаюсь, я действительно смогу это сделать»).

Для стимулирования высказываний, направленных на побуждение самого себя, можно использовать вопросы. Ниже приводятся примеры вопросов, которые консультант может использовать для того, чтобы стимулировать клиента к побуждениям самого себя измениться.

*Вопросы, помогающие стимулировать высказывания клиента по поводу осознания проблемы:*

Что заставляет Вас думать, что это проблема?

Какие сложности у Вас возникали в связи с употреблением наркотиков?

Как Вы считаете, каким образом употребление Вами наркотиков могло причинить вред Вам и другим людям?

Мешал ли Вам когда-либо прием наркотиков делать то, что Вам хочется?

*Вопросы, помогающие стимулировать высказывания клиента по поводу беспокойности проблемой:*

Что в Вашем употреблении наркотиков Вы сами или другие люди могли бы расценивать как причину для беспокойства?

Что Вас беспокоит в связи с употреблением? Как Вы думаете, что может с Вами произойти?

Что Вы чувствуете по поводу употребления?

Насколько Вас это беспокоит?

Что, по Вашему мнению, произойдет, если Вы ничего не измените?

*Вопросы, помогающие стимулировать высказывания клиента по поводу намерения изменить поведение:*

То, что Вы сюда пришли, означает, что, по крайней мере, какая-то часть Вас готова к тому, чтобы что-то делать. Какие Вы видите причины для того, чтобы что-то менять?

Почему Вы считаете, что Вам нужны изменения?

Если Вам все будет удаваться на 100% и все события будут развиваться именно так, как Вы того хотите, что изменится?

Что указывает на то, что Вы можете продолжать употреблять наркотики по-прежнему?

А что указывает на то, что сейчас настало время что-то менять?

Что Вы на данный момент думаете об употреблении Вами наркотиков?

Какие преимущества того, чтобы все изменить?

*Вопросы, помогающие стимулировать клиента высказываться с оптимизмом по поводу изменений:*

Что дает Вам уверенность в том, что, приняв решение измениться, вы сможете этого достичь?

Что поддерживает Вас в мысли, что Вы сможете что-либо изменить, если этого захотите?

Что, по вашему мнению, поможет Вам воплотить в жизнь выше решение об изменениях?

Консультант может поддержать высказывания клиента, направленные на побуждение самого себя, с помощью методов, описанных ранее: с помощью отражающего слушания, кивания головой, одобрительного выражения лица и фраз поощрения и поддержки.

Необходимо поощрять клиента продолжать исследовать возможности изменения. В этом помогают просьбы уточнить, привести пример или рассказать больше об оставшихся причинах беспокойства.

*Как способствовать изменениям, не вызывая сопротивления*

В мотивационном интервьюировании большое внимание уделяется работе с любыми причинами, которые уводят клиента в сторону от уменьшения проблем, связанных с наркотиками, алкоголем или другим проблемным поведением.

И в самом деле, существует множество причин, по которым человек может предпочесть продолжать употреблять наркотики, таких как безысходность, недостаточная уверенность в себе, низкая самостоятельность, удовлетворение от некоторых сторон жизни, связанных с проблемным поведением, и т.д. Страх перед изменениями может заставлять клиента противиться им. Это будет находить проявление в работе с консультантом.

Знаками сопротивления может быть то, когда клиент начинает перебивать вас, игнорировать, спорить, отрицать, говорить о явно незначительных вещах, мечтать, вспоминать, говорить сам с собой и так далее. Если консультант замечает в поведении собеседника подобные проявления, стоит подробно проанализировать собственные действия, планы и предполагаемые результаты. Возможно, консультант приступил к реализации плана запуска изменения, не оценив должным образом степень готовности вашего собеседника. Если так, то это он сам и заставил клиента спорить, перебивать и игнорировать свои аргументы. Сопротивление - это признаки того, что клиент не чувствует, что его слышат, уважают и воспринимают всерьез. А возможно, он просто еще не готов к переменам в поведении, необходимость которых консультанту уже кажется очевидной.

Таким образом, для того чтобы свести к минимуму сопротивление со стороны клиента, в процессе работы необходимо помнить следующее:

- Споры и убеждения не продуктивны.
- Попытки настоять на своем, порождают сопротивление.
- Сопротивление - сигнал к тому, что необходимо изменить подход.
- Не нужно навязывать ярлыков и рецептов.

*Профессиональная реакция на сопротивление*

Для описания методов работы, позволяющих избежать препирания с клиентом, Миллер и Роллинк (Miller & Rollnick, 1991) использовали термин «непротивление сопротивлению». Сопротивление - это знак, что, вероятно, клиент смотрит на проблему по-другому. В такой ситуации задача консультанта принимать во внимание точку зрения клиента, а не отбрасывать ее в своей работе с ним. Это также сигнал, чтобы изменить направление или характер беседы либо слушать более внимательно.

Способы реагирования на сопротивление в основном базируются на отражающем слушании. Например, представьте себе, что клиент говорит:

«Не понимаю, что страшного в том, что я употребляю наркотики? Все мои друзья колются не меньше моего!»

Используя некоторые из методов, описанных Миллером и Роллинком, консультант может ответить на это утверждение следующими способами.

- Признать сопротивление клиента. Например: «Вы не можете понять, отчего у Вас возникают проблемы с наркотиками, в то время как у Ваших друзей, по всей видимости, никаких проблем нет» (простое отражение).
- Ответить клиенту в усиленной или преувеличенной форме, чтобы обнажить другую сторону противоречия в его высказывании. При этом следует избегать саркастического тона, а лишь слегка подчеркнуть основные слова. Например: «Если у Ваших друзей не возникает никаких проблем с употреблением наркотиков, то и Вам нечего беспокоиться» (усиленное отражение).
- Консультант выслушивает клиента и сам формулирует другую сторону двойственности мыслей клиента по этому поводу. При этом он использует то, что было сказано самим клиентом: «Мне кажется, что Вам действительно очень трудно во всем разобраться. С одной стороны, Вы пришли сюда потому, что испытываете беспокойство от того, что колетесь, и от того, как это на Вас влияет. Но, с другой стороны, Вы, похоже, употребляете наркотики не больше ваших друзей» (двухстороннее отражение).

В. Миллер и его коллеги описали и предложили как минимум семь способов адекватного реагирования на сопротивление клиента:

#### *Простое отражение*

Самый простой способ реагирования на сопротивление состоит в повторении сказанного клиентом в нейтральной форме.

Простая рефлексия выражает признание и принятие того, что сказал клиент, и в то же время допускает противоположный ответ.

#### *Усиленное отражение*

Другой подход состоит в отражении сказанного клиентом в преувеличенной форме, но без сарказма. Такой прием может побуждать клиента к положительным изменениям, не вызывая сопротивления.

#### *Двухстороннее отражение*

Эта стратегия ответа предполагает принятие сказанного клиентом и в то же время подчеркивание его противоположных по значению высказыва-

ний. Для этого нужно использовать информацию, которую клиент предоставил ранее, не обязательно во время этой встречи, а возможно несколько ранее.

#### *Смещение фокуса*

Консультант может снизить сопротивление, помогая клиенту сместить фокус беседы с преград и барьеров. Этот прием дает возможность подтвердить личный выбор клиента по поводу того, как ему организовать собственную жизнь.

#### *Согласие со смещением*

Это тонкий прием, который предполагает выражение согласия с клиентом, но с небольшим смещением акцентов, что позволяет стимулировать обсуждение.

#### *Перестройка сказанного (рефрейминг)*

Подходящая стратегия для тех случаев, когда клиент отрицает наличие личных проблем - она заключается в том, чтобы предложить другое, положительное объяснение информации, представленной клиентом в негативном свете. Перестройка сказанного подразумевает, что консультант соглашается с тем, что говорит клиент, одновременно обращая его внимание на другое значение высказывания или предлагая такую его интерпретацию, которая может поддержать устремления клиента изменить свою жизнь.

#### *Неожиданное принятие стороны собеседника*

Еще одна стратегия реагирования на сопротивление клиента - принять сторону собеседника, когда он высказываеться против изменений. Консультант использует высказывания самого клиента, которые направлены против изменений, по возможности добавляя прием усиленной рефлексии. Если клиент проявляет двойственность (т. е. рассматривает оба аспекта изменений), а консультант занимает негативную позицию, то это, в свою очередь, побуждает клиента сказать: «Да, но...», - и самому представить другую, положительную сторону изменений. Но консультанту нужно быть очень осторожным с применением этого приема на начальных этапах консультирования и по отношению к клиентам, недостаточно уверенным в себе или в плохом расположении духа.

Таким образом, работу с сопротивлением можно использовать для достижения положительных результатов. С помощью адекватного реагирования можно изменить восприятие ситуации клиентом.

Итак, если консультант сталкивается с сопротивлением со стороны клиента, МЭТ рекомендует использовать следующие стратегии, как реагировать на это сопротивление:

- Используйте отражающее слушание, простое, усиленное или двухстороннее отражение сказанного или чувств, которые за этим стоят.
- Измените направление беседы: вернитесь к теме, где вы чувствуете себя уверенно, а клиент спокойно.

- Подчеркивайте личный выбор - решает сам клиент, а вы только помогаете ему в рассмотрении.
- Извинитесь: признайтесь, что вы сделали ошибку, затронув эту тему, и сожалеете об этом.
- Используйте перестройку сказанного: предложите новые значения того, что сказал клиент.
- Соглашайтесь, но со смещением.
- Используйте неожиданное принятие другой позиции: зайдите противоположную позицию, отстаивайте мнение, что меняться не нужно.

#### *Как развивать разговор об изменениях поведения*

Задачи для беседы консультанта и клиента, направленной на изменения:

- Установите контакт.
- Определите вместе с клиентом преимущества и недостатки существующего положения дел.
- Выражайте веру в возможность изменений.
- Обсудите намерения/планы по поводу изменений.

Выбирайте, как и о чем вести беседу, в зависимости от того, насколько клиент готов разговаривать на тему изменений и, вообще, насколько готов обсуждать свои проблемы. В целом, неплохо в самом начале постараться установить, на какой стадии изменений по отношению к проблеме находится клиент.

