

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ТЕРАПИИ

Методические рекомендации

Нижний Новгород

2013

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

**УТВЕРЖДЕНЫ
ПРИКАЗОМ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
От 29.10.2013 г. № 2625**

МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ТЕРАПИИ

Методические рекомендации

Нижний Новгород

2013

Аннотация

Предлагаемые методические рекомендации посвящены одному из трудных вопросов современной практической наркологии – поддержке и развитию у больных мотивации к обращению за наркологической помощи, согласию на лечение и последующую медико-социальную реабилитацию.

В методических рекомендациях представлена программа мотивационного консультирования, необходимая специалистам наркологической службы (врачами-психиатрами-наркологами и медицинскими психологами) на двух наиболее ответственных этапах: на начальном этапе терапии при первом обращении больного за помощью и на этапе принятия больным решения о его переходе на этап медико-социальной реабилитации.

Технологии мотивационного консультирования изложены в виде конкретных пошаговых алгоритмов действий специалиста, что имеет ряд преимуществ: повышает технологическую оснащенность специалиста, позволяет ему не терять время для подбора вариантов психотерапевтического воздействия на больного, сосредоточить внимание на установлении психологического контакта с больным с помощью наиболее эффективных приемов консультирования.

Важным следствием внедрения программы мотивационного консультирования является определенная унификация воздействий на больного специалистами наркологической службы, в какое бы учреждение больной не обратился, обеспечение преемственности в работе специалистов разных структурных подразделений наркологической службы – амбулаторных кабинетов и диспансерных отделений, дневных стационаров, наркологических отделений, отделений медико-социальной реабилитации.

Методические рекомендации написаны в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года № 929н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «наркология»» (Приложение № 1 и № 4) в целях его реализации на территории Нижегородской области.

Автор:

А.Л. Нелидов, заместитель главного врача ГБУЗ НО «НОНД» по детской наркологии, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО НижГМА.

Рецензент:

В.К. Тарасов, главный врач ГБУЗ НО «Нижегородский областной наркологический диспансер» (далее – ГБУЗ НО «НОНД»), главный психиатр-нарколог министерства здравоохранения Нижегородской области.

Сайт ГБУЗ НО «НОНД»: nond-nn.ru

Содержание

Введение	4 стр.
Создание больному антистрессовой безопасной среды, мотивирующей на общение со специалистом на первом психотерапевтическом занятии	6 стр.
Приемы исследования жалоб с повышением мотивации лечения	7 стр.
Приемы активного слушания больного	7 стр.
Приемы психологического «присоединения» специалиста к больному	8 стр.
Проявление высокого познавательного интереса специалиста к исследованию жалоб больного и связанных с ними событий жизни	9 стр.
Приемы «триады или тетрады Карла Роджерса» из клиент-центрированной (лично-ориентированной) психотерапии	10 стр.
Совместный с больным анализ и позитивная поддержка мотивов, приведших его к данному обращению за помощью	11 стр.
Моделирование перехода известных мотивов в актуальные действующие на основе первоначального анализа деятельности больного	14 стр.
Формулирование больным первоначального терапевтического запроса или первоначальной «программы изменений» себя	15 стр.
Исследование истории жизни и болезни с применением приемов, развивающих мотивацию лечения и трезвости	16 стр.
Приемы стимуляции интеллектуальной активности больного и его способности к самоанализу при изучении истории жизни и болезни	17 стр.
Переформулирование (рефрейминг) психосемантических структур – жалоб и негативных оценок себя, окружающего мира, проявлений болезни	19 стр.
Введение научных понятий в мышление и речь больного	21 стр.
Переформулирование (рефрейминг) представлений больного об истории развития болезни	21 стр.
Применение для исследования истории болезни специальных вопросов, стимулирующих осознание проблем и мотивацию лечения	23 стр.
Развитие первоначального терапевтического запроса и превращение его в терапевтический договор	25 стр.
Мотивирование больных, прошедших амбулаторное или стационарное лечение, для перехода на этап медико-социальной реабилитации	27 стр.
Заключение	27 стр.

В Нижегородской области в последние 10 лет, как и в целом в Российской Федерации, наблюдаются противоречивые тенденции в развитии наркологической заболеваемости (таблица 1). Это свидетельствует о том, что проводимая в области медицинская профилактика наркологических заболеваний воздействует с разной эффективностью на разные группы населения.

Отмечается благоприятная тенденция в виде общего снижения числа наркологических больных, состоящих на диспансерном наблюдении: с 90 022 на 01.01.2011 г. до 86 998 на 01.01.2013 г. В основном это произошло за счет снижения числа больных алкоголизмом, соответственно, с 81 163 до 77 443.

Снижается число больных токсикоманиями, состоящих на диспансерном наблюдении, причем – во всех возрастных группах, как среди взрослых (с 630 на 01.01.2011 г. до 550 на 01.01.2013 г.), так и среди несовершеннолетних (с 122 на 01.01.2011 г. до 52 на 01.01.2013 г.).

Вместе с тем, отмечаются и негативные признаки наркологической ситуации.

В частности, число алкогольных психозов выросло с 2767 в 2010 году до 2914 в 2012 году; это говорит об общем утяжелении течения алкоголизма у части больных.

Число состоящих под диспансерным наблюдением больных наркоманией выросло с 5462 в 2010 году до 6091 в 2012 году, хотя в последние 10 лет среди несовершеннолетних это число с каждым годом снижается, в частности, с 13 на 01.01.2011 г. до 6 на 01.01.2013 г.

Пока не улучшается ситуация с ранним обращением населения за наркологической помощью. Среди 77 443 больных алкоголизмом, состоящих на диспансерном наблюдении на 01.01.2013 года больные с первой стадией алкоголизма составили 6244 человека или 8,1%.

Есть предпосылки к дальнейшему снижению ранней обращаемости с алкоголизмом: из 1751 больного алкоголизмом, взятого на диспансерное наблюдение в течение 2012 года, больные с первой стадией составили незначительную часть – 49 человек или 2,8%.

Остаются высокими или даже нарастают последствия потребления психоактивных веществ и наркологической заболеваемости.

Число отравлений наркотическими веществами с 108 в 2011 году увеличилось до 197 в 2012 году, курительными смесями, соответственно, с 8 до 35.

От передозировки наркотиков в 2012 году умерло 179 человек (в 2011 году – 148).

Всего за 2012 год в стационарах было пролечено 13 302 больных, в том числе со следующими основными нозологиями: с алкоголизмом – 9776 человек, с алкогольными психозами – 2323, с наркоманиями – 738, с токсикоманиями – 11, с острой интоксикацией – 434. Необходимо отметить и снижение привлекательности стационарного лечения для наркоманов: число пролеченных стационарно наркоманов уменьшилось с 1172 в 2011 году до 738 в 2012 году.

Специалисты наркологической службы все еще недостаточно используют направление наркологических больных, прошедших этап амбулаторной или стационарной терапии, на этап медико-социальной реабилитации.

Медико-социальная реабилитация пациентов с наркозависимостью осуществляется на базе ГБУЗ НО «Нижегородский областной наркологический диспансер» в четырех отделениях медико-социальной реабилитации: в трех стационарных на 75 коек и в одном амбулаторном.

Привлекательность медико-социальной реабилитации ежегодно возрастает; так, в 2012 году успешно закончили реабилитацию 104 больных, что в 2,1 раза больше, чем в 2011 году (49), в том числе больных наркоманией – 49 человек (в 2011 году – 43).

Отмечается низкий процент больных наркоманиями, отказывающихся от реабилитации: в 2012 году он составил 19%.

Вместе с тем, действующие отделения медико-социальной реабилитации могут увеличить охват больных на этапе медико-социальной реабилитацией на 20-30%.

Таким образом, одними из главных задач наркологической службы Нижегородской области являются внедрение методов работы, обеспечивающих привлекательность наркологической помощи, мотивирование населения на раннее обращение за помощью и внедрение системы мотивирования больных, проходящих этап амбулаторного и/или стационарного лечения, на дальнейшую медико-социальную реабилитацию

Предлагаемые методические рекомендации посвящены одному из трудных вопросов современной практической наркологии – поддержке и развитию у больных мотивации к обращению за наркологической помощью, согласию на лечение и последующую медико-социальную реабилитацию.

В методических рекомендациях представлена программа мотивационного консультирования, которую специалисты наркологической службы (врачи-психиатры-наркологи и медицинские психологи) должны проводить два раза, на двух наиболее ответственных этапах:

Первый раз – на начальном этапе терапии при первом обращении больного за помощью и на этапе принятия больным решения о его переходе на этап медико-социальной реабилитации.

Второй раз на этапе завершения начального этапа амбулаторной и стационарной терапии при решении вопроса о переходе больного на этап медико-социальной реабилитации.

Технологии мотивационного консультирования изложены в виде конкретных пошаговых алгоритмов действий специалиста, что имеет ряд преимуществ: повышает технологическую оснащенность специалиста, позволяет ему не терять время для подбора вариантов психотерапевтического воздействия на больного, сосредоточить внимание на установлении психологического контакта с больным с помощью наиболее эффективных приемов консультирования.

