

УДК 159.9:615.03:364-786-056.83

Старков Денис Юрійович, молодший науковий співробітник лабораторії психології соціально дезадаптованих неповнолітніх Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, м. Київ
e-mail: votr@ukr.net

ІНТЕГРАТИВНА МОДЕЛЬ МОТИВАЦІЙНОЇ РОБОТИ З АДИКТИВНИМИ КЛІЄНТАМИ

Анотація

У статті зроблено короткий огляд методів мотиваційної роботи з адиктивними клієнтами. Розглянуто підходи до мотиваційної роботи і теоретичного опису мотивації до терапії. Виокремлено дві групи – розгляд анозогнозії (негативний підхід) і розгляд предикторів розвитку мотивації (позитивний підхід). Відомі в літературі підходи до розгляду анозогнозії (клініко-біологічний, патопсихологічний, клініко-психологічний) доповнені соціально-психологічним підходом. Виділено також конкретні механізми анозогнозії (дисфункція кори, постабстинентний синдром, адиктивний регрес особистості, адиктивна дисоціація особистості, психологічний захист, когнітивний дисонанс, інформаційний механізм, свідоме заперечення). Висунуто гіпотезу про когнітивний дисонанс як центральний механізм формування адиктивної анозогнозії. Розглянуто основні моделі «позитивного підходу» до мотивації. Запропоновано авторську інтегративну модель мотиваційної роботи з адиктивними клієнтами. Метою створення інтегративної моделі є дуже широкий континуум залежних клієнтів – від особистісно зрілих і соціально успішних людей з пізно дебютованою алкогольною залежністю до підлітків з рано розвиненою важкою полінаркозалежністю і важкими особистісними розладами. Уведено поняття мотиваційної готовності (МГ) та виокремлено її три рівня (високий, середній, низький). Для кожного рівня МГ запропоновано три відповідні стилі мотиваційної роботи – інформаційний, конфронтаційний, взаєминспрямований. Як результат фахівець отримує діючу

модель для різних типів клієнтів.

Ключові слова: адикція, мотивація, анозогнозія, інтеграційна модель, мотиваційна готовність.

Starkov Denys Yuriiovich, G.S. Kostiyk Institute of Psychology of the National Academy of the NAPS of Ukraine

THE INTEGRATIVE MODEL OF MOTIVATIONAL WORK WITH ADDICTED CLIENTS

Summary

The article provides a brief overview of the methods of motivational work with addicted clients. The approaches to motivational work and the theoretical description of motivation for therapy are divided into two groups - consideration of anosognosia (negative approach) and consideration of predictors of development of motivation (positive approach). The known in the literature approaches to the consideration of anosognosia (clinical-biological, pathopsychological, clinical-psychological) are supplemented by a socio-psychological approach. In addition, the specific mechanisms of anosognosia (cortical dysfunctions, post-withdrawal syndrome, addictive personality regression, addictive personality disorder, psychological defenses, cognitive dissonance, information mechanism, conscious denial) are highlighted. A hypothesis has been put forward about cognitive dissonance as the central mechanism for the formation of addictive anosognosia. The basic models of a “positive approach” to motivation are considered. The author's model for an integrative model of motivational work with addicted clients is proposed. The concept of levels of motivational readiness (high, medium, low) is introduced and three styles of motivational work with each of the levels are proposed - informational, confrontational, and relational.

Keywords: addiction, motivation, anosognosia, integrative model, motivational readiness.

Актуальность. Мотивационную работу с зависимыми клиентами можно назвать одним из ведущих компонентов терапии. Среди специалистов по работе

с зависимыми клиентами известна поговорка, что таких клиентов не столько сложно лечить, сколько сложно мотивировать на лечение. Существует достаточное большое количество разработанных подходов к мотивационной работе с такими клиентами, краткий обзор основных из которых дан в этой статье. И хотя большое количество инструментов может расширить репертуар и эффективность специалиста, это может также сыграть в негативную сторону – создать эклектическую кашу различных технологий без понимания смысла их применения. Поэтому можно говорить о необходимости создания некоторой интегративной обобщенной модели, которая помогла бы в систематизации мотивационных подходов и методик и дала ориентир их применения для разных групп клиентов.

Все мотивационные методики и теоретические модели мотивации можно условно разбить на две большие группы. С одной стороны, можно говорить не столько о самой мотивации, сколько о синдроме аддиктивной анозогнозии и работать именно с ним (негативный подход). С другой стороны, можно рассматривать саму структуру мотивации и работать с предикторами ее развития (позитивный подход). Понятно, что негативный и позитивный подход не исключают, а дополняют друг друга. Именно в такой последовательности будет предложен обзор уже существующих методик, далее на этой основе предложена модель интеграции.

Предметом исследования является интегративная модель мотивационной работы с аддиктивными клиентами

Цель статьи – разработка интегративной модели в обучающих программах психотерапии зависимостей.