Ниже описывается набор стратегий для проведения консультации по методу МЕТ, состоящий из восьми частей. В зависимости от того, сколько времени имеется в вашем распоряжении и степени «продвинутости» клиента в обсуждении собственных проблем, можно применять сразу несколько стратегий за один раз. В принципе, консультанту следует переходить от одной стратегии к другой по мере того, как готовность клиента к изменениям возрастает.

#### *4.3. Основные стратегии мотивационного собеседования*

Описываются следующие основные стратегии для проведения консультации по методу МЕТ:

1. Начальная стратегия 1: заведите с клиентом разговор о его образе жизни, существующих стрессах и проблемах и об употреблении наркотиков.

2. Начальная стратегия 2: поговорите о здоровье и употреблении наркотиков, о социальной ситуации и употреблении наркотиков, ... (работа, другое) и употреблении наркотиков.

3. Рассмотрите вместе с клиентом его типичный день (с утра и по минутам, что за чём следует).

4. Обсудите, что хорошего и плохого в употреблении наркотиков.

5. Предоставьте необходимую информацию, которая в будущем может помочь при обдумывании решения.

6. Обсудите будущее (воздорите планы, мечты и желания) и настоящее (текущая жизнь и наркотики): сравните так, чтобы зародить поводы для размышления.

7. Исследуйте опасения и проблемы, беспокоящие в связи с изменением поведения.

8. Сопровождайте в принятии самостоятельного решения.

Ниже эти стратегии будут рассмотрены более детально.

Если консультант намерен провести беседу, используя данные стратегии метода МЕТ, необходимо помнить, что такое интервью по времени занимает в среднем от 40 минут до 2 часов.

При отсутствии необходимого времени одну консультацию по методу МЕТ можно представить в виде небольших этапов, следующих друг за другом. Каждый этап (использование одной стратегии), в зависимости от необходимости, может занимать от 5 до 15 минут. Конечно, очень желательно, чтобы прохождение всех этих этапов укладывалось в одну консультацию. Тем не менее можно разделить типичную консультацию на несколько небольших и провести мотивационное интервьюирование за несколько встреч с клиентом. Важно лишь, чтобы каждая встреча, часть консультации имела четкое логическое завершение. Для этого в конце каждой части необходимо делать подытоживания. Разбивка консультации с применением метода МЕТ допустима только в том случае, если консультант уверен, что клиент придет в следующий раз. Если консультант только начал работать с малознакомым клиентом, не стоит спешить прибегать к МЕТ, а лучше работать над установлением хорошего контакта и развитием доверительных отношений.

Итак, если контакт с клиентом существует и есть хотя бы немного времени, можно начинать работу. Необходимо помнить, что при переходе от одной стратегии к следующей необходима все большая степень готовности клиента к обсуждению изменений. В то время как начальные стратегии могут применяться в работе почти со всеми клиентами, остальные могут использоваться только по отношению к тем клиентам, которые уже созревают для принятия решения по поводу изменений. Стратегии 1 и 2 - вводные. Стратегии 3 и 4 помогают наращивать, развивать доверительные отношения и понимать обстоятельства жизни клиента. Далее следует ориентироваться по ситуации: если клиент открыто выражает озабоченность своим поведением, можно переходить к использованию стратегий 7 и 8. Если клиента не волнует его поведение, нужно использовать стратегии 5 и 6.

*Стратегия 1. Начальная стратегия 1: заведите с клиентом разговор о его образе жизни, существующих стрессах и проблемах и об употреблении наркотиков.*

Эта стратегия включает в себя общую беседу об образе жизни клиента, о стрессах и проблемах, существующих у него на сегодняшний день, и затрагивание темы об употреблении наркотиков. Это лучше делать с помощью открытого вопроса: «Какова роль наркотиков в Вашей жизни?»

*Стратегия 2. Начальная стратегия 2: поговорите о здоровье и употреблении наркотиков, о социальной ситуации и употреблении наркотиков, ... (работа, другое) и употреблении наркотиков.*

Эта стратегия будет особенно полезна, если вы видите, что употребление наркотиков либо другое поведение приводит клиента к проблемам. Поговорив для начала в общем о здоровье, о семье или работе, об отдыхе или увлечениях и т. д. (в зависимости от того, что в конкретной ситуации будет более уместно и о чём охотнее всего будет говорить клиент), затем задайте простой открытый вопрос, например: «Какова роль наркотиков в Вашей повседневной жизни?», или «Как употребление наркотиков влияет на Ваше здоровье?», или «Как употребление наркотиков влияет на Ваш отдых (работу, отношения в семье и т. д.)?»

*Стратегия 3. Рассмотрите вместе с клиентом его типичный день (с утра и по мере сил, что зачем следует).*

Вначале клиенту предлагается выбрать какой-то один типичный день или типичную неделю из его жизни. После этого консультант формулирует предложение: «Интересно было бы проанализировать этот день (эту неделю и т. д.). Мы можем потратить следующие 5-10 минут, чтобы описать этот день (неделю) от начала и до конца. Что происходит, что Вы при этом чувствовали, какую роль играло употребление наркотиков? Давайте начнем с самого начала».

Задача при использовании данной стратегии следующая: развить и закрепить доверительные отношения, помочь клиенту детально рассказать о своем нынешнем поведении без упоминания слов «проблемы» или «ненормально», «так нельзя» и в ходе беседы оценить более детально его степень готовности к изменениям. Поэтому очень важно во время разговора собирать подходящую информацию для составления такой оценки. Для этого рассказывайте о событиях дня, и в процессе анализа вместе с клиентом, сосредоточивайте внимание на поведении и чувствах (с помощью отражения чувств). С вашей стороны основной вклад в разговор на данном этапе заключается в задавании простых и откровенных вопросов, побуждающих клиента рассказывать и анализировать то, что он рассказывает. Следует уделять внимание словам и фразам клиента, намекающим на его отношение к тому, как он сейчас живет (например, «надолго, каждый день одно и то же», или наоборот «а что - ну день как день, ничего необычного, все как всегда, все нормально»).

Очень важно, чтобы консультант старался задавать наиболее подходящий темы, когда рассматриваются события обычного дня. Необходимо ускорять темп разговора, например, с помощью новых, уточняющих вопросов, если рассмотрение проходит слишком медленно и клиент застывает на мелких, незначащих деталях. И возвращать клиента назад к предыдущим вопросам и темам, если они рассматривались слишком быстро, без должного внимания. Если клиент демонстрирует неготовность обсуждать некоторые вопросы на данном этапе, необходимо это принять как должное и вернуться к обсуждению этих вопросов немного позже. Рассмотрение содержания обыч-

ного для позволяет решить важную задачу - повысить понимание клиентом взаимосвязи между употреблением наркотиков и тем, что происходит с его жизнью.

Так как в данной стратегии консультант вообще не говорит о проблемах или опасениях по поводу употребления, эта стратегия особенно полезна для тех, кто находится на докомплексной стадии (для тех, кто не готов обдумывать изменение и счастлив продолжать употребление). Данная стратегия может также использоваться для клиентов с большей степенью готовности, так как она поможет понять причины и обстоятельства поведения клиента и собрать информацию, необходимую для того, чтобы оценить готовность клиента к изменениям.

*Стратегия 4. Обсудите с клиентом, что хорошего и плохого, по его мнению, в употреблении им наркотиков*

Эта стратегия помогает получить информацию, закрепить доверительные отношения и провести оценку готовности к изменениям. Будьте внимательны: на этой стадии, все больше и больше приближаясь к оценке сомнений и опасений в связи с употреблением, особенно важно избегать таких слов, как «проблема», «забоченность», или заявленный в стиле «нужно что-то делать».

Для начала спросите клиента, какие позитивные моменты он находит в употреблении наркотиков, например:

«Что хорошего дает Вам употребление наркотиков? Что еще? А еще что?»

«Что Вам нравится в Вашем употреблении наркотиков?» «Знаете, люди, как правило, употребляют наркотики, поскольку они в чем-то помогают. А как они помогают Вам? В чем суть?»

«Что Вам нравится в эффекте от употребления наркотиков? Что еще?»

«Что бы Вы потеряли, если бы не употребляли наркотики? Что еще?»

Покажите клиенту, что вы поддерживаете его в анализе своей жизни, например:

«Вы много знаете о наркотиках и, наверняка, знаете их с разных сторон...»

«Похоже, Вы имеете представление о том, что происходит в Вашей жизни... Это так?»

«Вы раньше уже пробовали соотносить потребление наркотиков и свою жизнь»

С помощью подобных высказываний подкрепите готовность клиента продолжать размышлять на тему наркотики и его жизнь.

Подытожьте сказанное клиентом, например: «Итак, Вы говорите, что употребление наркотиков дает Вам...»

Спросите клиента об отрицательных сторонах его употребления, например:

«Что не особенно хорошо для Вас в употреблении наркотиков? Что еще?»

«Есть ли какие-то моменты в употреблении, которыми вы не довольны?»

«Что Вам не нравится в связи с Вашим употреблением наркотиков? Что еще? А что еще?»

«Каких последствий употребления Вы бы предпочли не ощущать на себе?»

Подытожьте сказанное клиентом, например: «Таким образом, из-за употребления наркотиков у вас есть некоторые неприятности: ..., ..., ...»

После такого подытоживания постарайтесь продемонстрировать понимание чувств клиента, используя рефлексию чувств, например: «Похоже, что сейчас Вы чувствуете себя...»

Далее суммируйте все сказанное клиентом ранее - и про хорошие, и про плохие стороны употребления им наркотиков: «Итак, если я Вас правильно понял, то «с одной стороны» употребление наркотиков позволяет (помогает, дает) ..., и это действительно важно для Вас. И в то же время с другой стороны, Вы говорите, что из-за употребления наркотиков Вы (у Вас, для Вас)... Это так?»

Существует такой негласный психологический закон: «Я лучше что-то узнаю, когда рассуждаю (говорю) об этом».

Хороший признак, если в конце данной стадии клиент сам говорит открыто о своем положении примерно следующее:

«Я до сих пор не осознавал, насколько большое влияние имеют наркотики на мою жизнь».

«Думаю, что все намного серьезней, чем я предполагал раньше».

