

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ НАРКОМАНИИ**

Е.Б. Байкенов

Мотивационное консультирование на различных этапах наркологической помощи

Методические рекомендации

Павлодар, 2010

Байкенов Е.Б.
Мотивационное консультирование на различных этапах наркологической помощи: Методические рекомендации. – Павлодар, 2010. – 49 с.

Методические рекомендации разработаны Е.Б. Байкеновым.

В методических рекомендациях представлены общие вопросы мотивационного консультирования, а также рассмотрены цели, задачи и конкретные техники консультирования на различных этапах наркологической помощи с описанием.

Предлагаемые методические рекомендации рассчитаны на консультантов по зависимостям, психологов, специалистов по социальной работе.

Рецензенты:

Доктор медицинских наук, профессор Б.Б. Джарбусынова
Доктор медицинских наук, профессор Ю.А. Россинский

Методические рекомендации рассмотрены на заседании Учёного совета Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (председатель учёного совета – А.Л. Катков, протокол № 233 от 1 октября 2010 г.).

Одобрено и рекомендовано Республиканским центром инновационных технологий медицинского образования и науки Министерства здравоохранения Республики Казахстан (протокол от «19» ноября 2010 года № 12).

© РГКП “Республиканский научно-практический
Центр медико-социальных проблем наркомании”
Республика Казахстан, Павлодар, 2010

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
МИ – мотивационное интервьюирование
МСР – медико-социальная реабилитация
ПАВ – психоактивное вещество

ОГЛАВЛЕНИЕ

- Введение
- 1 Транстеоретическая модель изменения поведения
- 2 Концепция мотивационного консультирования
 - 2.1. Основные положения, принципы и приемы мотивационного интервьюирования
 - 2.2 Чего следует избегать в процессе консультирования
 - 2.3 Распространенные ошибки при работе с клиентом
 - 2.4. Работа с сопротивлением
- 3 Консультирование на различных этапах наркологической помощи
 - 3.1. Консультирование на этапе первичной наркологической помощи
 - 3.2. Консультирование на первом этапе медико-социальной реабилитации (этап медикаментозной коррекции)
 - 3.3. Консультирование на втором этапе медико-социальной реабилитации (этап психотерапии)
 - 3.4. Консультирование на третьем этапе медико-социальной реабилитации (этап социальной реабилитации)
 - 3.5. Консультирование на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии
- Заключение
- Список литературы
- Приложение 1. План изменения поведения
- Приложение 2. Таблица внешних триггеров
- Приложение 3. Таблица внутренних триггеров
- Приложение 4. График с разбивкой по дням/часам
- Приложение 5. Протокол дисфункциональных мыслей

Введение

Первая и общая проблема для всех лиц, попавших в зависимость, состоит в слабой мотивации к лечению. Мотивация при этом выражается в степени готовности к изменению существующего положения и предусматривает: 1) желание начать лечение, 2) активное сотрудничество в достижении терапевтических целей во время лечения и вплоть до его запланированного завершения и 3) стремление избежать рецидивов после окончания лечения. В отличие от большинства психических расстройств, при которых клиент активно заинтересован в лечении, при злоупотреблениях психоактивными веществами выполнение трёх вышеназванных аспектов крайне проблематично (Urs Baumann, Meinrad Perrez, 1998).

Ю.В. Валентик и Н. А. Сирота (2002) также сообщают, что неотъемлемой частью процесса выздоровления является формирование мотивации на выздоровление и позитивное изменение поведения, что делает мотивационное воздействие базовым компонентом реабилитации (Валентик Ю.В., 2001). А.Н. Яковлев (2003) отмечает, что существует проблема наркотической зависимости, обусловленная тем, что среди наркозависимых лиц отмечается чрезвычайно низкий процент лиц, заинтересованных в конкретных реабилитационных мероприятиях.

А.Л. Катков и соавт. (2003) в качестве мишеней среди всех прочих выделяет «уровень мотивации на освобождение от химической зависимости» (Катков А.Л. и соавт., 2003).

Cox & Klinger (1988) указывают на то, что расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ, являются в основном мотивационными расстройствами и расстройствами действий. Они заключаются в чрезмерной мотивации и чрезмерных действиях, которые чаще всего направлены на приём определенного вещества или на последствия этого приема.

Л.Н. Юрченко (1999) обнаружила, что пациенты, поступившие из стационара, статистически достоверно чаще обнаруживаются в группе, давших рецидив в течение первого года. Эти результаты исследователь объясняет вынужденным характером мотивации пациентов, проходивших лечение в стационаре.

Всё вышеуказанное определяет актуальность применения мотивационного консультирования на всех этапах наркологической помощи.

1. Транстеоретическая модель изменения поведения

Дж. Прохаска и К. ДиКлементе (1986) наличие или отсутствие мотивации рассматривают как готовность к изменениям. Авторами была выдвинута концепция изменения как стадийного феномена. Были выделены четыре стадии: предразмышления, размышления, действие, сохранения. Позднее была добавлена еще одна стадия – подготовка, занимающая место между обдумыванием и действием. Таким образом, окончательно сложилась модель из пяти стадий (см. рисунок 1.)

Стадия предразмышления (предобдумывание, предсозерцание)

На этой стадии индивид ещё не имеет серьёзного намерения изменить своё вредное для здоровья поведение, по крайней мере, в ближайшие полгода. Этот срок был выбран в качестве критерия, поскольку он представляется максимальным для планирования каких-то изменений поведения в будущем. Важно отметить, что человек, находящийся в стадии предобдумывания, обычно стремится избежать контактов, которые могли бы помочь в изменении образа жизни. Он не проявляет интереса к предлагаемым методам самопомощи и не склонен к обсуждению своих вредных привычек. Используя термины теории принятия решений, можно сказать, что индивид склонен преувеличивать положительные стороны своего образа жизни и недооценивать степень риска.

Стадия размышления (обдумывание, созерцание)

Стадия размышления - это период, когда человек начинает всерьёз рассматривать возможность изменения своего вредного для здоровья поведения в ближайшие полгода. На этой стадии индивид обычно оценивает «за» и «против» своего образа жизни как примерно равные (и имеющие высокую ценность). Поэтому, хотя обдумывание изменения поведения и имеет место, результаты могут оказаться амбивалентными.

Стадия принятия решения (подготовка)

Стадия подготовки начинается, когда человек намерен изменить своё поведение в течение ближайшего месяца. Обычно на протяжении года перед этим какие-то попытки уже предпринимались, и теперь делаются, может быть, небольшие, но важные шаги в новой попытке изменения поведения. В терминах баланса решений на стадии подготовки «за» перевешивают «против», хотя и те, и другие все еще высоки.

Стадия действий

К стадии действия относится полугодовой период, следующий за решительным изменением образа жизни и характеризующийся стабильным сохранением нового стиля поведения. Проблемой, стоящей перед индивидом, является избегание рецидива.

Стадия сохранения (поддержание)

К этой стадии относится период после истечения шести месяцев с момента явного поведенческого изменения до тех пор, когда нежелательное поведение окончательно преодолено.

Срыв (необязательная 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 преднамерения или намерения.

Вместо предложенного ранее линейного движения через различные стадии авторы транстеоретической модели рассматривают порядок изменения как происходящий по спирали (Прохоров А.В., Велисер У.Ф., Прохаска Дж.).

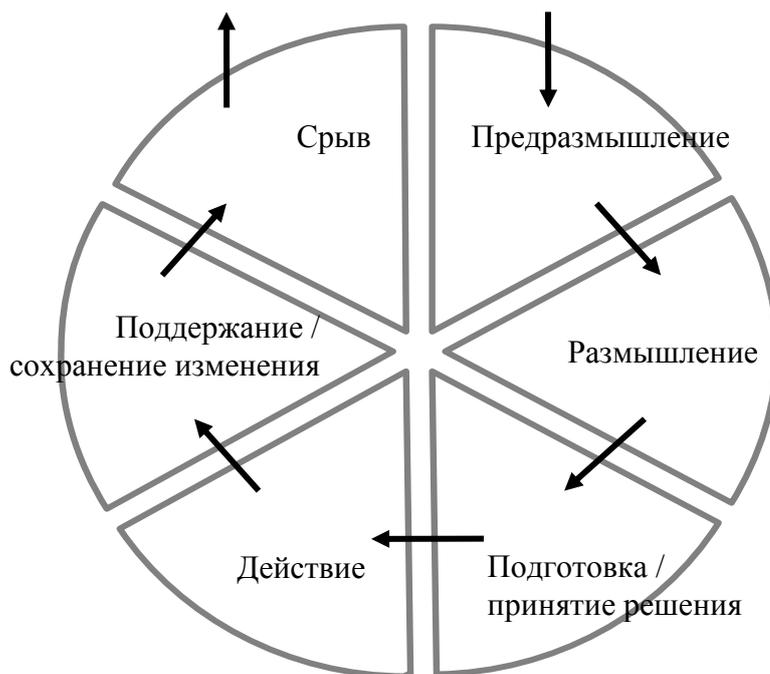


Рисунок 1. Стадии изменения поведения

Эти этапы можно проследить как при самоиницированных изменениях поведения, так и при изменениях, совершаемых с терапевтической помощью. Различают четыре типа течения: (1) стабильный тип: пациенты застревают в какой-то фазе в течение длительного времени; (2) прогрессирующий тип течения: можно установить линейное движение от одной стадии к другой; (3) регрессивный тип: пациент возвращается из более поздней стадии в более раннюю; (4) рециркуляция: у пациентов, по меньшей мере, дважды в процессе терапии меняется направленность изменений (Urs Baumann, Meinrad Perrez, 1998).