Важным следствием внедрения программы мотивационного консультирования является определенная унификация воздействий на больного специалистами наркологической службы, в какое бы учреждение больной не обратился, обеспечение преемственности в работе специалистов разных структурных подразделений наркологической службы – амбулаторных кабинетов и диспансерных отделений, дневных стационаров, наркологических отделений, отделений медико-социальной реабилитации.

Методические рекомендации написаны в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года № 929н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «наркология»» (Приложение № 1 и № 4) в целях его реализации на территории Нижегородской области.

Данные методические рекомендации не заменяют известные руководства по наркологии и психотерапии, а лишь дополняют их в этом сложном и мало изученном на материале наркологии вопросе, как развитие мотивационной сферы у наркологических больных на начальных этапах терапии.

1

Создание больному антистрессовой безопасной среды, мотивирующей на общение со специалистом на первом психотерапевтическом занятии.

Оформление кабинета специалиста: Приглушенные тона обоев и занавесок. Отсутствие ярких отвлекающих предметов. На стенах допускаются эстампы, картины, фотографии природы. Стулья или кресла удобные для пребывания в них в течение 1-2-х часов подряд.

Покрытие пола, приглушающее шаги. Комфортная температура воздуха +20-22 градуса.

Относительная звукоизоляция: Избегать разговоров по телефону во время психотерапевтического занятия. Отключить электронную и бытовую аппаратуру (кроме нешумного кондиционера). Желательно иметь двойную дверь, изолирующую от коридора.

На время занятия ограничить входение другого персонала в кабинет. Допустимо включить тихую музыку или звуки природы (шелест листьев, далекий и тихий шум прибоя и т.п.).

Свободная посадка больного в кабинете: больному предлагается занять наиболее удобное для него место из нескольких в кабинете. Стулья или кресла желательно располагаются полукругом, открытым в сторону специалиста; расстояния между спинками стульев/кресел для больных и для специалиста около 2,5 метров, что дает расстояние между глазами специалиста и больного около 1,7-2,0 метров (дистанция комфортного делового общения).

Описание больному психологически безопасных условий оказания ему помощи:

Специалист сообщает больному об основных принципах оказания наркологической помощи:

О соблюдении врачебной тайны (кроме случаев криминального поведения больного).

О праве больного прервать лечение.

О желательности участия родственников.

Об охранительном режиме в стационарном отделении медико-социальной реабилитационном.

О ключевой роли самого больного в определении применяемых ему методов лечения (медикаментозных и психотерапевтических).

Об общей длительности лечения и реабилитации до снятия с диспансерного наблюдения (при алкоголизме – 3 года, при наркомании и токсикомании – 5 лет).

Об этапах оказания бесплатной наркологической помощи:

этап активной терапии – до 1-2-х месяцев;

этап амбулаторной или стационарной медикосоциальной реабилитации с поддерживающей противорецидивной терапией – до 6 месяцев, допустимо до года и более;

этап социально-психологической реабилитации и диспансерного наблюдения – до снятия с диспансерного наблюдения.

При поступлении больного на анонимное лечение и реабилитацию ему объясняются правила оказания данного вида наркологической помощи.

При согласии больного на проведение с ним первого психотерапевтического занятия специалист предлагает больному начать рассказ.

2

Приемы исследования жалоб с повышением мотивации лечения.

Подавляющее большинство больных придерживаются сложившейся традиции и начинают рассказ с жалоб.

Наличие жалобы говорит о том, что больной еще до прихода к специалисту проделал в самосознании определенную работу в направлении осознания болезни.

Такая работа самосознания предотвращает возникновение у больного типичных вариантов анозогнозии, препятствующей обращению за помощью.

Жалоба – это сложное психологическое явление.

С одной стороны, она отражает способность больного самостоятельно осознать часть проявлений болезни и признать их признаками патологии или хотя бы отклонения от нормы.

С другой стороны, жалоба является осознаваемым проявлением (поддающимся описанию) той мотивации, которая в самосознании больного противостоит развивающейся болезни.

Наконец, жалоба может стать непосредственно самим мотивом защитного поведения больного (совладающее или копинг-поведение), в том числе – его обращения за помощью.

Таким образом, одной из основных стратегий мотивационного консультирования на начальном этапе терапии является максимально подробное исследование жалоб больного – на фоне применения методов развития его самосознания и мотивации обращения за помощью.

В связи с высокой психологической значимостью жалоб специалисту важно, чтобы больной на начальном этапе максимально подробно рассказал о наибольшем их числе и сам проанализировал бы их с точки зрения происхождения болезни.

Больной должен видеть внимание и уважение специалиста к нему и его проблемам, поэтому все жалобы больного подробно записываются специалистом, вплоть до прямой речи.

2.1.

Приемы активного слушания больного

Приемы активного слушания, применяемые специалистом, мотивируют больного к более полному рассказу и вырабатывают чувство доверия.

К основным приемам активного слушания относятся следующие.

- Открытая поза специалиста (без скрещенных рук и ног).
- Поза внимания: корпус подается чуть вперед к больному, голова чуть склонена, взор специалиста фиксируется в области переносицы больного (не «сверлить» глазами, но смотреть прямо).
- Желательно минимальное отвлечение специалиста на записи рассказа больного.
- Подбадривания, типа «да», «вот», «хорошо», «понятно».

- Задания больному более подробно описать наиболее значимые для него явления; они диагностируются по наибольшей озабоченности и тревоге больного за свою судьбу, возникающим у больного при их описании.

2.2.

Приемы психологического «присоединения» специалиста к больному

Понятие о «психологическом присоединении» заимствовано из «нейролингвистического программирования». Означает подстраивание специалиста к психофизиологическим и психологическим процессам больного, относящихся к общению.

Присоединение к психологическому темпу больного: специалист говорит, задает вопросы, реагирует на слова и действия больного в том же психологическом темпе, который свойственен больному – не отставая от него и не опережая его. В том числе присоединяется и к паузам в речи больного, если они не означают прерывание больным самой беседы.

Присоединение к пантомимике больного: специалист принимает позы, примерно напоминающие позы больного (повороты корпусом, расположение ног и т.п.); применяет жесты, чуть похожие на жесты больного (типа, поправить волосы, коснуться лица и др.). Нельзя присоединяться к позам и жестам, выражающим агрессию, депрессию, унижение кого-либо.

Временное присоединение к статусно-ролевым отношениям, которых старается придерживаться сам больной.

Если больной хочет быть в беседе «первым номером» (лидером), специалист предоставляет ему такую возможность.

Если больной хочет быть менее активным, занимает выжидательную позицию, тогда специалист становится более активной стороной, активно задавая вопросы о состоянии больного и призывая его к рассказу о себе. В этом случае предпочтительно задавать прямые вопросы (типа, «что вы чувствуете?», «что переживаете?», «как развивались события?»), стимулирующие более подробные описания больным явлений болезни, а не поиск объяснений их возникновения (вопросы, типа «почему?», «от чего?» и др.).

В любом случае далее при развитии психотерапевтического контакта, особенно при применении приемов «триады К. Роджерса», статусно-ролевые отношения «врач-больной» выравниваются.

Присоединение к психосемантическим системам – языку (словарю), понятийному аппарату, смыслу. Этот аспект психологического присоединения является наиболее сложным и ключевым для установления доверительного контакта специалиста с больным и для его воздействия на мотивационно-смысловую систему больного.

Присоединение к языку (словарю) больного: специалист первые минуты беседы отслеживает, какие слова больной применяет для описания своего состояния, и далее начинает сам применять их при задавании вопросов, при обобщениях/интерпретациях (см. ниже). Исключения: специалист не применяет жаргон больного, его нецензурную лексику, а также слова, выражающие агрессию, депрессию, унижение кого-либо.

Присоединение к понятийному аппарату больного: специалист подмечает момент, когда больной начинает применять какие-либо обобщающие понятия для обозначения своего состояния (типа, «болезнь», «зависимость», «расстройство», «не так развиваюсь» и т.п.); с этого момента специалист начинает применять их же. Далее специалист развивает

понятийный аппарат больного, дополняя и заменяя его понятия научными и более сложными (см. ниже).

В результате применения приемов психологического «присоединения» к больному у того появляется чувство доверия, что специалист его хорошо понимает, говорит с ним «на одном языке».

2.3.

Демонстрация больному высокого познавательного интереса специалиста к его рассказам о жалобах и связанных с ними событиях жизни

Демонстрируется больному сочетанием нескольких приемов.

Задавание одного и того же уточняющего вопроса (типа, «что и как это у вас было?», «а еще подробнее?», «еще уточните, пожалуйста», «не можете ли вы точнее вспомнить?») применительно к каждой жалобе, то есть к каждому явлению болезни, осознание которого мотивировало больного к обращению за помощью.