«Это не всегда такое уж удовольствие, как кажется».

«Меня беспокоит то, что я могу опять иметь неприятности, если буду продолжать делать то, что делал прежде».

Это хороший знак того, что можно переходить к следующим стратегиям.

*Стратегия 5. Предоставьте необходимую информацию, которая в будущем может помочь при обдумывании решений.*

Поскольку программы профилактики ВИЧ среди ПИН всегда имеют информационный компонент, предоставление информации клиенту является обычной задачей консультанта. Тем не менее способ подачи информации может оказывать решающее влияние на то, как клиент реагирует на наши действия.

На данном этапе предоставьте клиенту информацию о негативных последствиях употребления наркотиков, в частности о возможности инфицирования ВИЧ и гепатитом С при инъекционном употреблении наркотиков, и т.д. Помните, что это должна быть только такая информация, которая необходима для обдумывания изменений. Не спешите «нагружать» клиента советами о том, что делать, пока он не решил что-либо делать вообще.

Представляйте информацию клиенту не сразу, а поэтапно. Для начала убедитесь в том, что клиент готов воспринимать информацию (находится в трезвом состоянии, готов вас внимательно слушать и заинтересован что-то от-

нос узнать). Вначале получите разрешение клиента на сообщение информации, используя такие вопросы как: «Скажите, Вам интересно будет узнать о том, к каким последствиям приводят...?» «Хотите узнать больше о том, как...?», «Вас интересует...?» Постарайтесь обеспечить готовность клиента воспринимать то, что вы скажете, и только затем переходите к предоставлению информации. Саму информацию сообщайте в общем, нейтрально, как бы безотносительно к клиенту и ссылаясь на то, что обычно случается с людьми в общем, а не с данным конкретным клиентом. После предоставления информации поинтересуйтесь реакцией клиента, например, с помощью такого открытого вопроса: «Что Вы думаете по этому поводу?»

Узнав, что думает клиент, попытайтесь понять, насколько клиент относит сказанное к себе и своей жизни, насколько воспринимает употребление наркотиков и его последствия как свою проблему. Будет не лишним задать такие, например, вопросы:

«Мы поговорили о проблемах, связанных с употреблением наркотиков, но насколько это касается Вас?»

«Согласны ли Вы с тем, что говорят по поводу проблем, связанных с употреблением наркотиков?»

«Что Вы думаете по поводу того, что нечто подобное может произойти с Вами?»

«Считаете ли Вы, что это никогда с Вами не произойдет?»

Если клиент все еще не признает проблемы, согласитесь с ним, например:

«Наверное, это мало к Вам относится...»

«Итак, по Вашему мнению, это не про Вас. Скорее всего, Вы правы».

После таких высказываний, можно прибегнуть к примерам из жизни людей, которых клиент может знать, или рассказать о примере людей, которых знает вы.

Зародить сомнение по поводу самоуверенности клиента в том, что «это меня не касается», можно также с помощью таких, например, вопросов (если вы говорите о последствиях употребления наркотиков): «Возможно, Вы знаете кого-то, с кем случилось что-то подобное?», «Вы можете привести пример из своей жизни, когда с одним из Ваших знакомых произошло нечто подобное?». А затем можно попытаться развить эту тему (но при этом особенно не наставляйте, иначе клиент начнет сопротивляться): «Расскажите подробнее о своих мыслях и переживаниях тогда, по поводу того, что случилось с Вашим знакомым человеком?»

Если же клиент явно признает у себя проблему и риск возможных негативных последствий, о которых Вы с ним говорили, в таком случае очень полезно поддержать клиента и похвалить его способность признавать трудности и справляться с ними, например: «Вам многое пришлось пережить, возможно, Вы нештатно справляетесь со своими проблемами вообще, раз справились со всем этим...»

**Стратегия 6.** Обсудите будущее (воздорите планы, мечты и желания) и настояще (текущая жизнь и наркотики). сравните это так, чтобы зародить побудки для размышления.

Эта стратегия может использоваться только с теми клиентами, кто хоть немного озабочен своим употреблением. Обратив внимание на несомненность жизни клиента в данный момент и тем, как он/она хочет жить в будущем, четко сформулируйте противоречие между желаемым и действительным. Это может стать очень сильной мотивирующей силой.

Для начала поговорите с клиентом о его видении «светлого будущего». Спросите его, например:

«Что в жизни является для Вас самым важным? А еще?»

«Что хорошего говорят о Вас Ваша семья, друзья, знакомые?»

«Каким люди Вас помнят?»

«Чем бы Вы, в идеале, хотели бы заниматься через год? Через два? Через пять лет?»

«У Вас есть мечта? Нереализованное желание?»

«Как бы Вы хотели, чтобы Ваша жизнь изменилась в будущем?»

Подытожьте сказанное клиентом о его видении «светлого будущего», например: «В общем, можно сказать, что Вы (у Вас) ...».

Найдите возможность поддержать клиента и укрепить в нем мысль о его способности распоряжаться своей жизнью, например: «Это хорошо, что Вы сохранили сокровенные мечты, планы в надежде, что однажды они все-таки осуществляются с Вашей помощью. Вы хотели бы распоряжаться своей жизнью согласно своим планам, верно?»

Затем плавно переходите к рассмотрению текущей ситуации, жизни клиента в настоящий момент. Спросите его по поводу противоречий будущего и настоящего, например:

«Как употребление наркотиков влияет на Вас в данный момент?»

«Что мешает Вам сейчас стремиться к тому, что Вы хотите иметь в своей жизни?»

«Как употребление наркотиков соотносится с Вашими целями в жизни?»

«Как сочетается Ваш образ как потребителя наркотиков и тот образ, каким Вы хотели бы видеть себя или каким Вы хотели бы видеть другие?»

«Есть ли что-то в связи с употреблением Вами наркотиков, что Вы хотели бы изменить для того, чтобы в конце концов достичь своей цели?»

«Как будет выглядеть ситуация с Вашей жизнью, если Вы ничего не измените?»

«Если Вы будете продолжать, как и прежде, каким Вы себя видите через три года?»

В конце такого обсуждения обязательно спросите клиента, например, следующее: «Что Вы думаете по поводу всего этого?»

Подведите итог после того, как клиент попытался соотнести употребление наркотиков со своими жизненными целями, например: «Что ж, по Вашим словам, Вы хотели бы (сказать о планах и будущем клиента), но сейчас

у вас (о текущей ситуации и употреблении наркотиков), и ваши чувства и мысли по этому поводу...»

Если же такое подведение итогов застопорилось, попробуйте начать издалека: «Итак, давайте посмотрим, Вы сказали, что...». Проговорите сказанное клиентом и только потом плавно переходите к обобщению того, что было сказано.

**Стратегия 7.** Исследуйте вместе с клиентом опасения и проблемы, беспокоящие его в связи с употреблением им наркотиков и изменением поведения.

Эта стратегия является самой важной. Получение информации об опасениях и проблемах, беспокоящих клиента в связи с употреблением им наркотиков, позволяет составить план дальнейшей работы с данным клиентом. Внимание! Эту стратегию можно использовать в работе только с теми клиентами, у которых уже есть опасения, о которых вы, так или иначе, узнали. Но эта стратегия будет преждевременна, она просто не может применяться по отношению к тем клиентам, которые вообще не думают об изменениях. Консультанты иногда допускают ошибку, начиная с этой стратегии.

Лучше начать с вводного вопроса к клиенту: «После того, как мы уже многое с Вами обсудили, какие опасения у Вас есть по поводу Вашего употребления наркотиков?» или «Какие опасения у Вас есть по поводу Вашего употребления наркотиков?» Затем подытожьте сказанное клиентом в ответ, например: «То есть Вы говорите о том, что...». Задайте следующий вопрос: «А что еще Вас пугает (смуляет, беспокоит) по поводу Вашего употребления? Что еще? Что еще?». Продолжайте до тех пор, пока все опасения не будут высказаны. После каждого ответа клиента делайте краткое подытоживание.

В конце сделайте общее подведение итогов сказанного клиентом. Внимание! При этом подчеркните не только высказанные опасения, но также и высказанные ранее клиентом выгоды (позитивы, преимущества) употребления наркотиков, например: «Попробую обобщить то, что Вы сказали - итак, Вас беспокоит в связи с Вашим употреблением ... , ... . А с другой стороны, по Вашим словам, употребление наркотиков доставляет (дает, помогает) Вам ... , ... . Не так ли?». Это сделать очень важно для того, чтобы показать клиенту противоположности и дать возможность сравнить груз обеих чаек весов его сомнений. Возможно, тогда он захочет побыстрее преодолеть сомнения и разрешить проблему. Однако не следует поддаваться импульсу клиента и спешить.

Внутренний конфликт клиента, связанный с необходимостью решить, меняться или нет, может включать мысли-опасения клиента по поводу того, что произойдет с его жизнью, если он изменит свои привычки. Известно, что отказ от наркотиков сопровождается мучительной болью. Нередко это тоже влияет на принятие решения, отпугивая человека от изменений. Однако, помимо этого, может существовать немало других причин. Следующим шагом может быть исследование этих причин - опасений и сомнений по поводу необходимости изменений и последствий этих изменений.

Принцип тот же, что и с предыдущим выяснением, и он прост. Начните с вопроса, например: «Какие опасения у Вас есть по поводу изменения поведения?». Подытоживайте сказанное и задавайте новые вопросы. В конце сделайте общее подытоживание: «Если я Вас правильно понял, то по поводу того, чтобы измениться, у Вас есть опасения и сомнения, и они следующие: ..., ...». После обобщения можно переходить к следующей стратегии.

*Стратегия 8. Сопровождайте клиента в принятии самостоятельного решения.*

Эта стратегия может быть использована для тех клиентов, которые уже показывают некоторое желание обдумывать решение по поводу изменения. Не нужно торопить клиента с принятием решения. Любому человеку следует хорошенько обдумывать каждый шаг в жизни, который он собирается сделать. Однако следует помнить, что клиент может отложить принятие решения в долгий ящик и потом забыть о нем вообще. Часто это происходит потому, что клиент все еще боится изменений и того, что они принесут, недостаточно верит в себя, для того чтобы измениться. Давайте время клиенту обдумать все хорошенько, но всегда предлагайте делать это с вашим участием — предлагайте делиться всеми мыслями, сомнениями, колебаниями. Слушайте, спрашивайте, подводите итоги сказанному и... ждите. Бывает иногда сложно удержаться от соблазна «поднажать» на клиента, однако помните, что в таком случае он упрется. Поэтому вместо рассмотрения одного направления действий (например, измениться), показывайте клиенту различные варианты развития ситуации в будущем и того, что он может предпринять сейчас. Можно описать, как вели себя другие в этой ситуации. Подчеркивайте, что «Вы сами лучше всех можете определить то, что для Вас лучше».