Кроме того, Прохаска, ДиКлементе и Норкросс (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992), различают десять общих для всех школ основополагающих процессов изменений. Процессы изменений они определяют как открытые и скрытые виды деятельности, в которые включаются индивиды, если хотят изменить свое проблемное поведение. Таковыми являются:

- 1) рост осознания;
- 2) явное облегчение;
- 3) социальное освобождение;
- 4) переоценка собственной личности;
- 5) переоценка окружения;
- 6) перевоспитание;
- 7) контроль над стимулами;
- 8) управление подкреплением;
- 9) самоосвобождение;
- 10) помогающие взаимоотношения.

Стадии изменений интегрированы с процессами. Так, использование процессов изменения разительно возрастает на стадии обдумывания, когда

начинает использоваться фактор роста осознания: наблюдения, противопоставления, интерпретации, так же как и различные образовательные методики.

Для лиц на стадии обдумывания также характерно явное облегчение, помогающее снятию негативного аффекта, связанного с изменением поведения. На этой стадии они начинают оценивать альтернативы нежелательному поведению, предлагаемые обществом (социальное освобождение).

Продвижение через стадию обдумывания к стадии подготовки обычно сопровождается увеличением использования когнитивных, аффективных и оценочных процессов изменения. Появляется тенденция к переоценке влияния собственного нежелательного поведения на непосредственное социальное окружение, в особенности семью и друзей (переоценка окружения). Переоценка себя происходит чаще всего, когда индивид переходит от обдумывания к подготовке.

Приложение силы воли (процесс самоосвобождения) наиболее характерно для перехода от подготовки к действию. На этом этапе индивид все более ощущает собственную независимость и способность изменить свою жизнь в чем-то важном. Наконец, те, кто успешно осуществляет стадию действия и движется в направлении поддержания, обычно сообщают о преобладании управления (Прохоров А.В., Велисер У.Ф., Прохаска Дж., 1994).

Для экспресс-диагностики стадии изменения поведения можно использовать следующие 4 вопроса, на которые клиенту необходимо ответить «Да» или «Нет»:

1. Я решил свою проблему более 6 месяцев тому назад.
2. Я предпринял действия по своей проблеме в рамках последних 6 месяцев.
3. Я намереваюсь предпринять действия в следующем месяце.
4. Я намереваюсь предпринять действия в течение следующих 6 месяцев.

Если ответ на все 4 вопроса – «Нет», значит, стадия изменения респондента - размышление.

Ответ «Да» на четвертый вопрос означает, что клиент находится на стадии размышления.

Стадия подготовки становится очевидной, когда дается утвердительный ответ на вопросы 3 и 4. «Да» на второй вопрос и «нет» на первый означает, что клиент уже начал предпринимать действия для избавления от проблемного поведения. Если ответ на первый вопрос дан утвердительный, то клиент поддерживает свободное от проблемы поведение (Дж. Прохаска и соавт., 1988).

2. Концепция мотивационного консультирования

Концепция мотивационного консультирования (собеседования, интервью) возникла из опыта лечения пациентов с проблемным употреблением алкоголя (Miller and Rollnick, 1991). Авторами была разработана модель консультирования – мотивационное интервьюирование. Мотивационное интер-

вьюирование можно определить как продолжающийся разговор об изменениях, направленный особым стилем работы консультанта таким образом, 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 поведения.

На текущий момент лучшим определением термина является следующее: «Мотивационное интервьюирование – это направляющий, клиентоцентристский стиль консультирования, направленный на то, чтобы вызвать изменения в поведении клиента посредством анализа и разрешения амбивалентности» (William R. Miller, 1995).

Таким образом, мотивационное интервьюирование - это процесс, когда двое или более людей рассматривают вместе стимулы, побуждающие человека к принятию решения и действию или бездействию по отношению к какой-то ситуации.

2.1 Основные положения, принципы и приёмы мотивационного интервьюирования.

Вариаций приёмов консультирования может быть столько же, сколько различных клиентов. Но постоянным остается дух метода, который можно охарактеризовать несколькими ключевыми моментами.

1. *Мотивация к изменению поведения возникает у самого клиента, а не навязывается ему извне.* Другие мотивационные подходы подчеркивают важность принуждения, убеждения, конструктивной конфронтации и использования внешних обстоятельств (например, угрозы потерять работу или семью).

2. *Именно клиент, а не терапевт должен сформулировать и разрешить его/ее амбивалентность.* Амбивалентность принимает форму конфликта между двумя возможными направлениями действий (например, потворство против самообладания), каждое из которых имеет как преимущества, так и издержки. У многих клиентов никогда не было возможности проговорить зачастую запутанные, противоречивые и имеющие исключительно личный характер элементы этого такого конфликта. Задача консультанта – помочь клиенту выразить обе стороны амбивалентности и направить его к принятию приемлемого решения, могущего повлечь за собой изменение поведения.

3. *Прямое убеждение не является эффективным методом разрешения амбивалентности.* У терапевта возникает искушение «помочь», убедив клиента в том, что проблема требует неотложного решения, и изменение поведения гарантирует преимущества. Однако достаточно ясно, что подобные тактики обычно увеличивают сопротивление клиента и снижают вероятность изменения.

4. *Стиль консультирования обычно спокойный и выявляющий.* Прямое убеждение, агрессивная конфронтация, и спор являются *концептуально противоположными* мотивационному интервьюированию, и не приемлемы при данном подходе.

5. *Консультант направляет усилия на оказание помощи клиенту анализе и разрешении амбивалентности.* Мотивационное интервьюирование ограничивается подведением клиента к принятию решения без указания ему, что делать дальше. Для этого используются поведенческие методы. Данные методы и мотивационное интервьюирование не исключают друг друга, а, скорее, дополняют.

6. *Готовность к изменениям является не чертой клиента, а результатом изменяющегося межличностного взаимодействия.* Поэтому терапевт должен быть в высшей степени внимателен и восприимчив к любым проявлениям мотивации клиента. Сопротивление и «отрицание» расцениваются терапевтом не как черты характера клиента, а как обратная связь на поведение консультанта.

7. *Взаимоотношения между терапевтом и клиентом являются в большей степени партнерскими или дружескими, нежели отношения, характерные для ролей эксперт/реципиент.* (Miller, Benefield and Tonigan, 1993; Miller and Rollnick, 1991).

Пытаясь помочь клиенту разобраться со своим поведением с помощью мотивационного интервьюирования, 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.

Основными приёмами мотивационного интервьюирования являются открытые вопросы, рефлексивное слушание, поддержка и обобщение.

Открытые вопросы. Следует задавать клиенту такие вопросы, которые бы побуждали его к более глубокому размышлению. Общие вопросы, которые требуют ответа «Да», «Нет» или односложного ответа, помогают получать конкретную информацию. Тем не менее, необходимо постоянно 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. Попробуйте переформулировать общие вопросы в вопросы специальные, например, в рефлексивное слушание.

Рефлексивное слушание. Слушая ответы клиента на общие вопросы, терапевт должен демонстрировать заинтересованную реакцию или «рефлексивное слушание». Внимательно слушайте, что говорит клиент, и пытайтесь разобраться, что он/она 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. Рефлексивное слушание позволит консультанту:

- а) показать клиенту, что его действительно слушают;
- б) проверить, совпадает ли понимание того, что сказал клиент, с тем, что он подразумевает;
- в) помочь клиенту укрепить уверенность в необходимости изменений.

Аффирмация (подкрепление). Подкрепляя и одобряя позитивные моменты в поведении клиента, терапевт может поддержать его в ходе терапии. Например, он может похвалить клиента за смелость, благодаря которой он обратился за помощью, и одобрить его поступок. Подчеркните сильные стороны клиента, помогающие ему управлять употреблением наркотиков. Обращайте его внимание на положительные аспекты, которые ему самому могли показаться незначительными.

Обобщение. Обобщающие утверждения помогают собрать воедино весь материал, который терапевт обсуждает с клиентом, и использовать его для достижения различных целей. Следует показать клиенту, что терапевт активно его слушает, обобщая затронутые им проблемы. Обобщение следует использовать для того:

- 1) чтобы выделить важные открытия;
- 2) чтобы способствовать более детальному изучению того или иного вопроса;
- 3) чтобы дать более широкую картину в том случае, если клиент не видит выхода;
- 4) чтобы дать клиенту возможность осознать упомянутые им самим аргументы в пользу перемен в его жизни;
- 5) чтобы подчеркнуть амбивалентность клиента, обращая внимание на негативную и позитивную сторону его позиции (например: «С одной стороны, вы сказали, что вам нравится выпивать потому, что..., а с другой стороны, вы обеспокоены тем, что... Создается впечатление, что вы разрываетесь на части ...»);
- б) чтобы завершить дискуссию.

2.2. Чего следует избегать в процессе консультирования.

Если социальный работник не пользуется отражающим слушанием, а напротив, навязывает свое руководство и суждения, то он создает барьеры, разрушающие взаимоотношения между ним и клиентом (Miller and Rollinck, 1991). Наиболее вероятно, что клиент отреагирует прекращением беседы, уклонением от темы или ее изменением.

Ниже приведены некоторые реакции, которые препятствуют полному взаимопониманию между социальным работником и его клиентом.

1. Приказы или руководство. Руководство даётся тоном авторитетного человека. Консультант говорит с позиции силы (например - родитель, работодатель) или же используются авторитарные формулировки или интонация.