Критерием эффективности данного приема является активизация у больного максимально ярких и детальных воспоминаний, вплоть до появления вегетативных реакций (волнение, слезы и др.).

Периодические высказывания специалиста, типа: «да, это важно!», «то, что вы сказали, – очень существенно», «спасибо, я теперь лучше понимаю вас» и др.

Ранее формулирование специалистом будущего содержания терапии и реабилитации.

Применяется для осознания больным прогнозируемости, четкой управляемости и потенциальной эффективности самого процесса лечения и реабилитации.

Специалист на основе наиболее значимых для больного жалоб, более всего мотивирующих его на лечение, определяет и говорит больному о будущих методах обследования, адекватных этим жалобам: биохимических (исследование функции печени и др.), психофизиологических (ЭКГ, ЭЭГ, ЭхоЭГ, РеоЭГ или дуплексное сканирование и др.), психодиагностических (исследование внимания, памяти, эмоциональной сферы, структуры характера, семейных отношений, профессиональных мотиваций и др.). Больному объясняется основной смысл обследований – максимально точно оценить его состояние и спланировать терапию для улучшения его психологического состояния, проследить ее эффективность.

На основе тех же наиболее мотивирующих больного жалоб специалист сообщает ему о психотерапевтических методах, адекватных для преодоления каждой психологической проблемы, осознаваемой больным у себя.

Применяются формулировки типа:

- «тягу к наркотику вы будете преодолевать сначала специальными лекарствами, а затем приемами саморегуляции, аутотренинга, приемами психологической защиты от зависимости»,

- «депрессию мы с вами будем преодолевать специальными антидепрессантами с одновременной психологической тренировкой способности к оптимизму и устойчивой самооценки»,

- «для этого вы пройдете у нас тренировку уверенности в себе»,

- «для улучшения отношений в семье вы с женой пройдете психологическую тренировку ее основных функций и тренинг общения» и т.п.

Начиная с этой части занятия и далее на протяжении всей психотерапевтической работы с больным, желательно ввести технику конспектирования больным основных положений каждого занятия – для этого дать ему блокнот, планшет (для опоры) и ручку.

2.4.

Приемы «триады или тетрады Карла Роджерса» из клиент-центрированной (лично-ориентированной) психотерапии

Приемы «триады/тетрады К. Роджерса», естественно, применяется с самого начала занятия, но особенно важным оно становится, начиная с предыдущего метода – с подробного рассказа и анализа больным жалоб и связанных с ними событий жизни.

Сущность приемов «триады/тетрады К. Роджерса» - это моделирование специалистом такого позитивного отношения к больному, какое должно было бы окружать больного в детско-подростковом возрасте, если бы у него были успешные родители и другие воспитатели, эффективно применяющие поддерживающий развивающий демократический стиль воспитания.

В состав «триады/тетрады К. Роджерса» входят следующие приемы.

Безусловное принятие больного.

Цель – противостоять эмоциональному отвержению больного со стороны его окружения.

Специалист равно внимательно и с равным интересом воспринимает любые рассказы больного, как о позитивных событиях в его жизни, так и о негативных, вплоть до противоправных. Любой жизненный опыт больного специалист анализирует с познавательных позиций – как важный и дающий понимание логики развития жизни и личности больного, психологических закономерностей зависимости и ее преодоления.

Безоценочное отношение к больному.

Цель – преодолеть осуждающее отношение к наркологическим больным, преобладающее в населении и в ближайшем окружении больного; тренировать у больного способность к объективному (логическому, научному) анализу своих проблем.

Специалист не применяет моральных оценок клиента, типа «хорошо-плохо», «верно-неправильно», «добро-зло» и т.п. При попытке самого больного применить моральные оценки/осуждения себя специалист его выслушивает, но сам к ним не присоединяется, нейтрально поддерживает больного (типа: «да, вероятно, вы правы, говоря так о себе», «да, наверное, вы имеете основания так о себе сказать»), но тут же предлагает ему вернуться к исследованию жалоб и других аспектов истории жизни и болезни.

Эмпатическое восприятие больного.

Цель – создание более глубокого эмоционального контакта с больным.

Специалист по ходу рассказа больного мысленно представляет себя как бы участником наиболее значимых для больного событий, в том числе – даже представляет себя как бы на его месте. Это дает специалисту основание для т.н. «отзеркаливания» чувств больного. Специалист по ходу или сразу после описания больным значимого для того события сообщает больному о том, какие чувства тот испытывал больной тогда и испытывает сейчас при его описании; типа: «вы тогда были огорчены и сейчас – тоже», «у вас была злость, а сейчас я чувствую ее отголоски», «вам было тяжело, а сейчас – чуть легче,

наверное, потому, что вы пришли сюда» и т.п. Специалист может и прямо сообщить больному, что сейчас представил себя на его месте.

Спонтанность и искренность специалиста.

Цель – выработать у больного ту же способность к спонтанности и искренности.

Данный прием тесно связан с предыдущим и вытекает из него. Специалист прямо, но на фоне доброжелательного отношения к больному, сообщает ему свои чувства и мысли, относящиеся к описываемым больным событиям.

Если описания больного касались негативных событий, то специалист исключает моральные оценки и осуждения, а сообщает о своих негативных переживаниях, типа: «вот сейчас от вашего рассказа мне что-то грустно, тяжело, как-то плохо стало» и т.п.

Особенно важны искренние позитивные реакции специалиста на значимые позитивные события из жизни больного, мотивирующие его на лечение и трезвость; позитивные реакции могут быть следующего типа: «хорошее дело!», «вот это – радостно!», «предполагаю, что вы довольны собой, и я сейчас доволен, что вам это удавалось!» и т.п.

Применение совокупности изложенных выше технологий создает у больного чувство, что специалист его хорошо понимает, что они уже как бы хорошо знакомы; в значительной мере преодолевается сопротивление больного терапевтическому процессу.

2.5.

Совместный с больным анализ и позитивная поддержка мотивов, приведших больного к данному обращению за помощью

Возможность применения данной техники мотивирования возникает к 20-30-й минуте первого занятия, так как больной к этому времени в рассказах о жалобах уже многократно касался своих мотиваций обращения за помощью.

Реализуется данная техника в нескольких вариантах.

Прямое задание больному: «Теперь на основе проведенного вами подробного анализа жалоб приведите, пожалуйста, все основания (мотивы, причины) вашего данного обращения за помощью, как вы их понимаете сейчас»

Задание с ранжированием значимости мотивов обращения за помощью: «Теперь приведите, пожалуйста, весь перечень оснований (мотивов, причин) вашего данного обращения за помощью в последовательности от наиболее значимых для вас сейчас до менее значимых».

Составление списка мотивов обращения за помощью:

- От своего лица: «На этом листе напишите сверху вниз максимально большое число оснований (мотивов, причин) данного обращения за помощью, как вы их представляете сейчас... Теперь попробуйте возле каждого основания (мотива, причины) поставить их значимость в баллах, например – от одного до десяти».

- От имени значимых для больного личностей: «На этом листе напишите сверху вниз максимально большое число оснований (мотивов, причин) для вашего обращения за помощью, как они представляются вашим родным и близким... Теперь попробуйте возле каждого основания (мотива, причины) поставить их значимость в баллах, например – от одного до десяти».

Обсуждение каждой из выявленных иерархий мотивов (собственной и как бы от имени значимых для больного родных и близких).

Применительно к каждому основанию (мотиву, причине) обращения за помощью, вошедшему в собственный список, специалист задает больному следующую примерную последовательность вопросов с целью позитивной поддержки им каждого из мотивов обращения за помощью:

- «Какой мотив обращения за помощью вам представляется наиболее важным?» (здесь больной подтверждает уже установленную им иерархию мотивов обращения за помощью или уточняет ее).

- «Какой из них вас когда либо и хоть чем-то выручал?».

- «Кому вы можете быть благодарны/признательны за то, что начали понимать этот мотив и действовать в соответствии с ним?».

- «Прямо сейчас скажите «спасибо!» этому мотиву, который привел вас к обращению за помощью».

Аналогичные вопросы задаются в отношении каждого мотива обращения больного за помощью, написанных им как бы от имени значимых родных и близких.

Сравнение списков (от себя и как бы от имени значимых близких) и поиски совпадений.

Специалист предлагает больному найти те мотивации его обращения за помощью, которые являются общими для него и для его близких (в его понимании): «Теперь посмотрите на оба списка, найдите совпадающие в них основания (мотивы, причины), подчеркните их или как-то иначе отметьте», или «Вычеркните из списков несовпадающие мотивы и оставьте только совпадающие» (такое задание можно дать при большом числе мотивов в обоих списках).

Позитивная поддержка больным совпадающих мотиваций:

- «Прямо сейчас скажите «спасибо!» всем совпавшим мотивам, который привел вас к обращению за помощью».

- «Прямо сейчас скажите «спасибо!» себе за то, что у вас сохранились взаимодействия с родными, а потому и есть совпадающие мотивы вашего обращения за помощью».