Не забывайте постоянно напоминать клиенту о том, что есть варианты для выбора, напоминайте все выгоды и недостатки каждого из вариантов. Говорите о разных вариантах одинаковым тоном, не делая ударения на каком-либо из них.

Клиент может опасаться решения, думая, что сделает ошибочный шаг и возврата не будет. Скажите ему, что многие люди принимают решение, ошибаются или не выдерживают и опять возвращаются к принятию решения. Обязательно сообщите клиенту, что вы готовы будете с ним встретиться в любом случае, даже если после решения все пойдет не так, как было намечено. Постарайтесь почувствовать насколько ситуация затруднительна для клиента, поддержите его, но не берите на себя его проблемы: «Вы сами себе арбитр, вам решать».

Итак, еще раз кратко повторите все, о чем вы говорили с клиентом по поводу выгод и недостатков в связи с употреблением, об опасениях по поводу продолжения в том же духе и опасениях, связанных с изменением поведения. Затем спросите о принятом решении, например: «Вы говорили, что пытались решить: продолжать или измениться... Стало ли Вам более ясно после нашего обсуждения, что бы Вы хотели сделать?» Спросите: «Приняли ли Вы решение, как быть?»

*Если решение не было принято, примите этот факт спокойно. Ничего странного не произошло. Покажите клиенту, что понимаете его трудностью принятия решения, напомнив себе и ему про те «за» и «против», которые вы обсуждали до этого. Спросите клиента: «Как Вы думаете жить до того времени, пока примете решение? Что будете делать? Как будете справляться с проблемами? Как будете строить свою жизнь в соответствии со своими желаниями?» Обязательно спросите: «Есть ли что-то, что могло бы Вам помочь принять решение? Что еще Вам может понадобиться для принятия решения? Время? Информация? Какие вопросы в связи с принятием решения Вы намерены обдумать дополнительно?» Вернитесь к вопросу о принятии решения через некоторое время. До этого поддерживайте контакт, спрашивайте о жизни в общем, слушайте и давайте информацию, полезную для размышлений.*

*Если было принято решение не изменять поведение (продолжать употреблять в том же духе), примите такое решение на данном этапе. Помогите, что это право клиента. Спросите: «Из того, о чём Вы говорили (напомните клиенту), есть ли какие-то другие проблемы, в связи с которыми Вам хотелось бы что-то изменить в своей жизни и поведении?» Поскольку большинство людей стремится иметь в своей жизни как можно меньше проблем, клиент, скорее всего, проявит желание поработать, по крайней мере, над одной из упомянутых проблем.*

*Если принято решение измениться, поддержите клиента и переходите к обсуждению плана действий.*

#### 4.4. Обсуждение плана действий

Обсуждение плана действий целесообразно начинать с постановки задач: «Каким будет Ваш следующий шаг?», «Что Вы будете делать следующие один-два дня? Неделю? Месяц?».

Напомните клиенту о его опыте и помогите сопоставить его с теперешними намерениями: «Что Вы уже делали раньше, чтобы достичь этого?», «Что планируете делать сейчас?», «Вы можете сделать больше (лучше, по-другому)?»

Поинтересуйтесь, на чью поддержку рассчитывает клиент: «Кто будет Вам в этом помогать?»

Проведите оценку готовности клиента сделать то, что он наметил: «Оцените по шкале от 1 до 10 свою уверенность в том, что сделаете следующий шаг».

Поддержите клиента, выражив свою веру в его самостоятельность, например: «Похоже, Вы серьезно настроены сделать... Смотрите, у Вас есть четкое представление, что нужно делать, и это значит, что Вы этого добьетесь, даже без особой помощи со стороны других!» На этом основной этап мотивирования закончен. Клиент подошел к стадии принятия решения и активных действий. Необходимо продолжать поддерживать контакт с клиентом и действовать дальше согласно схеме работы консультанта с клиентом на разных стадиях изменения поведения (схема 1).

Схема I

*Общая схема стадий изменения поведения и алгоритма MET*

Стадия изменения и характеристики стадии	Задачи консультанта	Что предпринимать для выполнения задач (подробнее о действиях консультанта в следующих главах)
<b>Стадия преднамерения</b> Человек не задумывается над необходимостью изменений. Осознание позитивов употребления значительно пересвечивает негативы	Заронить сомнение - способствовать осознанию рисков и проблем, связанных с практикуемой моделью поведения	Установить взаимопонимание. Принять недостаток готовности. С самого начала прояснить ситуацию: решения принимает сам клиент. Предлагать и предоставлять информацию в нейтральной, не осуждающей манере. Объяснять риск и рассмотреть его в отношении к клиенту Предложить информацию, которая будет способствовать снижению вреда. Поощрять переоценку существующей модели поведения. Поощрять самоанализ, а не действия.
<b>Стадия намерения</b> Человек испытывает двойственность по поводу изменений. Находится в нерешительности. Не включает изменения в свои планы на ближайший месяц	Определить и развить причины для изменений и риски, связанные с отсутствием изменений. Укреплять самостоятельность и уверенность в собственных силах относительно изменения поведения	Принять недостаток готовности. Прояснить ситуацию: решения принимает сам клиент. Проанализировать с клиентом худшее и не очень хорошее в употреблении наркотиков. Проанализировать схему обычного дня. Поощрять анализ оценку всех «за» и «против» изменения поведения. Понять, обобщить и высказать колебания и сомнения клиента по поводу изменений. Подчеркивать новые, положительные перспективы изменений, обнаруженные в результате анализа и оценки. Отслеживать и отражать, усиливая высказывания клиента, направленные на побуждение самого себя. Избегать соблазна предлагать дово-

		ды в пользу изменения (необходимо поощрять самого клиента делать это)
<b>Стадия подготовки к действиям</b> Человек признает решение измениться и делает первые попытки - «пробует воду».	Помочь человеку наметить оптимальный план действий, направленных на изменения Планирует начать изменения уже в течение одного месяца	Изучить вместе варианты и стратегии поведения. Определить проблемы и препятствия, поддержать в их преодолении. Помочь клиенту определить возможные источники социальной поддержки. Помочь клиенту поверить в его скрытые способности для осуществления изменения поведения. Поощрять небольшие начальные шаги
<b>Стадия действий</b> Человек пробует вести себя по-новому в течение 3-6 месяцев	Поддержать клиента в его первых шагах к изменениям	Помочь в процессе определения целей, в планировании. Поддержать при решении проблем. Помочь в определении препятствий изменений и факторов, поддерживающих и закрепляющих изменения. Сосредоточиться на признаках изменения и социальной поддержке. Укреплять самостоятельность и уверенность в собственных силах при преодолении препятствий. Помогать преодолевать чувство утраты прежнего образа жизни. Проговаривать и укреплять понимание долговременных преимуществ изменения
<b>Стадия поддержания изменений</b> Человек длительное время (от 6 месяцев	Поддержать клиента в определении факторов срывов и помочь разработать и применить стратегии	Поддержать клиента в побуждении самого себя. Обсудить возможность противостояния срывам. Определить стратегии преодоления срывов, которые дали хороший ре-

до 5 лет и более) придерживается нового образа поведения	ции профилактики срыва	результат. Исследовать и спрогнозировать факторы, которые могут вызвать срыв. Составить план поддержки (близкие, группы самопомощи, консультант)
<b>Стадия срыва (необязательная стадия)</b>  <b>Человек возмущается к прежним моделям поведения</b>	Помочь клиенту вернуться к процессу размышлений, подготовки к действиям, чтобы он не разочаровался и не застрял на прежних моделях поведения после срыва	Помочь клиенту проанализировать случившийся срыв. Поддержать клиента в рассмотрении срыва как поучительного опыта, а не как проката. Оценить вместе ситуации, связанные с высоким риском. Сосредоточиться на всех «за» и «против» того, чтобы немедленно вернуться к попыткам изменить поведение

#### 4.5. Распространенные ошибки при работе с клиентом

Даже консультанты, которые изучили все, что только возможно о мотивационном собеседовании и мотивационной терапии, сняли несколько видеофильмов по этой теме и сами ведут семинары, ни в коей мере не застрахованы от неудач. Для того чтобы помочь себе и другим специалистам, работающим в этой области, полезно изучать свои собственные недостатки. Следующие аспекты являются самыми распространенными ошибками, которые может совершить консультант, проводящий мотивационную терапию.

##### *Консультант навязывает клиенту цель изменений*

Когда клиент приходит для консультации, нам часто кажется, что цель для него может быть одна и единственная: полностью и навсегда отказаться от употребления наркотика. Часто общество в целом, супруг/супруга клиента или консультант имеют весьма определенное представление о том, что следует делать клиенту: он или она должны полностью прекратить употребление. Часто противостояние с клиентом по этому поводу ведет к несогласию о необходимости что-то менять вообще. Если клиент начинает спорить, враждяя против отказа от наркотиков как конечной цели, консультант может определить его как «не поддающегося воздействию» или «тиничного наркомана, не желающего лечиться». Когда речь идет о других клиентах, с другими проблемами (например, фобии, проблемы супружества, проблемы социальных навыков), консультанты вполне готовы принять цели лечения, поставленные самими клиентами. Почему же дело обстоит иначе, когда речь заходит о помощи при зависимостях? Постановка цели отказа от наркотика в виде факта, не подлежащего обсуждению, часто вовлекает клиента и консультанта в водоворот непродуктивных споров и разговоров ни о чем, что

препятствует созданию необходимых рабочих взаимоотношений между ними.