2. Предупреждение или угрозы. Эта форма реагирования подобна приказам, но она несёт в себе явную или скрытую угрозу негативных последствий в том случае, если клиент не последует руководству. Угроза может исходить от самого консультанта или просто содержать предсказание негативных по-

следствий, которые наступят в том случае, если собеседник ослушается, например: «Если Вы не послушаетесь меня, Вы об этом пожалеете».

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

4. *Убеждение* с помощью логических аргументов, уговоров или поучений. Скрытый смысл такой формы реагирования состоит в том, что клиент недостаточно убежден в необходимости решать проблему и ему нужно в этом помочь.

5. *Морализаторство, поучение*, или указание клиенту на его обязанности. Это иногда предполагает использование таких слов, как «должен» или «обязан», с целью напомнить о моральных предписаниях.

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

7. *Согласие, одобрение или похвала*. Как это ни удивительно, но похвала или одобрение также могут стать препятствием в том случае, если консультант соглашается или выражает одобрение по поводу всего, что сказал собеседник. Непрошеное одобрение может прервать коммуникативный процесс; оно также может стимулировать неравноправные отношения между говорящим и слушающим. Отражающее слушание не требует одобрения.

8. *Подшучивание, навешивание ярлыков*, использование прозвищ, попытки пристыдить. Этот способ реагирования выражает открытое неодобрение и намерение исправить определенное поведение и отношение.

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

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

11. *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 всех проблем консультируемого, если он задаст достаточное количество вопросов. На самом же деле, поток вопросов может помешать общению и изменить его направления на такие, которые более удобны консультанту, нежели его собеседнику.

12. *Уход от темы, отказ от дальнейшего обсуждения, шутки*. Хотя обращение к юмору может быть удачной попыткой переключить сознание

консультируемого с очень эмоционального вопроса или отвлечь от грозящей проблемы, но оно также может означать и уход от темы, который нарушает общение и предполагает что не важно то, о чём говорил консультируемый.

2.3. Распространенные ошибки при работе с клиентом

Следующие аспекты являются самыми распространёнными «граблями», на которые может наступить социальный работник, проводящий мотивационное интервьюирование:

- 1) *социальный работник 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. 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. 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, шаг за шагом. Клиент продвигается к цели, а вы рядом, но не наоборот;
- 2) *социальный работник начинает помогать, направляя клиента на изменение ещё до того, как достигнуто чёткое 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 её и быть с ней согласен.
- 3) *неспособность социального работника обходиться без поощрения в виде прогресса клиента*. Работа с зависимыми лицами редко приносит быстрый успех, о котором мы, консультанты, часто мечтаем. Консультант может практически не получать никакого ощущения удовлетворенности. Если социальный работник остро нуждается в такой внутренней подпитке, то он очень скоро почувствует её дефицит. Он может начать терять уверенность в своих профессиональных качествах или, что ещё хуже, может развить систему представлений, в которой отсутствие успеха будет отнесено на счёт личностных характеристик клиентов
- 4) *представления социального работника о том, что зависимые не способны к изменениям*. Представление о том, что «раз зависимость появилась, от неё уже никуда не денешься», вовсе не вдохновляет нас и наших клиентов к вере в возможность перемен. Если консультант - сознательно или бессознательно - согласен с этим утвержде-

нием, он «заражает» этой точкой зрения и своих клиентов. А уж если сами клиенты начнут в это верить, то утверждение неизбежно обернется еще одним самовыполняющимся пророчеством.

- 5) *обвинение клиентов в их проблемах.* Работа с людьми, имеющими проблемы с зависимостями, часто сопряжена со столкновением с системой морали, ценностей и представлений самого социального работника. Люди, зависимые от легальных или нелегальных наркотиков, часто совершают поступки, которые социальный работник может не одобрять. Таким образом, у социального работника часто возникает соблазн поставить клиентов в известность о том, что он не одобряет её занятия проституцией или его вождение автомобиля в нетрезвом виде. С точки зрения консультирования в духе МИ, вынесение моральных суждений о поведении клиента не входит в задачи социального работника. Базовой установкой социального работника должно быть принятие того, что есть и работать с этим, а не требовать того, что должно быть.
- б) *методы помощи: слишком быстро, слишком категорично.* Люди с проблемами зависимостей часто способны различными путями убедить и себя, и работающих с ними социальных работников в том, что им экстренно необходимо, чтобы кто-то (например, социальный работник) что-то делал по поводу их проблем! Действовать нужно немедленно, чтобы спасти клиента! Клиент полностью отдает свою судьбу в руки социального работника или врача. Когда социальный работник слишком вовлечен в проблемы и боль, которую чувствуют клиенты, то такой социальный работник — уже не помощник, а обеспокоенный «родитель».

2.4. Работа с сопротивлением

Сопротивление - это поведение клиента, часто возникающее в ходе консультирования и принимающее форму споров, перебивания, отрицания или игнорирования. Другими словами, сопротивление позволяет клиенту использовать свои привычные оправдания и объяснения для того, чтобы не менять свою жизнь. Сопротивление клиента может проявляться в следующих реакциях:

- спор;
- перебивание и прерывание беседы;
- игнорирование или невнимательность к процессу общения;
- отсутствие ответов на вопросы;
- абсолютный монолог, когда клиент не даёт консультирующему его социальному работнику вставить своё суждение;
- злость или раздражение, направленные на социального работника;
- 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, но 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 клиента направлено против изменений в его восприятии себя и своей жизни, и оно «питается» его собственной тревогой. Прекращая сопротивление, человеку приходится признать нелицеприятные вещи или позволить себе переживать те ощущения, которые он всегда старался избегать или вытеснять из своего сознания.

Нужно также помнить, специалист часто сам провоцирует сопротивление, навязывая клиенту свои ценности, стереотипы, предубеждения, определенный стиль общения или выражая свое определенное отношение (например, излишнюю симпатию, утешение или раздражение), или же сообщая ему информацию, которую потребитель наркотиков не готов/не в состоянии воспринять.

Наиболее часто консультирующий специалист сталкивается с сопротивлением, когда он даёт 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.

Ключом к продвижению вперед является понимание оборонительных действий (защитных механизмов) которые не дают увидеть свою проблему наркозависимым (Miller and Rollinck, 1991). Авторы рассматривают семь таких оборонительных действий.

Отрицание и минимизация Отрицание является формой защиты от психической боли. Оно не даёт человеку просто увидеть ситуации такими, какими они есть; оно позволяет человеку притворяться, что якобы определенная реальность не существует. Молодая мать, зависимая от кокаина, отказывается поверить, что её новорожденный сын имеет серьёзные осложнения в результате употребления ею кокаина и отсутствия гигиены беременности, несмотря на преждевременные роды, и другие предродовые вызванные кокаином симптомы. Она верила в то, что её сын был просто «недоношенным», и что доктора и больница хотят во всем обвинить наркотики. В этот момент работает её оборона отрицанием.

Другим свидетельством такой обороны является зависимый от алкоголя клиент, который пришёл на свою сессию терапии в состоянии опьянения, но утверждает, что ни капли не пил. Человек, который выкуривает две пачки в день, но отказывается бросить, потому что говорит, что «он пошёл в своего дядю», который прожил 97 лет и очень много курил всю свою жизнь. Такие примеры иллюстрируют то, как минимизация и отрицание могут построить заслон информации, которая могла бы помочь этим людям измениться.

Рационализация и интеллектуализация являются мощными и необходимыми защитными оборонами, которые являются вероятным объяснением поведения, в особенности на стадии присозерцания (предразмышления). Эта оборона использует объяснения и оправдания для того, чтобы оправдать незрелое и вредное поведение. Социальный работник, который выпивает 2 или 3 кружки пива за каждым обедом и несколько кружек до и после ужина, объяснил это своему коллеге, выразившему беспокойство, следующим образом: «Мне это нужно, чтобы переварить все эти посещения домов клиентов и отчёты. Это меня расслабляет. Я могу бросить в любое время. Не беспокоюсь». Интеллектуализация очень близка к рационализации. Она означает использование абстрактных объяснений для оправдания своего поведения. Большинство из объяснений употреблению табака и алкоголя являются интеллектуализацией (Прохаска, Норкросс, ДиКлименте, 1994). «Пиво не такое вредное, как водка и даже вино – несколько кружек пива мне не навредит. Кроме того, я могу бросить в любое время». «Знаешь, люди, которые бросают курить, сразу набирают в весе и это также вредно, как и курение».

Смещение и проекция означают обвинение не самого себя за своё проблемное поведение, а других или же окружающей среды в целом. Нападки на других за то, что они якобы являются причиной употребления наркотиков, или же обвинение обстоятельств и ситуаций за способствование постоянному употреблению наркотиков являются смещением. Однако видение проблем, связанных с наркотиками, алкоголем, табаком, в других, а не в себе является формой смещения, называемой проекция. Смещение и проекция являются формой отказа от вины и ответственности за свои собственные проблемы, злость, раздраженность.

Интернализация является противоположной смещению. Вместо того чтобы винить других за свои проблемы, чувства и убеждения направлены внутрь самого себя – проблемы создаются самим собой. Результатом интернализации этих чувств является привычное обвинение самого себя, низкое самоуважение или даже депрессия. Женщина средних лет, зависимая от кокаина, говорила о том, как у неё развилась зависимость, когда она повторно вышла замуж в 40 лет и её новый муж, потребитель, вовлек её в нюхание кокаина. Она сама обвиняла себя за то, что не сопротивлялась и даже за то, что вышла за него замуж. Она чувствовала себя неудачницей, потому что не смогла сопротивляться и мужу, и кокаину. Такие присозерцатели являются покорными, смирившимися и деморализованными, и их собственные чувства не дают им попытки начать изменяться.