- «Прямо сейчас скажите «спасибо!» всем самым важным для вас людям за то, что у них сохранилось взаимодействия с родными, а потому у них и есть совпадающие с вашими мотивы оказания вам помощи».

Обсуждение с больным факта совпадения мотивов как признаков возможного сотрудничества больного со значимыми для него близкими и для определения направлений той помощи больному, которую ему готовы оказать его значимые близкие.

Применение понятий о гештальтах (по Ф. Перлзу) и субличностях (по Р. Ассаджиоли) в позитивной поддержке больным своих мотивов обращения за помощью.

Субличность в психосинтезе – это один из вариантов состояния «Я», имеющего целостную структуру, будто самостоятельная личность: мотивы и смыслы, ценности, эмоциональные состояния, черты характера, сценарии поведения, особенности мышления и осмысления ситуации; к субличностям, например, относятся эго-состояния по Э. Берну (я-ребенок, я-взрослый, я-родитель). Гештальт (от немецкого *gestalt* - «облик», «состояние») в гештальттерапии – это единство физического и психологического состояние, соответствующее какому-либо значимому жизненному опыту (моменту принятия решения или возникновения мотива и личностного смысла, завершения деятельности, успеха или неудачи и т.п.). Субличностей и соответствующих им гештальтов – бесчисленное множество. Их можно обозначать прилагательными (наиболее простой способ): например, я-

храбрый – я-трусливый; я-здоровый – я-больной; я-сытый – я-голодный; я-действующий – я-ленивый; я-уставший – я-активный и т.д. Можно обозначать более сложным способом – метафорически по сходству с животными, используя их качества, будто проявления личности человека (я-зверь, я-заяц, я-лиса, я-медведь и т.п.), или по сходству с явлениями природы (я-ясное солнце, я-грозовая туча, я-мороз, я-оттепель, я-звонящий ручей и т.п.), используя их физические свойства, будто проявления личности.

Субличности и гештальты непрерывно меняются в течение дня («от я-просыпающийся» до «я-засыпающий») и, тем более, в течение болезни и при выздоровлении.

Именно это их свойство можно использовать при анализе больным жалоб и мотивов обращения за помощью. Специалист предлагает больному обозначить каждый из осознаваемых мотивов его обращения за помощью каким-либо именем, будто это самостоятельная реальная личность («я – такой-то»), после чего организовывать позитивное обращение больного к ним (изложенное выше) будто к реальным личностям.

Эффективно при этом применение техники «двойного стула»; приведем ее сценарий.

Перед больным ставится второй стул.

Ему предлагается представить, что на этом стуле сидит одна из значимых для него позитивных субличностей – имеющих мотивацию обращения за помощью и трезвости. Далее больному предлагается обратиться к ней со словами благодарности за ее существование в его личности.

Затем больному предлагается пересесть на этот второй стул и почувствовать себя на нем в состоянии, соответствующей этой субличности и ее гештальту.

Больной несколько секунд сидит на втором стуле и должен подтвердить, что, действительно чувствует себя как позитивная субличность.

После этого ему предлагается обратиться от имени этой позитивной субличности («я-желающий выздороветь», «я-сильный» и т.п.) со словами поддержки к себе нынешнему («я-сомневающийся»), как бы продолжающему сидеть на первом стуле.

Такой прием при его повторении превращается в диалог субличностей (гештальтов) с поиском их примирения и сотрудничества, часто применяемый в психодраме.

Предложен ряд классификаций мотивов обращения за помощью, наиболее простые из которых – внешние и внутренние мотивы; негативные и позитивные мотивы.

Внешние мотивы – это социальное принуждение, в том числе семейное, полицейское; воздействие болей или явных нарушений функций внутренних органов; угрозы потери работы, жилья и т.п.

Внутренние мотивы являются следствием работы самосознания больного, его прежних попыток преодолеть зависимость – спонтанных и терапевтических ремиссий любой, даже малой продолжительности.

Негативные мотивы – это те побуждения к обращению за помощью, которые переживаются без радости, как следствие каких-либо неприятностей, осознание которых больным фактически является вынужденным; как правило, больные хотят не преодоления болезни, а ее адаптации к социуму при продолжении употребления ПАВ.

Позитивные мотивы – это те побуждения, которые переживаются с радостью, оптимизмом, включают в себя позитивный образ будущего, связанного с развитием личности.

Вначале при обращении за помощью у большинства наркологических больных преобладают внешние и негативные мотивы; и только постепенно в будущем, по мере успешной реабилитации, у них возникают внутренние позитивные мотивы, вплоть до восстановления всей классической «пирамиды потребностей и мотивов» (по А. Маслоу).

2.6.

Моделирование перехода знаемых мотивов в актуальные действующие на основе первоначального анализ деятельности больного, противостоящих зависимости

С точки зрения способности воздействовать на реальное поведение человека все мотивы разделяются (по А.Н. Леонтьеву) на знаемые и действующие.

Знаемые мотивы – это те, обычно нравственные, нормы и правила, о которых человек формально знает, что они есть, но которыми не руководствуется в реальном поведении. Такие мотивы обнаруживаются у детей и тех взрослых, которые, в соответствии с типичной жалобой родственников на них, «никак не понимают, что надо вести себя правильно, сколько им ни говори!». Именно поэтому наркологические пациенты (до реабилитации) так любят порассуждать на нравственные темы.

Действующие мотивы – это потребность вести себя определенным образом и достигать определенных целей, возникшая в результате прежних успешных практических действий от раннего детства до настоящего времени, в том числе – в спонтанных и терапевтических ремиссиях.

Переход значимых мотивов выздоровления в действующие моделируется переходом от анализа жалоб к анализу их влияния на сферу деятельности больного.

Специалист дает больному задание: «Опишите те деятельности (решения, поступки, дела, конкретное совладающее или копинг-поведение), какие возникали у вас вслед за осознанием жалобы и появлением мыслей об отказе от ПАВ».

Фактически специалист проверяет, переходят ли намерения больного в реальную деятельность, или – нет.

Прежде и проще всего выяснить этот механизм на примере тех дней или недель, которые проходят между решением обратиться за помощью и данным обращением за ней: «Расскажите максимально подробно, что вы делали, как спасались от алкоголя/наркотиков во все те дни, когда еще только размышляли прийти сюда?».

Все рассказы больного фиксируются в истории болезни.

Такой анализ позволяет выяснить сразу несколько аспектов процесса перехода от намерений (мотивов) к деятельности («от теории к практике»):

- Имели ли место сами факты переходов знаемых мотивов («понимаю, что надо лечиться») в действующие, при которых человек реально еще до обращения за помощью начинал организовывать себе отказ от ПАВ и какое-то развитие личности.

- Какие именно формы защитных действий (совладающего или копинг-поведения) свойственны данному больному – активные или пассивные (изложены ниже), индивидуальные или во взаимодействии с кем-либо из значимых лиц.

Данную технологию мотивирования следует продолжать до тех пор, пока больной не сообщит, что рассказал обо всех случаях возникновения действующих мотивов отказа от ПАВ и удовлетворен своим рассказом; объективно методом наблюдения у него должно диагностироваться возникновение гештальта успеха (оживление, большая уверенность в себе и др.).

2.7.

Формулирование больным первоначального терапевтического или первоначальной «программы изменений» себя

Терапевтический запрос – это совокупность представлений больного о целях терапии, средствах ее достижения, своей роли в этом процессе; иначе это психологическое явление обозначается как «программа изменений» (Е.А. Брюн, Е.А. Кошкина, Т.В. Агибалова с соавт.).

Предварительный терапевтический запрос является итогом анализа жалоб и связанных с ними мотиваций. Он используется как точка отсчета для сравнения с ним последующих терапевтических запросов больного, возникающих у него по мере развития терапии и реабилитации.

Специалист дает больному задание: «Сформулируйте, пожалуйста, ваши представления о том, каких целей вы хотите достичь, обратившись за помощью, и какими методами достичь этих целей, что могли бы сделать сами для себя? Запишите эти цели в блокнот – от самых для вас главных до второстепенных».

Первоначальный терапевтический запрос формулируется больным во многом еще под воздействием не преодоленной психической и даже физической зависимости. Поэтому он является не более чем индикатором, насколько больной может в этих тяжелых для него условиях самостоятельно (до лечения) преодолеть эти главные проявления болезни.

У большинства пациентов с алкоголизмом терапевтический запрос сводится к желанию восстановить контролируемое «умеренное» употребление алкоголя, каким оно было до возникновения у них зависимости («выписать, как все нормальные здоровые люди»).

У больных с наркоманией и токсикоманией терапевтический запрос формально сводится к желанию отказаться от ПАВ.

В обоих случаях в терапевтический запрос формально входит «улучшение нервов, семьи, работы», однако больные, как правило, не могут пояснить, что они вкладывают в это понятие.

Еще большие трудности вызывает у них вторая половина задания – описать способы достижения целей терапии.