Для консультанта это также может явиться очень разочаровывающим фактором. Консультант никогда не увидит успеха помощи, если им движет идеальный результат в образе клиента, целиком и полностью «чистом», не совершающем никаких противоправных действий и имеющим легальную работу до конца своих дней. Более продуктивной и целесообразной как для клиентов, так и для консультантов является постановка реалистичных, достижимых рабочих целей, а также возможность их обсуждать. Шаг за шагом клиент продвигается к цели, а консультант рядом. Но не наоборот.

*Консультант начинает помогать, направляя клиента на изменение еще до того, как достигнуто четкое согласие с клиентом*

Основой любой помощи клиенту в изменении поведения является анализ происходящего. Этот анализ должен проводиться вместе с клиентом, и результаты этого анализа должны обсуждаться с ним. Анализ и его результаты представляют своего рода теорию изменений, которая необходима клиенту для того, чтобы понимать, что происходит с ним или будет происходить в дальнейшем. Клиент, с самого начала должен быть в курсе этой теории, понимать ее и быть с ней согласным.

Часто кажется, что консультанты в области зависимостей боятся обсуждать свои взгляды, теории и идеи, лежащие в основе их подходов с самими клиентами. Это кажется странным. Клиент, который хочет начать лечение для того, чтобы не потерять работу из-за чрезмерного потребления наркотиков, может вовсе не собираясь прекращать употреблять их совсем, и также не готов к тому, чтобы обсуждать с консультантом свои семейные проблемы, которые (по мнению консультанта) являются причиной его злоупотребления наркотиками. Наш воображаемый консультант, однако, лишь в очередной раз укрепляется в мысли о том, что все наркозависимые отрицают свои реальные проблемы и не мотивированы к тому, чтобы перестать употреблять.

*Неспособность консультанта обходиться без поощрения в виде прогресса клиента*

Работа с зависимыми редко приносит быстрый успех, о котором консультанты часто мечтают. Консультант может практически не получать никакого ощущения удовлетворенности. Если консультант остро нуждается в такой внутренней подпитке, он очень скоро почувствует ее дефицит. Он может начать терять уверенность в своих профессиональных качествах или, что еще хуже, может развить систему представлений, в которой отсутствие успеха будет отнесено на счет личностных характеристик клиентов (например, «Никто не может нормально работать с такими очень трудными и проблемными людьми; эти наркоманы всегда сопротивляются лечению» и т. д.).

*Представления консультанта о том, что зависимые не способны к изменениям*

Представление о том, что «раз зависимость появилась, от нее уже никуда не денешься», вовсе не вдохновляет нас и наших клиентов к вере в воз-

можность перемен. Если консультант - сознательно или бессознательно - согласен с этим утверждением, он «изражает» этой точкой зрения и своих клиентов. А уж если сами клиенты начнут в это верить, то утверждение неизбежно обернется еще одним самореализующимся пророчеством.

#### *Объяснение клиентов и их проблемах*

Работа с людьми, имеющими проблемы с зависимостями, часто сопряжена со столкновением с системой морали, ценностей и представлений самого консультанта. Люди, зависимые от легальных или нелегальных наркотиков, часто совершают поступки, которые консультант может не одобрять.

Таким образом, у него часто возникает соблазн поставить клиентов в известность о том, что он не одобряет ее занятия проституцией или его вождение автомобиля в нетрезвом виде. С точки зрения консультирования в духе МЕТ, вынесение моральных суждений о поведении клиента не входит в задачи консультанта. Напротив, в его задачу входит повышение самоуважения клиента, способность дать ему почувствовать, что его принимают как личность, несмотря на его человеческие слабости. Базовой установкой консультанта должно быть принимать то, что есть, и работать с этим, а не требовать того, что должно быть.

#### *Методы помощи: слишком быстро, слишком категорично*

Люди с проблемами зависимостей часто способны различными путями убедить и себя, и работающих с ними консультантов в том, что им экстренно необходимо, чтобы кто-то (например, консультант) что-то делал по поводу их проблем! Действовать нужно немедленно, чтобы спасти клиента! Клиент полностью отдает свою судьбу в руки консультанта или врача. Консультанты, со своей стороны, «соглашаются» и начинают двигать клиентов к тому, чтобы те изменили что-то в своей жизни. Просьбы могут быть самыми различными: клиента убеждают в том, чтобы он перестал употреблять или лег в клинику на лечение. Часто консультанты запищают свои решительные и категоричные способы воздействия таким образом: «Я не могу допустить, чтобы это... (что-то ужасное) произошло с моим клиентом». Когда консультант слишком вовлечен в проблемы и боль, которую чувствуют клиенты, то такой консультант - уже не помощник, а обеспокоенный «родитель».

#### *4.6. Критерии эффективной работы*

В любой работе с клиентом, в частности с использованием метода мотивационного собеседования. Важно определить критерии эффективности такой работы. Вот только некоторые внешние признаки того, что консультант движется с клиентом в правильном направлении и при этом работает в духе МЕТ:

- Консультант говорит медленно и спокойно.
- Клиент говорит гораздо больше, чем консультант.
- Он говорит об изменении поведения.
- Консультант внимательно слушает и направляет интервью в соответствующие моменты.

- Заметно, что клиент серьезно работает, может быть, некоторые вещи он начинает осознавать первый раз.
- Клиент спрашивает информацию и советуется.
- Возникает чувство, что консультант держит холст, который клиент наполняет краской.

Для полного понимания места МЕТ в системе работы с потребителями наркотиков, а также задач, которые оно может решать в работе с клиентами, необходимо рассмотреть его отношение с другими подходами к мотивированию и помощи при изменении поведения вообще.

Необходимо отметить, что МЕТ является ориентированным на клиента методом пробуждения и развития его внутренней мотивации к изменениям. Полагать, что только этой внутренней мотивации достаточно для изменений, было бы идеалистичным.

МЕТ - только один из многих подходов к изменению поведения. Другие подходы могут использоваться для побуждения изменений как дополнение к данному методу или вместо него. Например, устранение существующих внешних препятствий для изменений или оказание социальной помощи (медицинский инструментарий или медикаменты, трудоустройство, бесплатная медицинская помощь) также могут мотивировать к изменению поведения. Другой подход в мотивировании тех, кто находит изменения сложным для себя, может включать работу с мыслями по поводу трудностей и болезненности изменений: подвести клиента от «очень тяжело и больно отказаться от наркотиков» к усилению мотивации измениться по причине боли и трудности - «изменение избавит от боли», или подвести клиента от осознания удовольствия, связанного с наркотиками, к осознанию боли, доставляемой наркотиками, и отсюда уже к изменениям.

Таким образом, внешние воздействия и условия (в виде наличия/отсутствия, например, обустройства быта, труда/устройства, возможностей для отдыха и восстановления духовных и физических сил, транспорта, качества помощи по принципу «правый - равному», других видов социальной поддержки) могут также помочь или затруднять изменения.

Внутренние факторы, такие как страх неудачи, недостаток знаний и умений, также могут мешать изменениям.

И те, и другие виды препятствий устранимы.

Описанное выше можно представить в виде своего рода мотивационной матрицы (схема 2).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Схема 2.

### *Мотивационная матрица зависимых от ПАВ*

Общая задача (например, улучшить качество жизни путем отказа от употребления наркотиков)	Внутренние причины и условия	Внешние причины и условия
Что помогает	Принятие извещенного решения (использование МИ) Знания Умения Позитивный настрой на изменения Воля к достижению целей	Система медицинской помощи и социальной поддержки обустройства быта, трудоустройства, возможности для отдыха и восстановления душевных и физических сил (больницы, группы симопомощи, реабилитационные центры, общественные клубы, церкви, система ухода из дома, приюты, консультации и т.д.)
Что мешает	Страхи и опасения (страх неудачи, страх боли, неуверенность в завтрашнем дне, неверие в собственные силы и т.д.)	Бедность, недостаточная система социальной поддержки (см. выше)

Наиболее эффективным подходом к мотивированию будет использование всех составляющих элементов матрицы, т. е. применение внутренних (помощь в принятии решения, формирование уровня знаний, позитивного настроя, укрепление воли) и внешних (создание необходимой системы социальной поддержки) факторов мотивации, помочь клиенту в преодолении внутренних барьеров и устранение внешних препятствий для изменений путем организационных мер.

Очень часто внимание сосредотачивают только на внутренних мотивирующих факторах. Это явление основывается на вере в то, что внутренние намерения являются важнейшим фактором, предопределяющим результат -

изменение поведения. К тому же работа с внутренними факторами менее обременительна в плане затрат (например, помогать клиенту в принятии решения, формировании знаний и преодолении страхов и опасений можно, не выходя из консультационного пункта).

Наряду с тем, что существует много доказательств того, что качество принятого решения (хочу, могу и буду с учетом всех «за» и «против») сильно влияет на изменение поведения, многие подходы, которые основываются на первостепенном значении внешних факторов изменений (социальная поддержка и др.), могли бы привести немало веских доказательств в свою пользу.

Поскольку молодые или уже имеющие большой стаж потребители наркотиков в своих поступках руководствуются внешними факторами, это необходимо учитывать в работе и не полагаться целиком на мотивационное интервью для того, чтобы произошли изменения.

Например, социальная работа по созданию безопасной среды или бытовых условий для бездомных потребителей наркотиков, может быть, будет более полезной, чем если добиваться от таких клиентов твердого решения бросить употреблять. Создание условий, повышение качества жизни может быть использовано для мотивирования клиента на более безопасное поведение, что и является задачей программ профилактики ВИЧ/СПИД среди ПИН.

Очень часто приходится попадать в ситуацию, когда кто-то очень нуждается в совете или поддержке консультанта, но профессионалы в области наркологии понимают, что их возможности помочь могут быть во многом ограничены. В таком случае перенаправление человека к другому специалисту или в другую службу может быть самым полезным из того, чем ему можно помочь. Такая отсылка может обеспечить человека необходимой поддержкой в гораздо большей степени, чем это было бы возможно, опираясь на собственные силы, в процессе работы с клиентом лично.

Способность консультанта сделать необходимую и полезную отсылку будет зависеть от знакомства с ресурсами, существующими в регионе. Полезно помнить, что отсылка (перенаправление) – это способ предоставить дополнительную информацию, но не рецепт, назначение, которому клиент должен последовать. Забывая об этом и советуя клиенту обратиться куда-либо слишком директивно, консультант рискует вызвать сопротивление и нежелание больше обращаться к нему или куда-либо вообще.