Прохаска, Норкросс и ДиКлименте (1994), представляет примеры некоторых видов деятельности, которые трансформируют различные виды обороны в положительные механизмы преодоления проблем. В таблице 1 представлены трансформации обороны в механизмы преодоления проблем.

Таблица 1

Трансформирование оборонительных механизмов в механизмы преодоления проблем

Обороны	Преодоление
<i>Отрицание</i> : отказ посмотреть в лицо причиняющим боль чувствам или мыслям - игнорирование причиняющих боль опасных чувств	<i>Концентрация</i> : откладывание в сторону причиняющих боль мыслей или чувств для того, чтобы придерживаться конкретной задачи; возвращение к тем чувствам в более подходящий момент
<i>Рационализация или интеллектуализация</i> : «отговорка для защиты проблемного поведения», отход с помощью слов и абстракция от причиняющих боль эмоций	<i>Логический анализ</i> : тщательное и внимательное анализирование проблемного поведения, не давая эмоциям поглотить себя
<i>Проекция</i> : нереалистичная связь неприятных мыслей или чувств с другим лицом	<i>Эмпатия</i> : смотреть на ситуацию глазами другого человека; представлять себе как чувствуют себя другие
<i>Смещение</i> : «перемещение» негативных чувств на другое лицо	<i>Сублимация</i> : высвобождение негативных эмоций через альтернативные, социально приемлемые каналы. Упражнения, хор, спорт, искусство, музыка могут быть формами созидательной агрессии
<i>Интернализация</i> : обвинения самого себя во всех проблемах	<i>Самоопределение</i> : мотивирование позитивных действий. Соответствующая связь причиняющих боль мыслей и чувств, с окружающей средой, другими людьми, или самим собой – когда это оправдано.

Для описания методов работы, позволяющих избежать конфронтации с клиентом, Миллер и Роллник (1991) использовали термин «непротивления сопротивлению». Это в основном связано с применением методик рефлексивного слушания. Например, представьте себе, что клиент говорит: «Не понимаю, что ужасного в том, что я выпиваю? Все мои друзья пьют не меньше моего!». Используя некоторые из методов, описанных данными авторами, терапевт может ответить на это утверждение следующими способами.

Простая рефлексия - признать сопротивление клиента в рефлексивном ответе. Например: «Вы не можете понять, отчего у вас возникают проблемы с алкоголем, в то время как у ваших друзей, по всей видимости, никаких проблем нет».

Усиленная рефлексия - терапевт отвечает клиенту в усиленной или преувеличенной форме, чтобы обнажить другую сторону амбивалентности в его высказывании. При этом следует избегать саркастического тона. Например: «Если у ваших друзей не возникает никаких проблем с употреблением алкоголя, то и вам нечего беспокоиться».

Двусторонняя рефлексия - терапевт выслушивает клиента и сам формулирует другую сторону амбивалентности клиента. При этом терапевт использует то, что было сказано самим клиентом: «Мне кажется, что вам действительно очень трудно во всём разобраться. С одной стороны, вы пришли сюда потому, что испытываете беспокойство оттого, что пьёте, и от того, как это на Вас влияет. Но, с другой стороны, вы, похоже, пьёте не больше ваших друзей».

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 своём - порождают сопротивление. Сопротивление - это сигнал к тому, что необходимо изменить подход.

3. Консультирование на различных этапах наркологической помощи

Ю.В. Валентик (2001) сообщает о необходимости формирования коррекции и поддержания мотивации наркологических больных на всех этапах лечебно-реабилитационного процесса. Следовательно, содержание консультирования на различных этапах наркологической помощи будет различным. Цели мотивационного консультирования могут представлять собой континуум от вовлечения в программы МСР, формирования установки на долгосрочное лечение, установки на трезвость до коррекции мотивационно-смысловой сферы осуществляемых на более поздних этапах реабилитации с последующими мероприятиями, направленными на профилактику рецидивов. В таблице 2 представлены цели и задачи мотивационного консультирования.

Мотивационное интервьюирование (МИ) - только один из многих подходов к изменению поведения. Другие подходы могут использоваться для побуждения изменений как дополнение к данному методу или вместо него. В зависимости от задач консультирования на различных этапах МСР мы дополнили основные приёмы МИ техниками из других направлений консультирования. Однако соблюдение принципов мотивационного интервьюирования описанных выше является общим для всех этапов. В таблице 2 представлены цели и задачи мотивационного консультирования.

Таблица 2

Цели и задачи мотивационного консультирования на различных этапах наркологической помощи

Этап первичной наркологической помощи		1 этап (медикаментозная коррекция)	2 этап (психотерапия)	3 этап (социальная реабилитация)	Этап противорецидивной и поддерживающей терапии
Цель	Вовлечение в программы медико-социальной реабилитации	Формирование установки на долгосрочное лечение	Формирование установки на трезвость	Формирование устойчивой мотивации на социально ориентированное поведение	Профилактика срыва
Задачи	– повышение осознания проблем; – инициация процессов изменения.	– развитие противоречий относительно употребления ПАВ; – актуализация нормативного личностного статуса; – формирование положительного отношения к лечебной программе, ее правилам и режиму.	– формирование самооффективности в отношении преодоления зависимого поведения; – планирование изменений.	– инициация побуждения на социально ориентированное поведение через развитие смысловой регуляции; – актуализация и интернализация просоциальных мотивов.	– обучение навыкам контроля стимулов; – обучение навыкам совладания с влечением; обучение навыкам уверенного отказа.

3.1 Консультирование на этапе первичной наркологической помощи

Цель – вовлечение в программы медико-социальной реабилитации

Задачи:

- повышение осознания проблем;
- инициация процессов изменения.

Первый этап – установление контакта, отношений сотрудничества, что является предпосылкой для успешной реализации поставленных задач. Подлинность, теплота, принятие и эмпатия облегчают развитие доверительных отношений. Соблюдение данных условий снижает сопротивление клиента. На данном этапе можно поговорить об образе жизни клиента, о стрессах и проблемах, существующих у него на сегодняшний день и затрагивающих темы употребления наркотиков. Поговорив для начала, в общем, о здоровье, о семье или работе, об отдыхе или увлечениях и т. д. (в зависимости оттого, что в конкретной ситуации будет более уместно, и о чём охотнее всего будет говорить клиент), 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.)?». Получите разрешение клиента, на сообщение информации, используя такие вопросы как: «Скажите, Вам интересно будет узнать о том, к каким последствиям приводит? «Хотите узнать больше о том, как...?», «Вас интересует...?». Постарайтесь обеспечить готовность клиента воспринимать то, что вы скажете, и только затем переходите к предоставлению информации.

Второй этап – предоставление информации. Информирование влияет главным образом на представления индивида о том, каково наиболее вероятное направление развития ожидаемых событий и каковы последствия избранной им альтернативы поведения (Ильин Е. П., 2002).

Способ подачи информации может оказывать решающее влияние на то, как клиент реагирует на ваши действия. На данном этапе предоставьте информацию клиенту о негативных последствиях употребления наркотика, в частности о возможности инфицирования ВИЧ и гепатитом С при инъекционном употреблении наркотиков. Помните, что это должна быть только такая информация, которая необходима только для обдумывания изменений. Не спешите «загружать» клиента советами о том, что делать пока он не решил, что-либо делать.

Предоставляйте клиенту информацию не сразу, а поэтапно и в нейтральном виде как бы безотносительно 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. Можно задать такие 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 по-

воду того, что нечто подобное может произойти с Вами?», «Считаете ли Вы, что это никогда с Вами не произойдет?».

Если клиент всё ещё 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 примерах людей, которых знаете 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): «Возможно, Вы знаете кого-то, с кем случилось что-то подобное?», «Вы можете привести пример из своей жизни, когда одним из Ваших знакомых приключилось нечто подобное?». Затем можно попытаться развить эту тему, но при этом особенно не настаивайте, иначе клиент начнет сопротивляться: «Расскажите тогда, подробнее о своих мыслях и переживаниях по поводу того, что случилось с Вашим знакомым человеком?».

Третий этап – оценка одного дня. Вначале клиенту предлагается выбрать какой-то один типичный день или типичную неделю из его жизни. После этого социальный работник 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 происходило, 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 степень его готовности к изменениям. Поэтому очень важно во время разговора собирать подходящую информацию для составления такой оценки. Для этого расспрашивайте его о событиях дня, и в процессе анализа вместе с клиентом, сосредотачивайте 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 живёт (например, «надоело, каждый день одно и то же», или наоборот «а что - ну день как день, ничего необычного, всё как всегда, все нормально»). Очень важно, чтобы социальный работник старался задавать наиболее подходящий темп, когда рассматриваются события обычного дня. Необходимо ускорять темп разговора, например, с помощью новых, уточняющих вопросов, если рассмотрение проходит слишком медленно, и клиент застревает на мелких, незначительных 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, то необходимо это принять как должное и вернуться к обсуждению этих вопросов немного позже. Рассмотрение содержания обычного

дня 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, то эта стратегия особенно полезна для тех, кто находится на допроблемной 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.

Если есть необходимость продолжить разговор, то можно договориться о следующей встрече или сказать, что вы придете опять, чтобы поговорить.

Если клиент признает наличие проблем и риск возможных негативных проблем, о которых вы с ним говорили, то в таком случае очень полезно поддержать клиента и поощрить его способность признавать трудности и справляться с ними. Сообщите о существующих службах помощи.