В результате первоначальный терапевтический запрос должен расцениваться как аспект психического статуса больного на момент занятия, а не как мишень для немедленной психотерапии: он не подлежит обсуждению, глубокому анализу, улучшению – больной к этому еще не готов.

Специалист фиксирует его и выражает поддержку самого факта, что больной его сформулировал.

Первоначальный терапевтический запрос важен для психологической диагностики личности и планирования реабилитации. С точки зрения психологии ответственности первоначальный терапевтический запрос разделяется на два вида.

Экстернальная позиция личности в терапевтическом запросе.

Больные выявляют низкие баллы по шкале Роттера, в тесте Уровень субъективного контроля или УСК, особенно в шкале «интернальность в сфере здоровья», «интернальность в сфере достижений», «интернальность в семейных отношениях».

Больные стремятся достичь результата за счет внешней помощи, усилий персонала, родственников, даже «правительства», выдвигают массу социальных условий (например,

«вот будет своя квартира...»), при исполнении которых они прекратят употребление ПАВ, и т.д. Больные не видят роли своих собственных усилий и ответственности за результат, не видят развитие собственной личности в качестве цели терапии и реабилитации.

Мотивацию лечения и реабилитации у данных больных будет поддерживаться поведенческими (тренинговыми) методами воздействия, организацией режима занятости и непрерывной деятельности, культуральными методами психотерапии (см. ниже); важна роль медикаментозной терапии на всем протяжении реабилитации, пока не произойдет смена позиции личности на интернальную.

Интернальная позиция личности в терапевтическом запросе (низкие баллы по шкале Роттера, в тесте Уровень субъективного контроля или УСК).

Больной заявляет преимущественно о своей ответственности за выздоровление и реабилитационное развитие личности, старается самостоятельно задавать вопросы, планировать лечение и реабилитацию.

Мотивацию лечения и реабилитации у данных больных будут поддерживать личностно-ориентированные методы психотерапии (гештальттерапевтические и психодраматические методы психотерапии, арттерапии и терапии творческим самовыражением, методы тренировки саморегуляции и аутотренинга, социально-психологический тренинг личностного роста, семейная психотерапия); роль медикаментозной терапии на этапе реабилитации – второстепенная.

В обоих случаях при успешном развитии реабилитации интернальность личности больного нарастает, что фиксируется указанными тестами.

3

Исследование истории жизни и болезни с применением приемов, развивающих мотивацию лечения и трезвости

Больной становится готов к восприятию данной части мотивационного консультирования примерно к 40-60-й минуте первого занятия, или она может быть темой второго психотерапевтического занятия, проводимого сразу за первым (на следующий день); его оптимальная длительность 1-2 часа.

Часть больных переходят к данной части консультирования сами спонтанно – в ходе подробного анализа жалоб.

Остальных больных специалист должен перевести в режим анализа истории развития жизни и болезни сразу после окончания предыдущего этапа – анализа жалоб и текущих мотиваций лечения.

В этих случаях специалист сначала проверяет, достиг ли больной чувства (гештальта) завершенности этого процесса: «Как вы чувствуете, вы удовлетворены анализом жалоб и ваших намерений лечения, мы ничего не упустили, не хотите что-то добавить?».

Если больной подтверждает, что у него есть чувство завершенности анализа жалоб, далее специалист дает задание: «А сейчас перейдем к следующему этапу беседы: расскажите, как у вас развивалась жизнь до начала употребления ПАВ, в самом начале употребления и далее до настоящего времени».

В среднем данная часть занятия длится около часа.

На протяжении всего этого времени специалист применяет методы, совмещающие анализ истории развития жизни и болезни и стимуляцию у больного мотивации лечения.

3.1.

Приемы стимуляции интеллектуальной активности больного и его способности к самоанализу при изучении истории жизни и болезни

Сначала специалист стимулирует способность больного правильно осознавать и анализировать психологическую историю развития своей жизни, включая и историю развития родительской, а затем собственной семьи.

Для этого специалист поддерживает (эмоционально подбадривает, просит рассказать подробнее, хвалит за правильность и точность анализа и т.п.) все спонтанно возникающие у больного случаи правильного осознания следующих аспектов своей истории:

- закономерностей своего возрастного развития: развития способностей, мотивов поведения, сферы деятельности (учебной, внеучебных, хобби), сферы общения и дружбы, способность преодолевать стрессы и кризисные ситуации и т.п.;
- способность выделить возрастные этапы развития и связи между ними; например, между подростковым и юношеским этапами, юношеским и ранней взрослостью, между жизнью в родительской семье и при отделении от нее; между добрачным периодом и этапами жизни в собственной семье и т.п.
- способность видеть накопление, связи и повторения непреодоленных кризисов возрастного и социального развития.

Если у больного спонтанно не возникает способность к осознанию этих аспектов жизни, то специалист стимулирует у него эту способность к осознанию следующими вопросами-заданиями:

- «Расскажите, как у вас развивались ваши способности, интересы, чем и как вы занимались в жизни, как учились, какие были хобби, как устанавливали отношения дружбы, в том числе с другим полом, как вы преодолевали разные трудности и переживания в жизни?».

- «Какие вы можете выделить возрастные этапы в вашем развитии? Чем они отличались или, наоборот, были похожи между собой? Что было общего и различного у вас в жизни вместе с родителями и в самостоятельной жизни без них, в ваших отношениях с будущей женой до свадьбы и дальше до наших дней?».

- «Какие ваши психологические проблемы накапливались с возрастом, а какие, может быть, наоборот, разрешались? Как и с кем вы учились их преодолевать, каким способами?»

С момента рассказа больного о первом употреблении ПАВ специалист начинает поддерживать все спонтанно возникающие у больного случаи правильного осознания различных психологических аспектов развития болезни (зависимости):

- социальные ситуации, в которых начиналось употребление ПАВ;
- психологическое состояние, переживания (эмоции), мысли перед употреблением ПАВ;
- социальные, психологические, физиологические эффекты от ПАВ и возникновение потребности в них;
- развитие мотивации употребления;
- система обоснования допустимости употребления ПАВ;
- противоположная система осуждения и критики себя за употребление ПАВ, установки на отказ от ПАВ;
- связь между употреблением ПАВ и развитием учебной, трудовой деятельности, собственной семьи.

Если больной сам спонтанно не осознает эти аспекты истории болезни, то специалист стимулирует у него способность к их осознанию вопросами-заданиями:

- «Какие жизненные ситуации, ваши чувства, психологические состояния, мысли привели к первому употреблению ПАВ и приводили далее к нему до возникновения зависимости?».

- «Как вы чувствовали возникновение потребности в употреблении ПАВ, что это были за потребности?».

- «Как вы условно можете назвать свои состояния (гештальты, субличности), в которых у вас возникали желания употребить ПАВ?»

- «Какие мысли, чувства (гештальты, субличности) препятствовали или протестовали у вас против употребления вами ПАВ, какие ваши «Я» защищали вас от ПАВ?» и т.п.

Поддержка попыток больного перейти с конкретного мышления на абстрактно-логическое.

Специалист отслеживает и тотчас позитивно поддерживает переходы больного от простой констатации фактов (от описаний) болезни к анализу ее истории, логики развития проблемы, к анализу причинно-следственных связей, в том числе и между симптомами болезни.

Особенно поддерживается возникновение у больного интеллектуальных инсайтов (внезапных догадок, «озарений»), а также адекватных (близких к научным) гипотез в отношении себя, развития и преодоления болезни.

Техника регулярных интерпретаций специалистом высказываний больного.

Цель – развить у больного способность к анализу,

Специалист отслеживает моменты завершения больным описания какого-либо явления в своей жизни или болезни и обращается к больному в сослагательном наклонении с предложением сказать ему свое понимание этого явления, типа: «Если это будет уместно и вам интересно, я могу высказать свою точку зрения на то, что вы описали. Это может быть проявлением... (далее специалист приводит объяснение явления болезни – в его научном понимании)».

Этим приемом специалист приучает больного к тому, что любое описываемое им явление имеет свое объяснение.

Техника интерпретаций (объяснений) больным описанных им явлений болезни.

Цель – развить у больного способность к анализу и переходу от анализа к синтезу.

Специалист отслеживает любые описания больного, значимые с точки зрения специалиста для развития у него осознания себя и болезни, и задает самому больному задание: «Объясните, пожалуйста, что это может быть, откуда такое явление?».

Неоднократное применение этого приема тренирует его способность параллельно описаниям явлений жизни и болезни еще и объяснять их происхождение.

Тренировка способности больного к альтернативному («латеральному») мышлению.

Как направление психологического тренинга предложена Эдвардом де Боно.

Цель (применительно к работе с наркологическими больными) – развить креативность, нестандартность мышления, преодолеть склонность к иррациональным суждениям и установкам, к сопротивлению против терапии.

Приведем наиболее простой вариант этого психологического тренинга, адекватный задаче мотивирования наркологических больных на лечение.