Специалисту в области мотивационной терапии всегда следует помнить о том, что даже на этапе первичной наркологической помощи он работает в бригаде профессионалов, либо парaproфессионалов наркологического профиля. В данной связи координация усилий и обсуждение общей стратегии терапевтических изменений у клиентов на любом этапе наркологической помощи крайне желательны. Тем более они необходимы в программах амбулаторной и стационарной реабилитации зависимых от ПАВ, где удельный вес и значение используемых развивающих практик (психотерапии, психологического консультирования, социально-психологических тренингов) существенно возрастает.

На сегодняшний день нет никаких данных о нецелесообразности и неэффективности совмещения МЕТ с вышеизложенными компонентами МСР зависимых от ПАВ. Напротив, в многочисленных публикациях подчеркивается эффективность подобной комбинации. Однако в этом случае необходимо, чтобы общие усилия специалистов психотерапевтова, психологов, консультантов были синхронизированы с учетом диагностики этапов готовности к изменениям, на котором находится клиент или группа.

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. В рамках какой теоретической ориентации дано следующее определение психотерапии: «Психотерапия — это процесс взаимодействия между двумя или более людьми, один из которых, специализировался в области коррекции человеческих отношений?»

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* + гуманистической
- \* динамической
- \* когнитивной
- \* поведенческой
- \* все перечисленное верно

2. В наименьшей степени сущность психотерапии раскрывает следующее понятие:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* психологическая коррекция
- \* + внушение
- \* клинико-психологическое вмешательство
- \* психологическая интервенция.
- \* все перечисленное верно

3. Если невроз понимается как следствие конфликта между бессознательным сознанием, то психотерапия будет направлена на:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* переучивание
- \* + осознание
- \* приобретение нового опыта
- \* переработку иррациональных установок
- \* все перечисленное верно

4. Вид психотерапевтического воздействия, который характеризуется определенными целями и соответствующим этим целям выбором средств воздействия называется:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* + психотерапевтическим вмешательством (интервенцией)
- \* психологической коррекцией
- \* разъяснением
- \* уточнением
- \* стимуляцией

5. Назовите виды вмешательств (интервенций) используемые в психологии и медицине:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* медикаментозные (фармакотерапия)
- \* хирургические
- \* физикальные (физиотерапия)
- \* психологические (психотерапия)
- \* + все перечисленное верно

6. Назовите общие факторы психотерапии, с точки зрения того, что происходит с пациентом:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* Обращение к сфере эмоциональных отношений
- \* Самопонимание, принимаемое пациентом и психотерапевтом
- \* Предоставление и получение информации
- \* Укрепление веры больного в выздоровление
- \* Накопление положительного опыта
- \* Облегчение выхода эмоций
- \* + все перечисленное верно

7. Назовите общие этапы психотерапии, их последовательность

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* Установление оптимального контакта, вовлечение пациента в сотрудничество, создание мотивации к психотерапии
- \* Прояснение (понимание психотерапевтом и, в определенной степени пациентом) причин и механизмов формирования симптомов, возникновения эмоциональных и поведенческих нарушений
- \* Определение "психотерапевтических мишеней"
- \* Применение конкретных методов и техник, направленных на дости-

жение изменений (когнитивных, эмоциональных, поведенческих) и приводящих в дальнейшем к редукции симптоматики

- \* Закрепление достигнутых результатов
- \* Окончание курса психотерапии (в частности, решение проблем, связанных с возможной зависимостью от психотерапевта)
- \* + все перечисленное верно

8. Показания к психотерапии определяются

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* Ролью психологического фактора в этиопатогенезе заболевания
- \* Возможными последствиями перенесенного заболевания
- \* Возможными последствиями текущего заболевания
- \* Индивидуально-психологическими особенностями пациента
- \* все перечисленное верно

9. С какими проблемами могут быть связаны "последствия заболевания"

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* С клиническими
- \* С психологическими
- \* С социально-психологическими
- \* + все перечисленное верно

10. Тяжелая болезнь, изменяющая привычный образ жизни пациента, может приводить к:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* Изменению социального статуса пациента
- \* Невозможности реализации и удовлетворения, значимых для личности отношений, установок, потребностей, стремлений
- \* Изменениям в семейной и профессиональной сферах
- \* Сужению круга контактов, интересов, неуверенности в себе и снижению самооценки
- \* Снижению работоспособности, уровня активности и мотивационных компонентов
- \* Формированию неадекватных стереотипов эмоционального и поведенческого реагирования
- \* + все перечисленное верно

11 В процессе хронического заболевания возможна динамическая трансформация личностных особенностей в виде:  
Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* повышенной сензитивности
- \* повышенной тревожности
- \* повышенной мнительности
- \* эгоцентричности
- \* + все перечисленное верно

12 Термин "гипноз" ввел в медицинскую практику:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* Льебо
- \* Мессмер
- \* + Брэд
- \* Шарко
- \* Бехтерев

13 Методику самовнушения впервые предложил:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* Тарханов
- \* Бернгейм
- \* Бехтерев
- \* + Куз
- \* Шарко

14 Автором "патогенетической психотерапии" является:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* Консторум
- \* Бирман
- \* + Мясников
- \* Рожнов
- \* Брэд

15 Основоположником гуманистического направления в психологии является:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* Айзенк
- \* + Маслоу
- \* Лазарус
- \* Адлер
- \* Бирман

16 Терапия творческим самовыражением Бурно особенно показана при:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* + Психопатиях с дифецидными проявлениями
- \* Невропах
- \* Органических заболеваниях мозга
- \* Психосоматических заболеваниях
- \* Олигофрениях

17 Интердисциплинарный характер психотерапии:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* определяется широким ее использованием при психогенных расстройствах
- \* определяется широким ее использованием при соматических заболеваниях
- \* проявляется в лечебно-реабилитационном процессе при широком круге заболеваний, особенно при хроническом течении
- \* отражается в организации психотерапевтической службы и образования в области психотерапии
- \* + все перечисленное верно

18 Клинический характер психотерапии предполагает:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* знание и учет внутренней картины болезни
- \* роль катамнеза
- \* учет патологического характера болезни
- \* изучение феноменологии личностных расстройств и их динамической трансформации в процессе развития болезни
- \* учет патогенетических механизмов, закономерностей течения заболевания
- \* + все перечисленное верно

19 Психофизиологический эксперимент особенно адекватен для изучения следующих натогенетических механизмов:  
Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* Социальных
- \* Психологических
- \* + Психосоматических
- \* Физиологических
- \* Клинических

20 С точки зрения психологических теорий выделяют следующие основные направления в психотерапии:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* Динамическое (психодинамическое)
- \* Поведенческое
- \* Гуманистическое
- \* + все перечисленное верно

21 Динамическое направление в психотерапии основано на:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* + психоанализе
- \* + глубинной психологии
- \* психологии бихевиоризма
- \* обучение - процесс и результат приобретения индивидуального опыта, знаний, умений, навыков для изменения когнитивных, эмоциональных и поведенческих структур
- \* личностной интеграции, восстановлении целостности и единства человеческой личности

22 Гуманистическое направление в психотерапии основано на:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* психоанализе
- \* глубинной психологии
- \* психологии бихевиоризма
- \* обучении - процесс и результат приобретения индивидуального опыта, знаний, умений, навыков для изменения когнитивных, эмоциональных и поведенческих структур
- \* + личностной интеграции, восстановлении целостности и единст-

ва человеческой личности

23 К психотерапевтическим приемам относятся:  
Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* Разъяснение
- \* Уточнение
- \* Стимуляция
- \* Вербализации
- \* Интерпретация
- \* все перечисленное верно

24 Поведенческое направление в психотерапии основано на:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* психоанализе
- \* глубинной психологии
- \* + психологии бихевиоризма
- \* + обучение - процесс и результат приобретения индивидуального опыта, знаний, умений, навыков для изменения когнитивных, эмоциональных и поведенческих структур
- \* личностной интеграции, восстановлении целостности и единства человеческой личности

25 Клиент-центрированная психотерапия предполагает:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* Использование свободных ассоциаций
- \* Директивное отношение психотерапевта к пациенту
- \* + Изменение системы отношений пациента
- \* Работу с иррациональными установками личности
- \* Восстановление целостности и единства человеческой личности

26 Термин "опыт" имеет наибольшее значение для:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* Психотерапии, основанной на теории обучения
- \* Динамически-ориентированной психотерапии
- \* + Гуманистической психотерапии
- \* Психотерапии основанной на когнитивных подходах
- \* Психотерапии, основанной на психоанализе

27 Термин "научение" имеет наибольшее значение для:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* Психоанализа
- \* Гештальт-терапии
- \* Психодраммы
- \* + Когнитивной психотерапии
- \* Личностно-ориентированной

28 Метод систематической десенсибилизации основан на:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* Оперантном обусловливании
- \* + Классическом обусловливании
- \* Научение по моделям
- \* Внушение
- \* Гипноз

29 Основные механизмы лечебного действия психотерапии рассматриваются с:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* Эмоциональной сферой функционирования человека
- \* Познавательной / когнитивной сферой функционирования человека
- \* Поведенческой сферой функционирования человека
- \* все перечисленное верно

30 Специфическим механизмом лечебного действия индивидуальной психотерапии является:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* Универсальность страданий
- \* Интерперсональное влияние
- \* + Самоэкспирации
- \* Эмоциональное сплочение и поддержка, обратная связь
- \* Десенсибилизация

31 Специфическим механизмом лечебного действия групповой психотерапии является:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* Забота
- \* Внушение
- \* Десенсибилизация
- \* + Конфронтация
- \* Эмоциональное сплочение и поддержка, обратная связь

32 Специфическим механизмом лечебного действия семейной психотерапии является:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* Забота
- \* Внушение
- \* Десенсибилизация
- \* Конфронтация
- \* + Эмоциональное сплочение и поддержка, обратная связь

33 В "триаду Роджерса" - взаимоотношения психотерапевта и пациента, входят следующие элементы:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* + Аутентичность
- \* + Безусловная положительная оценка (принятие) пациента
- \* + Эмпатия
- \* Директивность

34 Понятия "перенос" и "контриперенос" относятся к следующим направлениям психотерапии:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* Когнитивной
- \* Позитивной

- \* + Психодинамической  
\* Гуманистической  
\* Негативной
- 35 Вид эмпатии, являющейся возможной причиной быстрого развития "синдрома эмоционального сгорания":  
Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?  
  