3.2. Консультирование на первом этапе медико-социальной реабилитации (этап медикаментозной коррекции)

Общей проблемой для программ реабилитации в условиях стационара является досрочное прекращение лечения (Henggeler S.W. et al., 1996; Россинский Ю.А., 2003; Зиганшин И.М и соавт., 2004; Лиманцев В.В., 2006). Скиннер (Skinner, 1953), утверждал, что терапия требует времени, и психотерапевт должен позаботиться о том, чтобы этого времени было достаточно, чтобы пациент не прервал терапию преждевременно.

Цель - формирование мотивации на долгосрочное лечение.

Задачи:

- развитие противоречий относительно употребления ПАВ;
- актуализация нормативного личностного статуса;
- формирование положительного отношения к лечебной программе, ее правилам и режиму.

Первый этап – знакомство, установление контакта.

Второй этап – развитие противоречий относительно нынешнего образа жизни. Мотивация очень редко бывает односторонней, всегда существуют «За» и «Против» нынешнего образа жизни и «За» и «Против» его изменения. На данном этапе заполняется шкала «Баланс принятия решений» (см. таблицу 3).

Шкала требует того, чтобы клиент после тщательного изучения, честно перечислил пользу и издержки или же «За» и «Против», относительно употребления ПАВ в четырех основных категориях:

- а) последствия изменения для себя;
- б) последствия изменения для других;
- в) своя реакция в результате изменения;
- г) реакция других в результате изменения.

Шкала «Баланс принятия решений»

Основные критерии	Положительные	Отрицательные
Последствия изменения для себя		
Последствия изменения для других		
Своя реакция в результате изменения		
Реакция других в результате изменения		

Консультант предлагает клиенту оценить все «За» и «Против» изменения нынешнего образа жизни, ставя следующие вопросы: «Если Вы измените, своё поведение относительно употребления ПАВ, какие положительные последствия для себя Вы испытаете? Что ещё испытаете? и т.д.», «Какие последствия испытает Ваше окружение? Что Вы будете при этом чувствовать? Как на это отреагирует Ваше окружение?». После того, как закончили заполнять колонку «За», следует перейти к колонке «Против». Теперь давайте обсудим противоположную ситуацию: «Если Вы измените, свое поведение относительно употребления ПАВ, какие отрицательные последствия для себя Вы испытаете? Что еще испытаете? и т.д.», «Какие последствия испытает Ваше окружение? Что Вы будете при этом чувствовать? Как на это отреагирует Ваше окружение?».

В таблице 4 представлен вариант заполнения шкалы «Баланс принятия решений» формы, адаптированной Addy & Ritter (2000).

Форма «Баланс принятия решений»

Употребление ПАВ		Прекращение употребления ПАВ	
Хорошие стороны	Плохие стороны	Выгоды/польза	Вред
ИТОГО:	ИТОГО:	ИТОГО:	ИТОГО:

Консультант задает примерно следующие вопросы: «Знаете, люди, как правило, употребляют наркотики, поскольку они в чем-то помогают, а как они помогают Вам? В чем ещё помогают?», «Что Вам нравится в эффекте от употребления наркотиков? Что ещё?», «Чтобы Вы потеряли, если бы не употребляли наркотики? Что ещё?». Подытожьте сказанное клиентом, например: «Итак, Вы говорите, что употребление наркотиков дает Вам...».

Спросите клиента об отрицательных сторонах употребления ПАВ, например: «Что не особенно хорошо для Вас в употреблении наркотиков? Что ещё?», «Есть ли какие-то моменты в употреблении, которыми вы не довольны?», «Что Вам не нравится в связи с употреблением Вами наркотиков? Что еще? А ещё что?», «Каких последствий употребления Вы бы предпочли не ощущать на себе?». Подытожьте сказанное клиентом, например: «Таким образом, из-за употребления наркотиков у вас есть некоторые не-

приятности...»).

Далее обсудите с клиентом противоположную ситуацию: «Что может быть хорошего, если Вы решите менять свое поведение, т.е. прекратите употребление ПАВ?», «Что может быть плохого, если Вы решите менять свое поведение, т.е. прекратите употребление ПАВ?». Далее следует предложить клиенту посмотреть на все положительные стороны прекращения употребления ПАВ и все отрицательные стороны прекращения употребления ПАВ и оценить по степени важности для клиента эти изменения по 10-балльной шкале - от 1 до 10 баллов (1 балл = не очень важно, 10 баллов = очень важно). Полученные баллы необходимо суммировать и подвести общий итог важности.

Увеличение количества, удельного веса «Против»- ключевой фактор в продвижении к изменениям.

Третий этап – актуализация нормативного статуса и формирование положительного отношения к лечебной программе ее правилам и режиму. Реализация данного этапа осуществляется с помощью техник «Перезаключение контракта» и «Перевернутое имя» (Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В., 2003), реализуемых в индивидуальном формате.

Консультант актуализирует тему заключения контракта (соглашения, договоренности) на протяжении курса медико-социальной реабилитации:

- какие впечатления остались от процедуры заключения контракта при поступлении (Что там было написано? С какими ощущениями и чувствами клиент знакомился с правилами и подписывал контракт? Какие ощущения и чувства Вы испытываете сейчас, вспоминая эту процедуру?);
- для чего вообще нужен контракт, что означает акт подписания контракта;
- почему в обычных лечебных учреждениях (терапевтических, хирургических и др.) контракт на лечение, обычно, не заключается, а в программах медико-социальной реабилитации - это первое условие вхождения в сообщество.

В процессе беседы следует подвести клиента к мысли о лечебных функциях контракта, таких, например, как функция лекарства или хирургической операции в других лечебных учреждениях. При этом если клиент отмечает «тяготы» режима интенсивной занятости и контроля на первых этапах медико-социальной реабилитации, то будет уместно вспомнить о том, что лекарство редко бывает «сладким», оно, скорее всего, «горькое» на вкус. Но результат стоит того, чтобы мириться с этой, так называемой «горечью», которую вскоре перестаёшь замечать.

Таким образом, происходит переформирование негативного восприятия режимных атрибутов медико-социальной реабилитации на восприятие позитивное.

Далее консультант задаёт вопрос о том, с кем, собственно, заключается контракт. При этом важно сослаться на предварительно отсортированные высказывания клиента относительно процедуры заключения контракта и

привести полярные точки зрения, привязав их к соответствующим личностным доминантам – нормативному и патологическому статусу пациентов.

Консультант подводит клиента к утверждению того, что заключение контракта на прохождение курсов медико-социальной реабилитации имеет смысл лишь тогда, когда «ответственной стороной» является нормативный личностный статус пациента.

С целью активизации процесса растождествления полярных личностных характеристик используются техника «Перевернутое имя». Техника проводится следующим образом. Клиенту предлагается прочитать свое имя наоборот (начиная с конца). Консультант повторяет оба варианта (прямой и обратный) имени пациента, модуляциями голоса, и неакцентированной жестикуляцией позитивно подкрепляя прямой и негативно - обратный вариант имени. Затем консультант предлагает клиенту с «собственным» именем найти у себя позитивные признаки нормативного личностного статуса. Далее, клиенту предлагается поменять позицию и, называя себя обратным именем, обозначить признаки патологического личностного статуса. Консультант, работая голосом и невербальными стимулами, также активно включается в процесс позитивно-негативного подкрепления полярных личностных доминант клиента. Данное техническое действие продолжается обсуждением вопроса о том, какое же имя более всего подходит к истинному «лицу» пациента. Тема прорабатывается с клиентом на фоне продолжающегося позитивно-негативного подкрепления полярных личностных статусов. Клиенту предлагается еще раз «примерить» обратное и прямое имя (именно в данной последовательности!), при этом консультанты активно комментируют невербальные реакции пациента/клиента, подтверждая, что «истинное» имя – и есть отражение подлинной сущности пациента. Свобода выбора (это постоянно подчеркивается), однако, остается только за пациентом/клиентом. В завершение данного этапа клиенту предлагается выбрать имя, которым он хотел бы подписать контракт на прохождение программы медико-социальной реабилитации и прокомментировать следствия этого шага. Здесь следует отметить, что на протяжении всего технического действия скрыто, эксплуатируется привязанность человека к собственному благозвучному имени, открывающая богатые возможности для формирования терапевтически-позитивных ассоциаций.

На протяжении всего консультирования специалист выявляет и/или инициирует самомотивирующие утверждения. Самомотивация – это цель, которая должна быть достигнута перед тем, как произойдет продвижение вперед. Когда клиент в состоянии признать свои проблемы, связанные с употреблением алкоголя, табака и других наркотиков, выразить обеспокоенность по поводу этих проблем, показать намерение поменяться, и сделать заявления о вере в свои силы изменить себя, они, таким образом, делают самомотивирующие утверждения. Эти утверждения указывают на *признание проблемы, беспокойство* по поводу проблемы, *намерение поменяться* и *оптимизм* со стороны клиента. Некоторые клиенты делают такие утверждения в ходе самой первой сессии, другим нужно гораздо больше времени, в зависи-

мости от их готовности поменяться. В таблице 5 даны вопросы, позволяющие инициировать самомотивирующие утверждения.