Специалист отслеживает любое суждение больного – как верное, так и неадекватное (отражающее иррациональные установки, анозогнозию, сопротивление лечению), и по его завершении тотчас задает больному задание: «Прямо сейчас, скажите, пожалуйста, как вы могли бы иначе, по-другому сформулировать эту мысль, эту свою оценку, это свое

суждение? Приведите любые другие суждения по этому вопросу, не совпадающие с первоначальным – спонтанно, что придет в голову, но – другие, штук десять!» и т.п. Допустима слегка шутливая форма данного задания.

В результате больные осознают, что любое описанное ими явление может быть объяснено множеством способов, среди которых могут оказаться и близкие к адекватным, научным.

Применение этого приема в отношении верных суждений больного о себе, болезни и выздоровлении позволяет укреплять и развивать мотивацию лечения.

Техника регулярных обобщений специалистом рассказов больного.

Цель – более четко организовать самосознание больного, натренировать его способность к переходу от анализа к синтезу.

Специалист определяет момент для применения обобщения: описание больным какого-либо законченного эпизода жизни (кризисной ситуации); описание больным законченного эпизода болезни (периода пьянства, случая употребления наркотика, попытки остановить употребление ПАВ, состояния семьи в связи с употреблением им ПАВ и др.).

Далее специалист предлагает больному свое обобщенное объяснение описанного больным явления – лучше в сослагательном наклонении, то есть – в виде гипотезы, требующей проверки при анализе других эпизодов жизни и болезни.

Интерпретация относится к отдельным явлениям (симптомам, фактам), а обобщение, в отличие от интерпретации, предлагает больному целостную концепцию, теорию, гипотезу, объединяющую много явлений и фактов в целостную картину.

Техника тренировки способности больных к обобщению своих рассказов и суждений.

Цели – аналогичны цели предыдущей техники.

Когда больной сам применяет обобщения, специалист его каждый раз позитивно поддерживает.

Когда больной сам не применяет обобщения, даже после неоднократных обобщений его рассказов специалистом, специалист сам предлагает больному произвести обобщение любого его рассказа о законченном эпизоде жизни или болезни: «Вот сейчас давайте немного остановимся и поразмышляем, как вы можете объяснить в целом развитие у вас целой группы (последовательности, совокупности) психологических явлений (особенностей употребления ПАВ)? Выдвинете какое-либо предположение, может быть – гипотезу».

3.2.

Переформулирование (рефрейминг) психосемантических структур – жалоб и негативных оценок себя, окружающего мира, проявлений болезни

Специфика наркологических больных в том, что часть жалоб у них тесно связана с негативными эмоциональными реакциями. На данном этапе терапии, при описании больным истории развития болезни, он автоматически возвращается к тем первоначально предъявлявшимся жалобам, что может вызвать те же негативные эмоции, что и в начале терапии, а с ними – сопротивление против лечения и реабилитации, оппозицию против родственников и др.

Обычно отрицательные эмоции связаны с жалобами на себя (со снижением самооценки, обострением «комплекса неполноценности»), на родственников, работу и другие обстоятельства, которые в перспективе должны будут использоваться для организации ремиссии и реабилитации.

Следовательно, на данном этапе терапии негативные реакции, связанные с жалобами, необходимо смягчить, чтобы они далее не мешали работе с больным.

Одним из эффективных способов смягчения жалоб является их переформулирование (рефрейминг). Оно позволяет снизить негативные реакции больного в отношении себя и всех явлений, породивших жалобы; возникает более позитивное видение своей жизненной ситуации, оптимистический настрой в отношении возможностей своего выздоровления.

Сущность переформулирования в том, что специалист предлагает больному другой взгляд и другое понимание его жалобы (вызывающей негативную реакцию) и дает ему возможность принять этот новый взгляд уже как собственный.

Общий алгоритм переформулирования.

Шаг 1-й: Определить высказывание больного, требующее переформулирования.

Шаг 2-й: Предложить больному (в сослагательном наклонении) другую формулировку его жалобы – их варианты приведены ниже.

Шаг 3-й: Предложить больному повторить эту новую формулировку от своего имени, будто это он сам так говорит о себе.

Шаг 4-й: Объективным наблюдением оценить возникающее психофизиологическое состояние (гештальт) больного в результате применения новой формулировки.

К признакам положительного эффекта от переформулирования относятся признаки уменьшения проявлений стресса: уменьшение мышечного напряжения и напряженности позы, смена позы с закрытой на открытую, более спокойное выражение лица, урежение и успокоение дыхания. Эмоциональное и двигательное оживление. Ускорение мышления.

Шаг 5-й: Предложить больному самому оценить свое состояние от применения новой формулировки: как положительный эффект от переформулирования засчитывается подтверждение самим больным, что его состояние улучшилось.

Требуется совпадение положительных эффектов в шаге 4-м и 5-м.

При отсутствии положительного эффекта от переформулирования (рефрейминга) больному предлагается другой его вариант (см. ниже) и так далее – до достижения положительного эффекта.

Шаг 6-й: Предложить больному впредь при возникновении у него воспоминаний об этой жалобе или негативном событии в жизни применять это новое их обозначение, вызывающее теперь уже позитивное психофизиологическое состояние – субличность/гештальт (их, кстати, удобно назвать метафорически – аналогично тому, как выше обозначались позитивные, мотивирующие на лечение, гештальты и субличности).

Способы переформулирования жалоб.

Ниже для примера возьмем случай, когда применение больным в самоописании понятия «запой» («одни запои», «тяжелые запои», «я запойный!» и т.п.) сопровождается сильной негативной эмоциональной реакцией.

Применение эмоционально более нейтральной формулировки без изменения самого смысла жалобы или негативного явления болезни.

Специалист предлагает: «Давайте попробуем более точно определить это явление – как «период или цикл употребления алкоголя». Если вы не против, попробуйте повторить это новое определение, будто это вы говорите от своего имени: «У меня есть периоды или циклы употребления алкоголя» ... (больной повторяет). Теперь почувствуйте, что психологически меняется в вас от этого нового определения?».

Для применения данного способа переформулирования специалисту необходимо составить типичный перечень жалоб и описаний жизни, связанных у пациентов данной субкультуры (города, области, района) с негативными эмоциональными реакциями, и

заранее заготовить их эмоционально более нейтральные формулировки. Например: «агрессивность» – «импульсивность», «грубость» – «недостаток мягкости, ласковости», «тяга выпить» - «влечение, желание, потребность», «болезнь/патология» - «расстройство, нарушение» и т.п.

Рефрейминг времени проявления жалобы или негативного события.

Специалист в переформулировании суживает проявления «запоев» до их реального времени, что позволяет больному избежать катастрофических самооценок: «Вы хотите сказать, что с определенной периодичностью и на определенное время у вас возникает то, что вы называете «запойми»? Повторите, пожалуйста, эту новую формулировку: «Да, у меня периодически и на определенное время в несколько дней возникают запои» ... (больной повторяет). Такая формулировка точнее отражает происходящее с вами, она вам подходит?»

Рефрейминг ситуации, социального контекста.

Специалист ставит «запой» в реальный социальный контекст, что позволяет больному начать обдумывать связь своего алкоголизма с социумом: «Если я вас правильно понял, в определенной ситуации или в нескольких ситуациях вы чувствуете влечение к алкоголю, начинаете выпивать и у вас возникает «запой»? Повторите эту новую формулировку: «Да, у меня в определенных и известных мне ситуациях возникает влечение к алкоголю, а потом и запой»... (больной повторяет). Как вы себя чувствуете при такой более точной формулировке этого явления?»

Превращение жалобы или описания негативного события в диагностическую гипотезу – в то явление, которое надо дополнительно изучить.

Специалист создает у больного дополнительную мотивацию самоанализа и обращается к больному (продолжаем пример со смягчением негативных реакций больного на понятие «запой»): «Если я правильно вас понимаю, вы обратились за помощью, в том числе и с тем, чтобы разобраться, от чего у вас стали возникать запои? Повторите, пожалуйста, эту формулировку: «Я обращаюсь к вам с целью проанализировать и разобраться, почему у меня появляются запои» ... (больной повторяет). Как вы теперь себя чувствуете при таком понимании вашей задачи?»

Превращение жалобы или описания негативного события в терапевтический запрос.

Специалист укрепляет у больного мотивацию обращения за помощью, обращаясь к нему: «Я правильно вас понял, что вы обратились разобраться, что делать с тем, что у вас запои, как преодолеть это проявление зависимости? Повторите, пожалуйста, от вашего имени это понимание цели вашего обращения: «Да, я обратился, чтобы разобраться и научиться, что делать, чтобы у меня не было зависимости, в том числе – запоев!»... (больной повторяет). Теперь скажите, как вы себя чувствуете при такой точнее сказанной цели вашего обращения?»

Превращение жалобы или описания негативного события в психотерапевтическое «домашнее задание».

Специалист формирует у больного осознание непрерывности терапии и реабилитации, вплоть до выполнения им (на фоне медикаментозной и иной терапии) психологических «домашних заданий» в промежутках между занятиями.