\* Предиктивный  
\* + Эмоциональный  
\* Когнитивный  
\* Все перечисленное  
\* Ничего из перечисленного
- 36 Ролевые стратегии, принимаемые психотерапевтом во взаимоотношениях с пациентом - авторитарная позиция "отца" характерна для реализации:  
Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?  
  
\* + поведенческих и суггестивных методов  
\* медитативных техник  
\* клиент-ориентированной психотерапии  
\* психодинамического метода  
\* позитивной психотерапии
- 37 Ролевые стратегии, принимаемые психотерапевтом во взаимоотношениях с пациентом - позиция "матери" характерна для реализации:  
Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?  
  
\* поведенческих и суггестивных методов  
\* + медитативных техник  
\* клиент-ориентированной психотерапии  
\* психодинамического метода  
\* позитивной психотерапии
- 38 Ролевые стратегии, принимаемые психотерапевтом во взаимоотношениях с пациентом - позиция "сестры" характерна для реализации:  
Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?  
  
\* поведенческих и суггестивных методов  
\* медитативных техник  
\* клиент-ориентированной психотерапии  
\* психодинамического метода  
\* + позитивной психотерапии
- Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?
- \* поведенческих и суггестивных методов  
\* медитативных техник  
\* + клиент-ориентированной психотерапии  
\* психодинамического метода  
\* позитивной психотерапии
- 39 Ролевые стратегии, принимаемые психотерапевтом во взаимоотношениях с пациентом - нейтральная позиция "зеркала" характерна для реализации:  
Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?  
  
\* поведенческих и суггестивных методов  
\* медитативных техник  
\* клиент-ориентированной психотерапии  
\* + психодинамического метода  
\* позитивной психотерапии
- 40 К психотерапевтическим приемам относятся:  
Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?  
  
\* Конfrontация  
\* Научение  
\* Тренинг  
\* Советы  
\* + все перечисленное верно
- 41 Ролевые стратегии, принимаемые психотерапевтом во взаимоотношениях с пациентом - позиция "директивного брата" характерна для реализации:  
Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?  
  
\* поведенческих и суггестивных методов  
\* медитативных техник  
\* клиент-ориентированной психотерапии  
\* психодинамического метода  
\* + позитивной психотерапии

42 Выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на определенные психотравмирующие воздействия называется:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* Астеническим синдромом
- \* Неврозоподобным синдромом
- \* Обсессивным синдромом
- \* + Синдромом эмоционального горения
- \* Апатическим синдромом

43 Оценка эффективности психотерапии осуществляется с учетом плоскостей терапевтической динамики:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* Социальной
- \* Соматической
- \* Психологической
- \* + все перечисленное верно

44 Наименьшее значение в качестве надежной оценки эффективности и устойчивости личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии при неврозах имеет:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* Степень восстановления полноценности социального функционирования больного
- \* Осознание психологических механизмов невроза
- \* Перестройка нарушенных отношений личности, послуживших причиной невротического расстройства
- \* + Симптоматическое улучшение
- \* Все перечисленное выше

45 Для альтернативного целителя характерны следующие особенности поведения и деятельности:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* Высокая степень пристрастия пациента, что последний чувствует
- \* Формирование у пациента сильной веры в результат лечения
- \* Энтузиазм к собственной терапии
- \* + все перечисленное верно

46 В каких основных направлениях реализуется личностный подход в психотерапии?

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* Изучение личности больного, закономерностей ее развития и специфики нарушений в целях оптимизации психотерапевтических воздействий
- \* Учет личностных особенностей при использовании любых психотерапевтических методов
- \* Ориентация психотерапевтического процесса на личностные изменения
- \* + все перечисленное верно

47 Терапевтическая эффективность работы экстрасенсов определяется рядом факторов:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* Различными видами сущестивных воздействий (прямое и косвенное внушение и др.)
- \* Верой пациента в неизвестный метод, формируемый с учетом средств массовой информации
- \* Различного рода излучений от рук экстрасенса
- \* + все перечисленное верно

48 В клинической практике прижигание методов психотерапии, интеграция которых часто обеспечивает наилучший терапевтический эффект, к ним относятся:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* Симптомо - ориентированные
- \* Личностно - ориентированные
- \* Социо - ориентированные
- \* + все перечисленное верно

49 К методам терапии, в которых искусство и природа выступают, как терапевтический фактор относится все, кроме:  
Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* Музыкотерапии, библиотерапии
- \* Имаготерапии
- \* Арттерапии
- \* Натуропсихотерапии
- \* + Личностно - ориентированной психотерапии

50 В теории личности Фрейда значимым аспектом является:

Какой из перечисленных вариантов является НАИБОЛЕЕ вероятным?

- \* Стремление к превосходству
- \* Чувство неполноденности
- \* + Бессознательное
- \* Самоактуализация
- \* Пониженная самооценка

Ответы к профильным тестовым задачам:

1.	А	10	А	19	В	28	Б	37	Б	46	А
2.	Б	11	А	20	А	29	А	38	В	47	А
3.	Б	12	В	21	А	30	В	39	Г	48	А
4.	А	13	Г	22	Д	31	Г	40	А	49	Д
5.	Д	14	В	23	А	32	Д	41	Д	50	В

#### Клинические (ситуационные) задачи

##### Задача № 1

Больной Н., 49 лет, злоупотребляет алкоголем в течение 5 лет, последние 2,5 года опохмеляется. По словам жены, особенно злоупотреблял выпивкой последние полгода. На фоне легкого простудного заболевания у больного отмечался запой в течение 3-х дней, употреблял водку. Затем, после прекращения выпивки (больному необходимо было выйти на работу), у него внезапно нарушился сон, появился тревога, беспокойство, страх.

Вечером, закрыв глаза, стал видеть мух, пауков, «каких-то других мерзких насекомых». В ужасе открывал глаза, и тогда все исчезало. На следующий день чувствовал себя лучше, но к вечеру вновь стал видеть мух и пауков, на этот раз уже и с открытыми глазами, чувствовал, как они ползают по коже, кусают его, через некоторое время с удивлением заметил, что в комнате появились куры и мыши, которые стали преследовать его. Он пытался, бегал, кричал, решил повеситься, но не мог сообразить, как это лучше сделать.

Затем стал слышать голоса неизвестных мужчин за дверью, ставивших его убить. Обращался к близким: «Слышите, что они говорят? Не пускайте их в дом», при этом испытывал сильный страх, не реагировал и не понимал смысла обращений к нему. Не спал всю ночь. При стационаризации был резко возбужден, весь дрожал, был покрыт холодным потом.

Данные проявления типичны для:

- А. Острый алкогольный галлюцинация
- Б. Алкогольный делирий
- В. Острый алкогольный параноид
- Г. Острый инфекционный психоз
- Д. Симптоматический психоз

##### Задача № 2.

В приемный покой психиатрической больницы в 2 часа 30мин. утра был доставлен больной В. 30 лет. По имеющимся сведениям от жены, злоупотребляет алкоголем последние 3 года. Заболел остро, три часа тому назад, после того, как застала больного сидящим на кухне и выпивающим из горлышка бутылки.

Была вызвана скорая помощь в связи с неправильным поведением; не спал, был возбужден, «заговорился», ползул по полу.

В приемном покое дезориентирован, испытывает зрительные устрашающие галлюцинации, отрывочные бредовые идеи преследования, страх, тревогу. Находится в состоянии психомоторного возбуждения. Жалуется на тошноту, боли в животе, отмечается фибриллярные подергивания век, мышц лица, миоз, гипергидроз, гиперсаливация. Ад – 130/90. Температура – 37,2 С.

Оцените психопатологическое состояние:

- А. Острый алкогольный параноид
- Б. Острый алкогольный галлюциноз
- В. Алкогольный делирий
- Г. Алкогольный онсейройд
- Д. Острый шизофренический психоз

**Задача №3.** Диагностируйте состояние, определите лечебную тактику.

В приемный покой наркологического стационара доставлен больной З., 20 лет. Больной был подобран на улице. Отмечалось состояние возбуждения, перешедшее в оглушение. В больницу доставлен на носилках. Контакту недоступен. Лежит неподвижно, на внешние и болевые раздражители не реагирует. Из рта - запах алкоголя. В ротовой полости - остатки рвотных масс. Кожные покровы бледные, цианозичные. Кожа влажная. Температура 35 С, артериальное давление - 90/50 мм.рт.ст., дыхание поверхностное, редкое (8-10 в мин.). Реакция зрачков на свет, сухожильные и кожные рефлексы отсутствуют. Отмечаются тонические судороги жевательных и затылочных мышц.

Оцените психопатологическое состояние:

- А. Абстинентный синдром
- Б. Алкогольное опьянение в тяжелой степени
- В. Алкогольный делирий
- Г. Алкогольное опьянение в средней степени
- Д. Патологическое опьянение

**Задача №4.**

В приемный покой наркологического стационара спецбригадой был доставлен больной К., 32 лет, слесарь моторостроительного завода. Был доставлен из горбольницы с диагнозом: "алкогольный психоз? Состояние после алкогольной интоксикации, токсический гепатит, колит, интоксикационная нефропатия". Со слов работников скорой помощи, больной был возбужден, бегал по палатам, пытался выпрыгнуть в окно.

В приемном покое - лежит неподвижно с фиксированными руками, мотает головой. Речь тихая, бормочущая. На вопросы не отвечает, на внешние раздражители не реагирует. Со стороны соматической сферы - кожные покровы бледные, с желтоватым оттенком, губы запекшиеся, синюшные. Дыхание поверхностное, неровное. Тонус сердца глухие, едва прислушиваются. Склеры глаз инъецированы, с мелкими кровоизлияниями. Корнеальные рефлексы сохранены. Реакция зрачков на свет вялая. Температура - 38,2 С..  
Ад - 85/40 мм.рт.ст., пульс 108 уд. в мин., пятивидный, аритмичный.