Для достижения цели были выделены следующие **задачи**: анализ существующих подходов и методов мотивационной работы с зависимыми клиентами; анализ подходов к рассмотрению анозогнозии и ее механизмов; введение понятия и уровней мотивационной готовности; формирование действенной модели для континуума зависимых клиентов.

Механизмы анозогнозии. В зарубежной литературе вместо термина

анозогнозия используется термин отрицание. Этот термин не совсем удобен, так как в нем уже заложены смыслы 1.) исключительно когнитивного компонента; 2.) дискретность – отрицание либо есть, либо нет; 3.) приписывание ответственности сознанию клиента. Термин анозогнозия представляется гораздо более удобным, так термин «γνώσις» изначально более широкий, чем простое рациональное признание информации. Кроме того, анозогнозией можно обозначить как процесс сознательного отрицания клиентом, так и влияние на его сознание других механизмов. Поэтому в этой статье мы даем следующее определение, включающее когнитивные, аффективные и поведенческие компоненты:

Анозогнозия – сознательное либо бессознательное искажение осознания проблем употребления, ценностно-эмоционального отношения к ним, действий по решению этих проблем. Или если провести аналогию с западным термином, в анозогнозию мы включаем не только отрицание (когнитивный компонент), но и обесценивание (аффективный компонент) и сопротивление (поведенческий компонент).

В рассмотрении анозогнозии выделяют клинико-биологический, психопатологический и клинико- психологический подходы [13]. Ниже эта систематика дополнена социально-психологическим подходом [12], выделено действие конкретных механизмов и даны общие рекомендации по работе с каждым механизмом.

Клинико-биологический подход – механизм дисфункции коры. В эту группу входят механизмы анозогнозии, основанные на снижении критичности мышления из-за нарушений функционирования коры вследствие употребления ПАВ. Если раньше в эту группу относили только тяжелые невосстановимые нарушения (энцефалопатию), то последние исследования по дисфункции коры головного мозга говорят о «малых» нарушениях функционирования коры, причем даже в случаях нехимических зависимостей [23]. То есть некоторое снижение критичности к проблемам своей зависимости, снижения уровня абстрактного мышления и соответственное повышение уровня конкретности

мышления происходит уже в начале формирования зависимости, а не только на последней ее стадии вследствие уже необратимых энцефалопатических эффектов. Но, естественно, ведущим механизмом дисфункции коры становится на последних стадиях зависимости, а также при психоорганических психотических состояниях вследствие употребления «дизайнерских наркотиков». Энцефалопатия – поражение коры головного мозга. В данном случае работа с анозогнозией невозможна. Какие-либо рациональные интервенции на преодоление анозогнозии с такими клиентами не только бессмысленны, но и вредны – они приводят только к усилению напряжения клиента из-за невозможности осмыслить действия специалиста, и разрыву контакта. Учитывая, что такие зависимые являются в основном пациентами длительного стационарного лечения (в психиатрическом центре либо в медикосоциальной реабилитации), то можно дать следующие рекомендации по работе с анозогнозией таких клиентов. Во-первых, необходимо работать не столько с признанием самой аддикции и проблем из-за нее, сколько над мотивацией оставаться в центре. Это достигается созданием теплой атмосферы в центре с четкими структурированными и понятными рамками работы. Так как такие клиенты не способны осмыслить групповую динамику и отношения в группе, то сами группы должны идти в большей степени в поддерживающем формате. При неожиданном возникновении желания уйти из центра, у таких клиентов важно выяснить его причины, перевести разговор на то, как дела у него в центре, а если выясняются проблемы, пообещать исправить ситуацию. С такими клиентами также очень важна медикаментозная терапия малыми нейрорептиками, которые хотя сами по себе не лечат органические поражения, но снимают дисфорический аффект, из-за которого страдают эта группа аддиктов, и который, чаще всего, и является причиной желания прервать терапию и возвратиться к употреблению наркотиков.

Клинико-биологический подход – механизм постабстинентного синдрома (ПАС). В научной медицинской литературе давно идет спор о диагностических рамках определения ПАС и вообще о существовании ПАС как