Специалист обращается к больному: «Вы хотите сказать, что вы после завершения нашего занятия хотите дома, самостоятельно и в сотрудничестве с другими, найти и применить способы преодоления запоев, а с ними и всей зависимости? Повторите, пожалуйста, от вашего имени это понимание цели вашего обращения: «Да, я хочу и сам и

вместе с домашними, кто захочет, найти и применить способы преодоления запоев!»... (больной повторяет). Как ваше сейчас самочувствие, есть изменения к лучшему?».

3.3.

Введение научных понятий в мышление и речь больного

Постепенно в ходе второго занятия по мотивационному консультированию специалист отслеживает применение больным бытовых понятий для обозначения отдельных явлений болезни, вплоть до жаргонных.

В этих случаях специалист, не прерывая всего рассказа больного, делает быструю вставку в его речь тотчас после применения больным бытового понятия, типа: «здесь – периодическая форма потребления», «здесь – физическая зависимость», «здесь – изменение толерантности», «здесь – изменение характерологических реакций в опьянении» и т.п.

Критерием эффективности данной техники является постепенный переход больного к применению научной терминологии, предлагаемой специалистом.

3.4.

Переформулирование (рефрейминг) представлений больного об истории развития болезни с формированием у него позитивного взгляда на возможности выздоровления

Смысл данной технологии – превращение рассказа больного о развитии болезни в рассказ о попытках ее преодоления.

Специалист по ходу рассказа больного о развитии жизни и болезни постепенно и незаметно для больного меняет сами объекты его рассказов: предлагает ему больше сосредоточиться на описании периодов трезвости, какими бы они ни были по продолжительности.

В периода трезвости исследуются наиболее важные механизмы выздоровления – именно на них специалист просит больного сосредоточить свое внимание, задавая следующие вопросы:

- «В какие моменты и в связи с чем больной принимал решение прекратить употребление ПАВ?».

- «Что вы себе говорили, как убеждали себя для прекращения употребления ПАВ? Какие самовнушения производили?».

- «Какие деятельности (дела, занятия, хобби) заполняли ваше время, освободившееся от ПАВ? Составьте полный список антинаркотических/антиалкогольных деятельностей».

- «Как вы поддерживали, хвалили себя за каждый трезво прожитый день? Как участвовали в этой поддержке окружающие?».

- «Что нового, интересного, важного для вас, может быть, даже счастливого возникало в вас как в личности в эти периоды трезвости?».

- «Какие новые цели и задачи развития вас как личности вы ставили перед собой в периоды трезвости?».

- «Как вы анализировали опыт достижения трезвости и какие выводы из них делали, в том числе – перед данным обращением за помощью, да и прямо сейчас?» и т.п.

Все описываемые больным механизмы выздоровления (совладающее или копинг-поведение, антинаркотические деятельности и др.) специалист фиксирует в истории болезни.

В конце применения данной технологии именно рассказы о механизмах выздоровления (в спонтанных или терапевтических ремиссиях) преобладают над остальными, а по значимости становятся главными в самосознании больного: именно они

вызывают интерес больного и его психофизиологическое оживление (позитивные гештальты и субличности), а не рассказы о потреблении ПАВ.

Другой вариант рефрейминга истории болезни – это одномоментное («принудительное», директивное) его введение специалистом.

Специалист дает больному описать несколько основных проявлений болезни, после чего резко останавливает больного и предлагает ему задание: «Для понимания вашей истории употребления ПАВ мне достаточно приведенных вами описаний. Спасибо. Но для меня, как для специалиста, важнее знать, каким образом вы пытались преодолеть употребление ПАВ, каков ваш потенциал выздоровления. Поэтому с данной секунды и до конца занятия вы больше не рассказываете мне ни о каких проявлениях, связанных с употреблением ПАВ, а начинаете рассказывать только о ваших попытках его преодоления. Мне важно установить, будет ли у вас вообще о чем рассказать при таком запрете!».

3.5.

Применение для исследования истории болезни специальных вопросов, стимулирующих осознание проблем и мотивацию лечения

Прослеживающие вопросы или вопросы-прослеживание.

С помощью этой техники исследуются отдельные эпизоды общения между участниками кризисной ситуации. Техника адекватна для больных, склонных к рефлексии.

Приведем алгоритм данной техники.

Шаг 1-й: Специалист предлагает больному выбрать любой эпизод из различных его кризисных ситуаций в связи с употреблением ПАВ и определить, какой момент будет считаться началом эпизода.

Шаг 2-й: Больной выбирает такую ситуацию (типа: решение больного о возобновлении выпивок, конфликт в семье или на работе, др.).

Шаг 3-й: Специалист предлагает больному максимально подробно описать свое начальное состояние в анализируемом эпизоде кризисной ситуации: какие мысли, эмоции, желания, поведение, вплоть даже до выражения лица и других деталей.

Шаг 4-й: Больной описывает свое исходное состояние.

Шаг 5-й: Специалист обозначает ее «ваш гештальт-1» и просит больного описать, какая у него была реакция на другого участника кризисной ситуации, исходя из «вашего гештальта-1»: какие слова, жесты, действия, интонации и другие детали.

Шаг 6-й: Больной описывает свою реакцию на другого участника кризисной ситуации.

Шаг 7-й: Специалист предлагает больному столь же детально описать, как изменилось психологическое состояние другого участника кризисной ситуации в ответ на его реакцию.

Шаг 8-й: Больной описывает изменение состояния у другого участника кризисной ситуации.

Шаг 9-й: Специалист обозначает это состояние «гештальт-1 второго участника» и предлагает больному описать подробно, какая у того была ответная реакция.

Шаг 10-й: Больной описывает ответную реакцию в свой адрес со стороны второго участника кризисной ситуации: какие слова, жесты, действия, интонации и другие детали.

Шаг 11-й: Специалист предлагает больному описать, как у него изменилось состояние под воздействием ответной реакции второго участника кризисной ситуации.

Шаг 12-й: Больной описывает свое состояние.

Шаг 13-й: Специалист обозначает состояние больного как «ваш гештальт-2» и предлагает описать его ответную реакцию на второго участника кризисной ситуации.

Данный пошаговый анализ эпизода кризисной ситуации позволяет достичь высокой точности анализа: события, описываемые в каждом шаге, могут длиться секунды или даже доли секунд.

Пошаговый анализ кризисной ситуации длится до тех пор, пока на очередном шаге у больного не возникнет интеллектуальный инсайт: больной начинает разделять гештальты/субличности, описанные и у себя и у другого участника, на две группы:

Неадаптивные гештальты/субличности (иррациональные, неверные, патологические) с неверными реакциями и сценариями поведения, углубляющими кризисную ситуацию.

Адаптивные гештальты/субличности, и соответствующие им адаптивные (правильные) защитные сценарии поведения и реакции, предотвращающих углубление кризисной ситуации, или даже выводящие из них; именно они далее подробно анализируются как признаки потенциала личности больного в преодолении кризисных ситуаций.

Циклические (циркулярные) вопросы.

С их помощью исследуют процесс взаимной зависимости в непрерывном взаимодействии больного в семейных подсистемах, во взаимодействиях с кем-то из сотрудников (руководителей) и т.п.

Циркулярный вопрос состоит из неизменяемой и изменяемой части.

Первая неизменяемая часть циркулярного вопроса моделирует само непрерывное взаимодействие больного с другим участником общения: «Что вы такого делаете своей жене (ребенку, сотруднику и др.), от чего она (он) так на вас влияет, что вам (вы) ...».

Вторая изменяемая часть циркулярного вопроса задает тот аспект психологии отношений, который специалист хочет исследовать у больного – черту характера, эмоциональные состояния, сценарии поведения, какую-либо из базовых функций семьи.

Пример: «Что вы такого делаете своей жене (ребенку, сотруднику и др.), от чего она (он) так на вас влияет, что вам (вы)... становится все равно, пьете вы или нет?... хочется тотчас бросить пьянство... хочется развестись... хочется не только счастливо жить, но и родить еще одного ребенка... бросить эту работу и уйти?» и т.д.

Негативной формулировкой второй изменяемой части циркулярного вопроса специалист стимулирует у больного и исследует его способность осознать болезнь.

Позитивной формулировкой второй изменяемой части циркулярного вопроса специалист стимулирует у больного осознание механизмов выздоровления и укрепляет мотивацию обращения за помощью.

Системные вопросы.

Разработаны в рамках экзистенциальной и системной семейной психотерапии.

С их помощью исследуется и стимулируется способность больного к целостному осмыслению сразу больших этапов или всего развития жизни и болезни в целом.

Примеры системных вопросов:

- «Чем этап развития жизни до начала употребления ПАВ отличался от этапа с последующим их употреблением?».

- «Что вы можете сказать о роли семьи в происхождении вашего употребления ПАВ?».

- «Если все можно было бы изменить, что бы вы изменили?».

- «Что сейчас в вас сохраняется от того юноши, который хотел жить и быть счастливым?».