Таблица 5

Образец вопросов, используемых для вызывания мотивационных утверждений

Признание проблемы:
– Какие проблемы создало для вас потребление вами наркотиков?
– С какими трудностями вы столкнулись в связи с тем, что вы употребляете наркотики?
– Какие еще возникли трудности?
Беспокойство:
– Что думают ваши дети и другие члены семьи по поводу того, что вы так часто употребляете ПАВ?
– Что вы чувствуете относительно употребления вами наркотиков?
– Как вы думаете, что случится, если вы бросите употреблять наркотики?
Намерение измениться
– Если вы прекратите употреблять наркотики:
а) какие изменения это вызовет в Вашей жизни?
б) что это будет означать для Ваших детей?
– Что бы Вам хотелось изменить в своем поведении?
Оптимизм
– Что поощряет Вас продолжать работать над собой, чтобы прекратить употреблять наркотики?
– Что, по вашему мнению, будет эффективно для вас, если вы решите бросить употреблять наркотики?
– Если вы решите бросить наркотики, как бы вам хотелось это сделать?

Когда клиентом высказываются самомотивирующие утверждения, то они должны быть распознаны и поддержаны консультантом вербально и невербально в такой манере, которая передает одобрение и поощряет дальнейшее познание самого себя. (Миллер и Роллник, 1991).

3.3. Консультирование на втором этапе медико-социальной реабилитации (этап психотерапии)

Цель - формирование установки на трезвость

Задачи:

- формирование самоэффективности в отношении преодоления зависимого поведения;
- планирование изменений;

Первый этап – знакомство, установление контакта.

Второй этап – формирование самоэффективности в отношении преодоления зависимости. Вера в собственную эффективность (самоэффективность) – это убеждение человека в том, что в сложной ситуации он сможет продемонстрировать удачное поведение. Понятие устойчивого ощущения самоэффективности особенно важно для понимания того, как люди мотивируют себя на целенаправленные действия и поступки, плоды которых можно будет пожинать лишь в отдалённом будущем. Убеждения в самоэффективности влияют на мотивацию и на успешность деятельности, а также на способ-

ность справляться с проблемами и трудностями. Ясно, что успех может служить мощным стимулом к активности. Если человек видит, что он в состоянии контролировать один аспект своей жизни, у него возникает желание расширить сферу самоконтроля.

Консультант инициирует обсуждение темы возможность в избавление от зависимости, при этом, выясняя, насколько клиент верит в успех собственной реабилитации. На данном этапе работы важно выяснить, как человек осмысляет свой опыт, на что делает акценты - на успех или на неудачу. Далее можно применить техники «Прошлые успехи», «Ресурсы достижения» и технику «День независимости».

Техника «Прошлые успехи». Для выполнения этого шага необходимо нарисовать солнце с множеством лучей (7 и более). На каждом луче солнца необходимо написать событие, связанное с прошлым успехом. (Закономерность: чем больше лучей, тем больше прошлых успехов). Если у клиента в прошлом был опыт ремиссии, то именно это вписывается в первую очередь. Карта прошлых успехов заполняется в два этапа. Во вторую очередь вписываются просто успехи, которые человек испытывал в прошлом. Вспоминание этих успехов пробуждает ресурсы, укрепляет самооценку. Консультант должен убедиться, что человек объясняет свой успех собственными усилиями и навыками.

Техника «Ресурсы достижения». Карта ресурсов выполняется по тому же шаблону. Необходимо снова нарисовать солнце и на его лучах прописать ресурсы для достижения своей цели. Ресурсы - это запас энергии, необходимый для осуществления цели. Ресурсом может быть источник, наполняющий силой, энергией, дающий уверенность, убежденность. Это могут быть определенные люди: мама, друзья и др., могут быть увлечения, хобби, природа. К ресурсам могут относиться личные качества человека, например, упорство, настойчивость и др.

Техника «День независимости». «Праздник независимости» - это не метафора, праздник независимости наступает тогда, когда человек избавился от проблемы, освободился от её тягот и стал независимым от неё. Снова используется рисунок солнца, на лучах которого необходимо написать тех людей, кто, как Вы предполагаете, оказывает Вам помощь в решении проблем. Здесь используется приём «Как если бы...». Как если бы Вы уже решили проблему, кого бы Вы пригласили на свой праздник? Именно этих людей необходимо отметить на лучах солнца.

Кроме того, полезно будет обсудить с клиентом то, как всё будет выглядеть, если избавиться от проблемы. Как я себя буду чувствовать? Буду ли я лучшим другом, супругом, любовником, родителем, начальником или служащим.

Третий этап – планирование изменений. На данном этапе составляется план изменения поведения. Клиенту предлагается заполнить бланк (приложение 1). Процесс заполнения позволит спланировать конкретные изменения, оценить вероятные результаты каждой стратегии изменения и сократить или устранить барьеры, препятствующие действиям. Задачи должны быть

небольшими, чтобы можно было их достичь в обозримом будущем, и одновременно достаточно большими, чтобы над ними стоило трудиться, и они дали ощутимый результат. Результаты должны быть таковыми, чтобы их можно было проконтролировать и измерить, - это поможет осознать прогресс и значительно повысить мотивацию. Консультант должен оказать конкретную помощь в планировании, важно планируемые изменения соотносить с контекстом реабилитационной программы, кроме того, план самого человека должен подходить его образу жизни, культуре, привычкам и устремлениям.

Данный план позволит клиенту укрепить веру в собственные силы, что является важным мотивационным фактором и мобилизует усилия для изменений.

После составления плана на **четвертом этапе** необходимо закрепить установки нормативного личностного статуса относительно плана изменений. На данном этапе можно реализовать адаптированную технику «Внутренний саботажник». В данном случае «внутренний саботажник» отождествляется с патологическим личностным статусом. Клиенту объясняется, что патологический личностный статус может проявиться и выступить в роли внутреннего саботажника тогда, когда вы этого не ожидаете. «Он может отговорить вас от нового дела или развалить уже начатое. Умение распознать и понять это, является важным в работе над собой». Он проговаривает: «Зачем стараться, все равно не получится? Все зря», «Если не способен жить без наркотиков - оставь это дело». «Эти и другие высказывания, способны отговорить Вас от новых начинаний, убить интерес к любой деятельности. Но вы можете противопоставить ему свои весомые аргументы и не дать ему возможности господствовать над вашими стремлениями».

Далее клиенту предлагается нарисовать в воображении образ патологического личностного статуса, который толкает на саботаж, противодействует выполнению задуманного плана, занять позицию саботажника и целенаправленно пытаться помешать осуществлению своего проекта. Далее консультант просит клиента пересесть на другой стул и вообразить встречу с саботажником с точки зрения своего «нормативного личностного статуса и провести с ним переговоры. После этого консультант делает акцент на контраргументах, которые использовал клиент, во время переговоров, обратив его внимание на то, что он может использовать их в последующем.

После составления плана осуществляется поддержка клиента в реализации плана. Обсуждаются трудности, поощряются успехи при необходимости, вместе с клиентом пересматриваются отдельные пункты плана.

3.4. Консультирование на третьем этапе медико-социальной реабилитации (этап социальной реабилитации)

Среди вопросов, касающихся человеческой мотивации, чрезвычайно важным является изучение собственно личностно-смысловых характеристик детерминации деятельности (Насиновская Е.Е., 1988). В концепции Леонтьева А.Н (1977) категория мотива тесно связана с понятием смысла, где мотив может выступать как основное ведущее смысловое образование. На участие

смысла в мотивационном процессе указывают и другие исследователи (Божович Л.И., 1968; Асмолов А.Г., 1979; Братусь Б.С., 1979; Вилюнас В.К., 1990).

Наркозависимые лица часто заявляют об отсутствии целей, о наличии «пустоты», об отсутствии побуждений, что может указывать на нарушение процессов смыслообразования и как следствие дефиците энергетического потенциала. В основе консультирования на данном этапе лежит программа психокоррекции смысловой регуляции жизненного пути девиантной личности (Карпинский К.В., 2002).

Цель - формирование устойчивой мотивации на социально ориентированное поведение.

Задачи:

- инициация побуждения на социально ориентированное поведение через развитие смысловой регуляции;
- актуализация и интернализация просоциальных мотивов.

Первый этап – знакомство, установление контакта.

Второй этап - диагностика уровня осмысленности и активизация смысловознания поиска. Консультант инициирует обсуждение темы, смысла жизни ставя следующие вопросы:

1. Каковы главные события жизни человека, чью жизнь можно считать осмысленной (бессмысленной)?
2. Каковы ведущие ценности жизни человека, чью жизнь можно считать осмысленной (бессмысленной)?
3. Каковы преобладающие эмоциональные переживания человека, чья жизнь является осмысленной (бессмысленной)?
4. Какие мысли владеют человеком, чью жизнь можно назвать осмысленной (бессмысленной)?
5. Каково социальное окружение человека, чья жизнь осмысленна (бессмысленна)?
6. Каково мировоззрение человека, ведущего осмысленное (бессмысленное) существование?

Далее консультант предлагает клиенту расчертить лист бумаги на три графы, которые озаглавливаются как «Бессмысленная жизнь», «Осмысленная жизнь», «Моя реальная жизнь» предлагает участникам описать основные события и ценности своей жизни, собственные эмоциональные переживания, социальное окружение и мировоззрение. Данное упражнение позволяет отразить шкалу субъективных представлений об осмысленной и бессмысленной жизни, распознать общий уровень осмысленности собственной жизни в «зеркале» контрастных вариантов максимально и минимально осмысленного бытия.