Выберите предполагаемый диагноз:

- А. Алкогольный делирий
- Б. Алкогольный галлюциноз

В. Алкогольный параноид

Г. Алкогольный мусситирующий делирий

Д. Атипичный алкогольный делирий

**Задача №5.**

В приемный покой наркологического стационара поступил больной М., 42 лет. Со слов жены известно, что больной длительно злоупотребляет алкоголем, в последние 5 лет появились запои до 3-5 дней. Накануне перед поступлением в стационар выпивал с родственниками. В ходе выпивки возникла ссора, был избит родственниками, терял сознание.

В отделение на вторые сутки у больного остро изменилось психическое состояние: окружающих называл вымысленными именами, говорил, что находится на работе, на месте не удерживался, постоянно стремился куда-то идти, инструкции выполнял с принуждением, видел вокруг себя множество мух, пауков, вспышки огня. Под влиянием лечения данное состояние было купировано.

В дальнейшем, находясь в отделении в течение месяца, оставался беспомощным, был несколько эйфоричен. Плохо ориентировался в обстановке, не находил своей палаты, своей постели, не узнавал врача. В то же время, точно указывал имена своих близких, правильно называл даты, рассказывал о своей работе. Был обследован невропатологом, без констатации неврологической симптоматики.

Оцените настоящий статус больного:

- А. Ретроградная амнезия
- Б. Тотальная деменция
- В. Психоорганический синдром
- Г. Корсаковский амнестический синдром
- Д. Паралитический синдром

**Задача №6.** Квалифицируйте состояние и поставьте позологический диагноз.

Больной 37 лет, плотник. С 13 лет пьет, с 19 лет опоминается. Год назад после одного из запоев услышал голос соседа из-за стены, который грозил убийством, ругал за пьянство, за вред, который причиняет семье. Утром голос исчез. Настоящему заболеванию предшествовал двухнедельный запой. Будучи на вокзале, услышал голос жены. Она окликнула его, затем стала звать на помощь. Плакала, говорила, что попала под поезд, осталась без ноги. Больной побежал в медпункт вокзала, где стал просить спасти жену. Была вызвана специализированная психиатрическая бригада.

При осмотре: ориентирован, уверяет, что он здоров. Слышит мужские и женские голоса, которые называют его пьяницей, развратником. Грозят смертельной казнью. Другие голоса защищают его, приглашают выпить. Испытывает страх, боится, что с ним расправятся.

После госпитализации и назначения терапии через день состояние больного стало улучшаться. Исчезли голоса, страх, появилась критика к своему состоянию. В то же время, обнаруживало внушиаемость, легкость в оценках, хвастливость, склонность к неуместным шуткам.

Соматическое состояние – без грубой патологии. Неврологически – трепор рук, повышенная рефлекторная возбудимость.

Выберите предполагаемый диагноз:

- А. Алкогольный делирий
- Б. Алкогольный параноид
- В. Острый алкогольный галлюциноз
- Г. Атипичный алкогольный делирий
- Д. Алкогольный бред реальности

#### Задача №7.

Больной 50 лет, строитель. Злоупотребляет алкоголем 30 лет. Около 20 лет опохмеляется, в последние 10 лет – запой до 7 дней. К настоящему времени перешел на суррогаты, крепленые вина. Изменилось отношение к семье, работе – появились безразличие, эгоистичность. Много лет конфликтные отношения с женой из-за злоупотребления алкоголем, 4 года назад стал замечать, что жена часто уходит из дома, изменила к нему отношение. Настойчиво стал выяснять, где она была, если вовремя не приходила. Ответы жены не удовлетворяли его, перестал ей верить.

Стал подозревать, что она ему изменяет, начал следить за ней. Дома возникали частые скорби. Жена плакала; больной считал, что это подтверждает его подозрения. Требовал от нее признания, находил доказательства ее неверности – вечером кровать была заправлена не так, как утром; на белье находил подозрительные пятна. Во время скора угрожал жене расправой. Дома на стене повесил топор в надежде запугать жену. В последнее время пришел к выводу, что изменяет ему со всеми сослуживцами. После того, как подал на развод, жена сообщила о его поведении в психиатрический диспансер.

Психический статус: ориентирован, Подробно рассказывает о поведении жены, непоколебимо убежден, что жена ему изменяет. Чтобы не убить ее и не отвечать за это, считает необходимым развестись. Себя считает здоровым, а поместили его в больницу жена и ее любовники, чтобы «развратничать». После долгих уговоров согласился полечить «нервы». В отделении поведение спокойное, упорядоченное. На сиданиях с женой, если никто не наблюдает, требует от нее признаний, оскорбляет ее, угрожает расправой.

Выберите предполагаемый диагноз:

- А. Атипичный алкогольный делирий
- Б. Алкогольный галлюциноз
- В. Алкогольный параноид
- Г. Алкогольный делирий
- Д. Алкогольный бред реальности

#### Задача № 8

После однократного приема конинки больной Н., 32 лет почувствовал прилив энергии, самоуверенность, ощущение творческой одаренности и небывалой сообразительности, с проникновенностью и особой глубиной собственных мыслей.

Такое состояние следует расценить как:

- А. КокAINовый делирий
- Б. КокAINовая абстиненция
- В. КокAINовый параноид
- Г. КокAINовую деперсонализацию
- Д. КокAINовое опьянение

#### Задача № 9.

Подросток 15 лет, ученик 8 класса, в последние 2 года стал плохо учиться в школе, пропускал занятия, уходил из дома. Приобщился к асоциальной компании. Мать стала подозревать, что он, помимо курения обычных сигарет (курит с 12 лет), употребляет и другие какие-то вещества. Она замечала неустойчивую походку, «мутный взгляд», сонливость. В таком состоянии испытывал сильное чувство голода («оступался холодильник»). Поступил в стационар в связи с возбужденным состоянием. В приемном покое не узнавал окружающих, не знал, где он находится, говорил об «кинопланетниках», но более подробных сведений собрать не удалось.

При осмотре – зрачки узкие, походка неустойчивая, АД 90/60 мм.рт.ст., температура нормальная. Со стороны внутренних органов без особенностей. После инъекции препаратов спал, утром психическое состояние изменилось. Ориентирован полностью, рассказал о пережитом накануне эпизоде. Вечером, будучи в компании, употреблял вещество, после которого ему стало весело, хохотать, а затем почувствовал, что оказался «то ли на летающей тарелке, то ли в ракете и был в космосе, кругом будто было голубое небо и яркие звезды». Как привезли в больницу, не помнит. Утром больной контактен, поведение правильное. Критичен.

Определите психопатологическое состояние:

- А. КокAINовый делирий
- Б. Героиновая абстиненция
- В. Гашишный онейроидный психоз
- Г. Амфетаминовая интоксикация
- Д. Циклодоловая наркомания

**Задача №10.** Определите синдромальный и патологический диагноз. Тактика лечения.

Скорой помощью доставлен в стационар подросток 11 лет в возбужденном состоянии. Подросток был обнаружен в подвале дома участковым милиционером вместе с другими подростками. Не ориентирован, продуктивному контакту не доступен. Удалось выяснить, что видит на стенах картины, как «мультяшки», содержание которых может сам «заказывать». Совершает движения, пытаясь поймать их на стене, залезает на стол. В отделении быстро успокоился, уснул, спал всю ночь. Утром психотических расстройств нет.

Такое состояние следует расценить как:

- А. Коканичный делирий
- Б. Алкогольный делирий
- В. Токсикоманический делириозный психоз
- Г. Кетаминовая интоксикация
- Д. Первичная интоксикация

Эталоны ответов на ситуационные задачи по психиатрии.

1-б	6-в
2-в	7-д
3-б	8-д
4-г	9-в
5-г	10-в

## ЛИТЕРАТУРА

1. Декалю Е.Э. К вопросу о применении мотивационной терапии в реабилитации лиц с синдромом опиоидной зависимости // Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины». - СПб, 2006. - С. 157.
2. Новиков Е.М., Валентик Ю.В., Дрейзин А.А., Соболев Е.С. Комплексная оценка статуса и уровня мотивационных установок на проведение реабилитационных и реконструктивных мероприятий у больных с зависимостью от психоактивных веществ // Ж. Наркологии. - 2009. - № 11. - С. 60-68.
3. Райзман Е.М. Мотивация и проблема интегрированности в психотерапии наркологических больных // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. - М., 2009. - С. 147-148.
4. Ялонский В.М. Теоретическая модель мотивации на лечение и профилактику зависимости от ПАВ // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. - М., 2009. - С. 225-226.
5. Miller W. and Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing to Change Addictive Behaviour (New York, Guildford Press, 1991) - 516 p.
6. Rollnick S., Mason P., Putler C. Health Behavior Change. — A Guide for practitioners; Churchill Livingston, 1999. - 225 p.
7. Stephens R.S., Roffman R.A. and Simpson E.E. Treating adult marijuana dependence: a test of the relapse prevention model // Journal of Consulting and Clinical Psychology, No. 62, 1994, pp. 92-99.
8. Saunders B., Wilkinson C. and Phillips M. The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme // Addiction, No. 90, 1995, pp. 415-424.
9. Miller W.R. What is a relapse? Fifty ways to leave the wagon // Addiction. - 1996. P. - 15-25.
10. Miller W.R. Motivation Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach. Approaches to Drug Abuse Counseling. - NIDA, 2000. - P. 99-106.
11. Stephens R.S., Roffman R.A. and Curtin L. Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use // Journal of Consulting and Clinical Psychology, No. 68, 2000, pp. 898-908.
12. Copeland J., and others. A randomised controlled trial of brief interventions for cannabis problems among young offenders // Drug and Alcohol Dependence, vol. 63, supplement 1, 2001, p. 32.

- 13.Copeland J. and others. A randomised controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions for cannabis use disorder // Journal of Substance Abuse Treatment. No. 21, 2001, pp. 55-64.
- 14.Miller W.R., Yahne C.E. and Tonigan J.S. Motivational interviewing in drug abuse services: a randomized trial. // J Consult Clin Psychol. 2003; 71: 754-63.