- «Ваши увлечения и нынешняя работа помогают вам развиваться так, что сохраняют у вас способность прекратить употребление ПАВ?».

- «Какой этап вашей жизни, кроме раннего детства, был наилучшим, на какой вы можете опереться?» и т.п.

Переход на метафорический язык и применение метафорических вопросов.

Техника адекватна для больных с сохранным образным художественным типом мышления.

Техника также используется для преодоления сопротивления больного терапевтическому процессу и реабилитации.

Специалист представляет больного и его ближайший социум (обычно – семью) как семью животных или взаимодействие разных животных, при этом все физические и зоопсихологические особенности животных образно используются как психологические особенности человека. Пример: «Кто в вашей семье царь зверей, кого все гоняют, а кого даже и едят, только не до смерти? Кто от кого и в какой норе прячется? Кто приносит мир и счастье в ваш лес? Кто не позволяет этому... (далее – название животного, с кем ассоциирует себя больной) бросить спиртное, а кто, наоборот, помогает бросить?» и т.п.

В отношении больных, легко участвующих в беседе на метафорическом языке, позже (на этапе амбулаторной или стационарной реабилитации) можно применять техники игрового метафорического интервью с игрушками (индивидуально и в группе), технику песочной терапии.

3.6.

Развитие первоначального терапевтического запроса и превращение его в терапевтический договор

Применение данной техники становится возможным, когда больной в анализе истории своей жизни и болезни прошел все предыдущие этапы и перешел к текущему, вплоть до настоящего времени.

Сущность этой техники в том, чтобы предъявить больному его первоначальный терапевтический запрос для его объективного анализа больным как бы со стороны – глазами «стороннего эксперта», «умудренного опытом специалиста», «старшего и более опытного в лечении товарища».

Больные, прошедшие изложенные выше технологии развития осознания болезни и мотивации лечения, в подавляющем большинстве случаев исправляют, дополняют и усложняют терапевтический запрос.

Принципиально важно задать больному задание: «Сообщите не просто уточненные вами цели лечения и реабилитации, но и методы, какими вы хотели бы их достичь? Например, вы хотите улучшить память – что, как вы считаете для этого необходимо? Прочитайте список применяемых у нас технологий и подберите подходящие для достижения этой цели».

Данный тип заданий необходимо повторять и уточнять столько раз, сколько требуется для того, чтобы больной понял: каждой сформулированной им цели терапии и реабилитации соответствует свой набор методов их достижения (лекарства, разные виды психотерапии, психологический тренинг личности и др.).

Каждое предлагаемое больным развитие терапевтического запроса позитивно поддерживается специалистом.

В данный момент занятия больному предлагается выбор дальнейшей формы лечения:

- амбулаторная терапия и последующая реабилитация в амбулаторном отделении медико-социальной реабилитации;

- амбулаторная терапия и последующая реабилитация в стационарном отделении медико-социальной реабилитации;
- стационарная терапия и последующая реабилитация в стационарном отделении медико-социальной реабилитации.

Больному выдается памятка об условиях и методах стационарной медико-социальной реабилитации, подготовленная ГБУЗ НО «Нижегородский областной наркологический диспансер».

В индивидуальной карте амбулаторного или индивидуальной карте стационарного больного делается запись о проведении первого мотивационного консультирования, о выдаче направления на стационарную медико-социальную реабилитацию и памятки.

Терапевтический договор – является развитием терапевтического запроса и самостоятельной психотерапевтической технологией, вырабатывающей ответственную (интернальную) позицию личности.

Включает в себя:

- Терапевтический запрос с учетом его развития на данный момент.
- Информированное добровольное согласие больного на получение лечебной и реабилитационной наркологической помощи.
- Подробно изложенные и согласованные обязательства сторон в процессе терапии.
- Составленный больным план лечения и реабилитации («плана изменений», по Е.А. Брюну, Е.А. Кошкиной, Т.В. Агибаловой с соавт.)

В типичные обязательства больного входит:

- Искренность и честность в отчетах специалисту о динамике своего физического и психологического состояния.
- Немедленное сообщение обо всех изменениях в состоянии, особенно – об обострениях преморбидных психопатологических расстройств и о предрецидивных симптомах.
- Дисциплинированное посещение всех лечебных процедур и психотерапевтических занятий.
- Сохранение трезвости на протяжении лечения и реабилитации; участие в контрольных тестах на наличие в крови/моче ПАВ.
- Выполнение психотерапевтических и реабилитационных «домашних заданий».
- Ведение дневника самонаблюдений (дневник позитивных итогов дня) и предоставление его специалисту на очередных занятиях.

В типичные обязательства специалиста входит:

- Помогать больному в анализе им своего состояния и в составлении каждого очередного «плана изменений» на ближайшее время и на отдаленную перспективу, вплоть до конца реабилитации.
- Объяснять больному всех возникающих в нем изменений.
- Немедленно сообщать больному обо всех объективно выявляемых симптомах, говорящих об угрозе ухудшения психологического состояния и о рецидиве.
- Объяснять результаты всех методов исследования, в первую очередь – психодиагностики.
- Подробно разъяснять больному при его сомнениях в необходимости продолжения терапии и реабилитации все последствия их прерывания.

Терапевтический договор может составляться устно (основные его положения вписываются специалистом в историю болезни) или письменно.

3.7.

Мотивирование больных, прошедших амбулаторное или стационарное лечение, для перехода на этап медико-социальной реабилитации

Проводится на 2-4-й неделе от начала амбулаторной или стационарной терапии.

Применяются методы развития мотивации лечения, изложенные в пунктах 3.1.-3.6.

В отличие от мотивационного консультирования при первом обращении за помощью, материалом для повторного применения программы мотивационного консультирования являются уже не жалобы и история жизни (болезни), а динамика его состояния за время лечения в наркологическом кабинете или отделении, изучение показаний для перехода на этап медико-социальной реабилитации.

Показания к стационарной реабилитации в отделениях медико-социальной реабилитации:

1. Социально-психологические показания: неустойчивая трудовая мотивация, вплоть до отсутствия постоянной работы; отсутствие места жительства; развод или угроза развода; установка семьи на прохождение больным стационарной реабилитации (скрытое отвержение больного); отсутствие надежной «группы поддержки» в ближайшем социуме и реабилитационной среды (семейной, вне семейной), поддерживающей достигнутую больным терапевтическую ремиссию.

2. Клинико-психологические показания: собственное желание больного пройти стационарную реабилитацию; чувство неуверенности больного в достигнутой ремиссии; отсутствие длительных ремиссий при прежних попытках амбулаторного или стационарного лечения; длительно существующие невротические и патохарактерологические расстройства, снижающие реабилитационный потенциал больного (кроме тяжело выраженных, требующих лечения у психиатра).

3. Психосоматические показания: сохраняющаяся общая психосоматическая астенизация больного, требующая охранительного режима и полноценного питания; наличие хронических (не тяжелых) соматических заболеваний, требующих длительной терапии, но не препятствующих пребыванию в отделении медико-социальной реабилитации.

Больному второй раз выдается памятка об условиях и методах стационарной медико-социальной реабилитации, подготовленная ГБУЗ НО «Нижегородский областной наркологический диспансер».

В индивидуальной карте амбулаторного или индивидуальной карте стационарного больного делается запись о проведении второго мотивационного консультирования и о выдаче направления на стационарную медико-социальную реабилитацию и памятки.

Заключение

В данных методических рекомендациях изложены методы индивидуального мотивационного консультирования, направленные непосредственно на самого больного.

Вся программа укладывается в 2-3 психотерапевтических занятия с больным в начале терапии и при мотивировании его перехода на этап медико-социальной реабилитации.

При согласии больного члены семьи и другие значимые для больного лица могут участвовать в большинстве из указанных технологий формирования у больного мотивации лечения. Изложение дополнительно применяемых при этом технологий консультирования из современной системной семейной психотерапии требует отдельных методических рекомендаций.

Данная программа может повторяться на любом последующем этапе терапии и реабилитации: при обострении амбивалентности («борьбы мотивов») в мотивационной сфере больного с сомнениями в необходимости лечения, при срыве ремиссии, при рецидиве зависимости, при обострении семейных конфликтов.

Технологии мотивационного консультирования могут также в плановом порядке непрерывно использоваться в психотерапевтических занятиях по программе работы стационарного отделения медико-социальной реабилитации.

Большинство изложенных технологий могут применяться в рамках групповой психотерапии; в этом случае к ним присоединяются методы социально-психологического тренинга, драматические технологии, методы поддержки специалистом всех позитивных групповых психологических процессов (эмпатического общения и дружбы, взаимопомощи и поддержки, формирование «конституции» группы, сплочения) и другие методы, развивающие личность реабилитантов.

Наконец, технологии мотивационного консультирования должны обязательно сопровождать любые просветительские и обучающие программы, применяемые в процессе реабилитации – только в этом случае знания, получаемые больными в ходе обучения и просвещения, будут переходить в мотивы их поведения, лечения и самой реабилитации.