Третий этап – переработка жизненного сценария, коррекция жизненных целей. Консультант предлагает клиенту оценить каждое пятилетие своей жизни в рамках ожидаемой продолжительности жизни по 10-балльной шкале на предмет выраженности чувства удовлетворенности жизнью и построить индивидуальный график жизни, откладывая по оси абсцисс пятилетние ин-

тервалы, а по оси ординат отмеривая оценки удовлетворенности прожитой жизнью для каждой пятилетки. После этого консультант предлагает выделить те пятилетия жизни, которые характеризуются наибольшей и наименьшей удовлетворенностью. Далее клиента просят назвать те события, которые составят основное содержание выделенных этапов, и оценить вклад каждого из них в общую удовлетворенность/неудовлетворенность самореализацией.

После этого консультант просит клиента подумать, ставя следующий вопрос: «Каким был бы Ваш жизненный путь, если бы в прошлом Вы приняли другие решения?», «Как сложилась бы Ваша жизнь том случае, если бы Вы в свое время отказались от наркотиков?». Важное значение имеет детальное определение событийной структуры альтернативного пути в жизни, состав биографически значимых других лиц, социальный статус и общий уровень удовлетворенности жизнью. Попросите клиента смоделировать два и более альтернативных варианта жизненного пути. Эти варианты обсуждаются вместе с клиентом. В ходе обсуждения клиент раскрывает их позитивные и негативные стороны, дает прогнозную оценку своего жизненного пути по схеме анализа пятилетних интервалов

Далее, консультант инициирует обсуждение темы жизненных целей, о том, как важно ставить и удерживать в сознании жизненные цели. Здесь же необходимо вскрыть одно из главных противоречий человеческой жизни: временной бюджет жизни лимитирован, большая часть временного запаса «съедается» повседневными делами и заботами, а времени на действительно значимые жизненные цели порой катастрофически недостает.

Клиенту предлагается в течение 5 минут с максимальной скоростью записать перечень тех жизненных целей, которые его привлекают. При этом не следует специально контролировать содержание этих целей: главная задача *стоит* в том, чтобы сделать набросок всей палитры собственных жизненных целей, какими бы нереальными они ни казались. Для ускорения работы представляется возможным зашифровать жизненные цели понятным самому участнику способом. По истечении времени консультант прерывает клиента, дополнительно предоставляя 3 минуты для корректировки и выполнения перечня жизненных целей.

Далее, консультант предлагает клиенту мысленно перенестись в ситуацию, когда клиент узнаёт, что ему осталось по той или иной причине 6 месяцев жизни. Необходимо мысленно вжиться в эту ситуацию и в течение 5 минут изложить те цели, реализацией которых занялся бы клиент в течение оставшегося времени. В результате выполнения упражнения клиент продуцирует три списка жизненных целей. Консультант замечает, что для того, чтобы реализовать такое огромное количество жизненных целей, необходима не одна и не две жизни, поэтому человеку всегда приходится выбирать между многими альтернативными линиями своей жизни. В связи с этим необходимо проранжировать и выбрать три наиболее значимые цели в каждом из списков. В итоге клиент сокращает исходную матрицу жизненных целей до девяти наиболее важных целей. Затем среди этих девяти целей необходимо выделить три цели чрезвычайной важности и соподчинить их между собой.

После того, как приоритеты в жизненных целях определены, клиентом необходимо обеспечить запас мотивации для исполнения жизненной стратегии. Здесь целесообразно прибегнуть к помощи метода творческой визуализации. Консультант даёт инструкцию: «Представьте, что Вам удалось реализовать Ваши заветные цели. Как это улучшило Вашу жизнь? Как Вы выглядите? Как Вы себя чувствуете? Какие люди Вас окружают?».

Четвертый этап – выработка тактики для реализации жизненных целей. Консультант отмечает, что не только незнание жизненных целей может влиять на халатное расходование временного резерва жизни, но также неведение или заблуждение относительно средств и способов их реализации.

Клиенту предлагается озаглавить каждый отдельный чистый лист названием одной из трёх наиболее значимых жизненных целей. Далее ему предлагается в течение 5 минут придумать как можно больше конкретных жизненных действий и путей реализации каждой из жизненных целей. Три минуты выделяются на правку каждого списка. При этом не следует путать цель и средство её осуществления. В результате клиент должен получить три перечня конкретных жизненных действий - по одному на каждую из основных целей жизни.

Далее необходимо структурировать каждый из полученных списков. Это предполагает следующие шаги в работе.

1. Отселектировать каждый список по критерию выполнимости / невыполнимости каждого жизненного действия. При этом удобно использовать вопрос: «Готов ли я посвятить этому делу хотя бы один час в день, начиная с сегодняшнего дня?». Если ответ утвердительный, то жизненное действие остается в списке, если отрицательный - вычеркивается.

2. Структурировать оставшиеся в списке действия в жизненную программу, то есть упорядочить их во временную последовательность так, чтобы осуществление предшествующего дела влекло возможность взяться за последующее.

После выполнения заданий клиент должен получить непротиворечивую программу жизненных действий, которая регламентирует процесс достижения главенствующих жизненных целей.

Далее консультант ставит перед клиентом следующую задачу: проранжировать все наработанные ранее цели и задачи по временной последовательности, записав их в столбец. Предварительно по каждой жизненной цели и задаче необходимо ответить на три важных вопроса:

1) оптимальный срок реализации жизненной цели или задачи (в единицах возраста);

2) максимально допустимое опоздание в реализации жизненной цели или задачи;

3) максимально приемлемое опережение в реализации жизненной цели или задачи.

Под максимально допустимым опозданием в реализации жизненной цели или задачи понимается крайний срок, который ещё не расценивается как жизненный неуспех; под максимально допустимым опережением по-

нимается такой срок, который еще не рассматривается как преждевременный. В качестве вспомогательного средства можно воспользоваться таблицей 6.

Таблица 6

Цели и задачи по временной последовательности

Жизненные цели и задачи	Оптимальный срок реализации	Допустимое опоздание	Допустимое опережение

Данное упражнение хорошо тренирует навыки временного планирования жизненного пути, а индивидуальное «жизненное расписание», составляемое по ходу выполнения заданий, является мощным средством личностной саморегуляции времени жизни.

Пятый этап – мобилизация ресурсов для реализации альтернативных смыслов жизни. Консультант предлагает клиенту обратиться к программе действий, разработанной на предыдущем этапе. Необходимо просмотреть её, а при надобности дополнить и откорректировать. Затем по поводу каждого действия из списка необходимо задаться рядом вопросов:

- Могу ли приступить к реализации данного действия уже сегодня?
- Что останавливает и заставляет меня отсрочить реализацию данного пункта жизненной программы?
- Насколько плачевными могут быть последствия промедления с осуществлением данного жизненного действия?

Регистрация ответов в таблице 7 заметно улучшает показатели самоанализа:

Таблица 7

Реализация жизненных действий

Жизненное действие	Срок начала выполнения	Причины промедления	Негативные последствия откладывания
1.			
2.			
3.			

Далее клиент должен произвести самоанализ характерных личностных особенностей и в итоге иметь автопортрет собственной личности. Консультант даёт указание просмотреть перечень личностных характеристик и напротив тех характеристик, которые, по убеждению клиента, являются негативными, поставить знак «-», рядом с позитивными знак «+». Те качества, которые можно одновременно определить как позитивные и негативные, - знак «\$».

Далее в течение 5 минут клиент должен произвести ревизию собственных жизненных целей и смысла жизни, последовательно вписывая их в столбец таблицы 8.

Клиенту необходимо разделить свои личностные качества по критерию содействия или противодействия осуществлению жизненных целей. После этого консультант ставит задачу выявить те личностные качества, которыми участники в настоящее время не обладают, но которые было бы полезным в себе развить и укрепить для более эффективного достижения цели.

Таблица 8

Качества, способствующие и препятствующие реализации целей

Жизненные цели и смысл жизни	Качества, способствующие реализации	Качества, препятствующие реализации
1.		
2.		
3.		

«Под занавес» проводится обсуждение и клиент делится сделанными открытиями и намечает зону ближайшего личностного развития.

3.5. Консультирование на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии

На данном этапе реабилитации используются техники когнитивно-поведенческого консультирования, которые не являются собственно мотивационными, однако, обучение пациентов навыкам профилактики срыва способствуют снижению тревоги и обретению уверенности в себе, что может укреплять мотивацию на трезвое поведение.

Цель – профилактика срыва.

Задачи:

- обучение навыкам контроля стимулов;
- обучение навыкам совладения с влечением;
- обучение навыкам уверенного отказа.

Первый этап - решаются задачи установления рабочего альянса с клиентом.

Второй этап – контроль стимулов. Пациентам в доступной форме объясняется модель срыва (см. рисунок 2).



Рисунок 2. Когнитивная модель срыва

После чего проводится функциональный анализ поведения связанного с употреблением ПАВ. Проводя анализ, консультант использует пять основных вопросов (Когда?; Где?; Почему?; С кем?; Что произошло?), сформулировав их примерно следующим образом: «Что происходило до того, как Вы употребили ПАВ?»; «Что Вы чувствовали перед употреблением ПАВ?»; «Как/где Вы приобрели ПАВ?»; «С кем Вы потребляли ПАВ?»; «Что произошло, после того как Вы употребили ПАВ?» и так далее. Цель данного анализа - выявить объекты, события и внутренние состояния, ассоциирующихся с потреблением наркотиков и выступающие в качестве условных стимулов (внешних и внутренних триггеров), которые запускают влечение.

К внешним стимулам можно отнести:

- людей (дилеры, друзья – потребители ПАВ),
- места (бары, места вечеринок, дома/квартиры потребителей ПАВ, район города, где употреблялось ПАВ),
- вещи (наркотики, вспомогательные средства для приготовления наркотиков) и т.д.

К внутренним стимулам относятся, как правило, эмоциональные состояния: беспокойство, разочарование, гнев и т.д.

Затем после идентификации триггеров, можно провести их шкалирование в соответствии со степенью, в которой они связаны с потреблением ПАВ (приложение 2, 3), что позволит выявить ситуации высокого и низкого риска срыва.

На основании данных функционального анализа пациенту предлагается таким образом заполнить график активности (приложение 4), чтобы его соблюдение способствовало избеганию ситуаций высокого риска срыва. Необходимо объяснить клиенту важность составления графика: «Составление графика может быть тяжёлой и скучной задачей, если вы к ней не привыкли. Тем не менее, оно является важной частью процесса выздоровления. Люди с расстройствами, связанными с потреблением ПАВ, не планируют своё время. Планирование времени поможет Вам добиться воздержания и поддерживать его».

При работе с внутренними стимулами применяются техники рационально-эмотивного и когнитивного консультирования. После предварительного объяснения клиенту формулы «А-В-С» можно воспользоваться «Формой для ежедневного записей мыслей» (приложение 5), которая позволит выявить автоматические мысли, лежащие в основе чрезмерных эмоциональных реакций, и помогает сформулировать рациональную ответную реакцию. Клиенту даются домашние задания по заполнению «Формы для ежедневного записей мыслей», которые обсуждаются на последующих сессиях. Данная работа позволит выявить дисфункциональные убеждения клиента и сформулировать рациональный ответ.

Второй этап – обучение навыкам совладания с влечением. Умение подавить влечение на начальном этапе, когда оно только начинает проявляться, позволяет справиться с ним легче, чем потом, когда влечение поглощает на час или более. Многие клиенты считают, что раз они начали испытывать вле-

чение к наркотикам они неизбежно будут их потреблять. Основываясь на своем опыте, они всегда «уступают» своему желанию, как только оно возникает, и потребляют наркотики.

Расскажите клиенту об основных стратегиях преодоления влечения. Таковыми могут быть: вовлечение в деятельность не связанную с наркотиками; разговор о тяге; общение с людьми, не употребляющими наркотики, также можно обучить клиента навыкам релаксации.

Третий этап – обучение навыкам уверенного отказа. Клиенту объясняется следующие основные принципы эффективного отказа:

- отвечайте быстро (без запинок, бормотания и без колебаний);
- смотрите прямо в глаза;
- отвечайте ясно и твердо «нет», чтобы пресечь все попытки предложить наркотики в будущем;
- не разговаривайте долго;
- выходите из этой ситуации.

Клиент совместно с консультантом на основе полученных знаний отрабатывает для себя модель уверенного отказа. При этом важно фокусировать внимание клиента не только на вербальных составляющих поведения, но и на других его компонентах, таких, как контакт глаз, позы, жесты, выражение лица, тон и громкость голоса, интонации, плавность речи.

Далее в ролевой игре разыгрываются ситуации, в которых клиенту предлагают употребить наркотики, при этом консультант выступает в качестве партнёра по общению, одновременно отслеживая и при необходимости корректируя вышеуказанные компоненты поведения, а также позитивно подкрепляя успехи клиента.

Заключение

Мотивация является одним из ведущих факторов в регуляции деятельности человека. Совокупность мотивов, их иерархия и взаимоотношения составляют ядро личности, её направленность. Как было уже отмечено выше расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ, являются в основном мотивационными расстройствами. Следует отметить, что несмотря на ряд исследований Дж. Прохаска, К. ДиКлементе, 1986; Cox & Klinger, 1988; Валентик Ю.В., 2001; Валентик Ю.В, Сирота Н. А., 2002), проблема мотивации на лечение у наркозависимых лиц до сих пор остается актуальной. В связи с этим, мотивационное консультирование в наркологической практике в настоящее время является одним из важных направлений работы. Здесь также необходимо отметить что, несмотря на существующие технологии мотивирования наркозависимых лиц, очень важно дальнейшее изучение особенностей мотивационной сферы наркозависимых лиц, разработка технологий, повышающих мотивацию на лечение, и технологий формирования устойчивой мотивации на трезвый образ жизни.

Список литературы

1. Валентик Ю.В., Мельников В.Ф., Волков А.В., Мальшакова М.С. Амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от наркотиков. Методическое руководство. Российско-голландский проект
2. Вилюнас В.К. Психологические механизмы мотивации человека. – М.: Изд-во МГУ, 1990. – 288 с.
3. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия, 2-е изд., 2000.
4. Карпинский К.В. Психологическая коррекция смысловой регуляции жизненного пути девиантной личности: Монография/ К.В.Карпинский; Под ред. Комаровой Т.К. - Гродно: ГрГУ, 2002. - 139 с.
5. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркозависимых, Павлодар. - 2003. - 267 с.
6. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность.- М., 1975
7. Мотивационное интервьюирование лиц употребляющих инъекционные наркотики (пособие для социальных работников программ профилактики ВИЧ/СПИД). Методические рекомендации Киев, 2004.
8. Насиновская Е.Е. Методы изучения мотивации личности. Опыт исследования личностно-смыслового аспекта мотивации. – М., 1988
9. Прохоров А.В., Велисер У.Ф., Прохаска Дж.О. Транстеоретическая модель изменения поведения и ее применение. Журнал "Вопросы психологии, № 2, 1994. с.113-122.
10. Россинский Ю.А. и др. Персонология больного наркоманией/ Семке В. Я., Мусабекова Ж.К.. – Павлодар, 2006.
11. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога. – СПб., 2004. – 928 с.
12. Cecil H. Patterson and C. Edward Watkins- Jr. "Theories of Psychotherapy", 5th ed., 1997
13. Urs Baumann, Meinrad Perrez "Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie", 1998

План изменения поведения (рабочая таблица)
(адаптировано по изданию Miller, Zweben, DiClemente & Rychtarik, 1999)

Те изменения, которые я хочу (планирую) сделать:

- 1.
- 2.
- 3.

Наиболее важные причины того, почему я хочу сделать эти изменения:

- 1.
- 2.
- 3.

Конкретные шаги, которые я планирую (должен) сделать для изменения:

- 1.
- 2.
- 3.

Помощь других людей, которая может мне помочь в изменении моего поведения

Люди	Возможные виды или способы помощи

Я знаю, что мой план сработает, если:

- 1.
- 2.
- 3.

Те вещи, которые могут мешать моим планам:

- 1.
- 2.
- 3.

Подпись _____ Свидетель _____

Этот план будет проверен через _____ дней с сегодняшнего дня _____

График с разбивкой по дням/часам

Дата: « ___ » _____ 20__ г.	Сколько часов вы будете спать?
7:00 _____	С _____ до _____
8:00 _____	Примечания _____
9:00 _____	_____
10:00 _____	_____
11:00 _____	_____
12:00 _____	_____
13:00 _____	_____
14:00 _____	_____
15:00 _____	Напоминания: _____
16:00 _____	_____
17:00 _____	_____
18:00 _____	_____
19:00 _____	_____
20:00 _____	_____
21:00 _____	_____
22:00 _____	_____
23:00 _____	_____

Протокол дисфункциональных мыслей

Дата	Ситуация	Эмоции	Автоматические мысли	Рациональный ответ	Результат
	Опишите: 1. Событие, вызвавшее неприятную эмоцию 2. Мысли, образы, воспоминания, вызвавшие неприятную эмоцию	1. Назовите эмоцию (печаль, тревога, гнев и т. д.) 2. Оцените ее интенсивность (1-100)	1. Запишите содержание автоматической мысли, предшествовавшей эмоции 2. Оцените, насколько убедительной является для вас эта мысль (0-100%)	1. Запишите рациональный ответ на автоматическую мысль 2. Оцените степень убедительности вашего ответа (0-100%)	1. Снова оцените степень убедительности автоматической мысли (0-100%) 2. Назовите последовавшую за этим эмоцию и оцените ее интенсивность (1-100)
08.09	Получила письмо от подруги, в котором она пишет про свою свадьбу	Вина 60	«Надо было съездить к ней на свадьбу». 90%	Я в то время была занята; если б она обиделась, она бы не написала мне. 95%	10% Вина 20
09.09	Думала о делах, которые мне надо сделать на этой неделе	Тревога 40	«Мне никогда не справиться с этим». «Это слишком для меня». 100%	Раньше я справлялась и с более сложными вещами. Никто не обязывает меня делать все сразу. 80%	25% Тревога 20

Инструкция. При возникновении неприятной эмоции запишите, какое событие или ситуация вызвали эту эмоцию. (Если эмоция была спровоцирована размышлениями, представлениями и т. п., отметьте это в протоколе.) Затем запишите содержание мыслей, связанных с эмоцией. Оцените, насколько достоверными (убедительными) вам кажутся эти мысли: 0% = абсолютно недостоверные, 100% = абсолютно достоверные. При оценке интенсивности эмоций используйте шкалу от 1 до 100 баллов.

Вопросы, помогающие сформулировать рациональную ответную реакцию:

1. Чем можно доказать, что автоматическая мысль верна (не верна)?
2. Есть ли альтернативное объяснение?
3. Что самое плохое могло произойти? Мог (могла) ли я это пережить? Лучший вариант развития событий? Какой наиболее реальный результат?
4. Что мне нужно делать?
5. Какие последствия от моих автоматических мыслей? Какой мог бы быть результат, если изменить мой образ мыслей?
6. Если бы мой друг был в такой ситуации, и у него была подобная мысль, что бы я мог сказать ему?