такового. Однако, в последнее время, появилась возможность выделить специфический нейробиологический механизм ПАС в рамках «аллостатической» модели зависимости [17, 18], где делается акцент на механизмах подобных нейробиологическим механизмам развития стрессовых расстройств, и тем самым придать ПАС статус самостоятельного синдрома. При ПАС, в отличие «энцефалопатического» механизма, где снижение уровня функционирования коры обусловлено той или иной степенью «поражением» самой коры, то при ПАС происходит временное снижение ее функционирования из-за стресс-подобных механизмов в лимбической системе. Практики из немедицинской сферы (психологи, консультанты по зависимостям, социальные работники) широко используют понятие ПАС [6] в виду важности его для психологической работы. Несмотря на схожесть его симптомов на психоорганический синдром (ПОС), можно выделить ряд существенных различий: 1.) ПАС в отличие от ПОС очень динамичен, быстро меняется во времени и сильно зависит от внешних триггеров, особенно на связанных и с употреблением или связанных со стрессом; 2.) мышления при ПАС больше похожи на мышление в состоянии опьянения, чем на нарушения мышления при энцефалопатии; 3.) если аффект при ПОС чаще дисфорический, то при ПАС эйфорически и/или ажитированный; 4.) если при ПОС у аддикта возникает желание употребить для того, чтобы снять дисфорический аффект, от которого он страдает, то при ПАС развивается «первичная» тяга – употребить именно ради эффекта от ПАВ; 4.) при ПАС достаточно хорошо работают методы его снижения, которые используются при стрессовых расстройствах – релаксационные мероприятия и психологическая поддержка. При ПАС так же бессмысленно проводить какие-либо рациональные мотивационные интервенции, но при этом в работе следует делать акцент на снижающих стресс мероприятиях. При желании покинуть стационарную терапию из-за обострения ПАС часто хорошо работает простая техника отсрочки выписки на несколько дней (за это время при одновременном применении релаксационного комплекса успевают пройти ПАС и желание

прервать терапию).

Патопсихологический подход – механизм регресса личности. В основе данного механизма лежит ценностная деградация аддикта с психопатизацией и уплощением его личности. В данном случае мы имеем не то, чтобы отрицание проблем из-за употребления, а сколько обесценивание их личностной значимости, особенно ценности отношений. Такие клиенты характеризуются отсутствием эмпатии, чувства здоровых вины и стыда, а также являются «мастерами» манипуляций и притворства. Естественно, прямая работа с анозогнозией как таковой, тут невозможна (как и психотерапевтическая работа по прямому запросу клиента). Обычно такие клиенты это клиенты реабилитационных центров, где находятся под давлением родственников или на принудительном лечении. Хотя у таких клиентов достаточно обесценены личностные отношения с конкретными людьми, в людях как таковых и коллективе они нуждаются не меньшей степени, а может и в большей степени, чем остальные. На этом и могут быть построены психотерапевтические вмешательства. Работа с сопротивлением и отрицанием с ними сводится к работе с границами, соблюдением правил, санкциями и поощрениями. Достаточно хорошо работают групповые конфронтации (обратная связь от группы), конфронтации через родственников и т.д. Гораздо сложнее работать с сопротивлением и манипуляциями такого клиента в индивидуальной работе, лучше переводить на групповую, на родственников или групповую консультацию всем терапевтическим составом. С этими клиентами нет задачи признания болезни, скорее они регулируются теми или иными санкциями за уход из программы и вовлечением в групповое взаимодействие. Опять-таки, мотивируются на трезвость они больше эгоистическими выгодами от своей трезвости. В длительном процессе социально-психологической реабилитации, построенной по принципам терапевтического сообщества, с глубоким включением клиента в жизнь центра, возможно достичь значительных положительных изменений личности.

Патопсихологический подход – механизм аддиктивной диссоциации

личности. Концепция диссоциации или расщепления личности на две субличности восходит опять-таки еще к Анонимным Алкоголикам (в книге АА есть потрясающее описание алкоголика через метафору мистера Хайда и доктора Джекилла) [1]. В постсоветском пространстве эту концепцию ввел Ю. Валентик, продолжает разработку концепции Д. Шустова [4]. В этом подходе вводятся понятия «аддиктивного Я» (АЯ) и «нормативного Я» (НЯ). АЯ и НЯ достаточно диссоциированы между собой и обладают вполне независимыми схемами мышления, эмоциональными паттернами, стереотипами поведения и ценностными структурами. Эти две субличности периодически сменяют друг друга, что обуславливает периоды употребления/ремиссии. Анозогностический эффект в данной концепции объясняется нахождением клиента в состоянии АЯ. Работа с анозогностией в данном случае заключается в обращении и поддержке НЯ. При уже мотивированном клиенте во время процесса терапии неожиданные «вспышки» анозогностии и переключения мотивации могут объясняться также переключением в АЯ вследствие аффекта либо тяги. В таком случае, работать необходимо не столько с самой анозогностией, сколько с аффектом либо влечением к употреблению, поддерживающих состояние АЯ – соответственно применять методы кризисной интервенции и профилактики влечения к употреблению.

Клинико-психологический подход – механизм психологической защиты. В данном случае механизмы анозогностии объясняются действия психологических защит от болезненного аффекта, который возникает вследствие признания зависимости [3, 5]. Так как большинство зависимых клиентов (особенно наркозависимых) находятся на доневротическом уровне организации личности, то прямая конфронтация психологических защит чаще всего приводит только к их усилению (хотя с рядом высокофункционалирующих клиентов с нетяжелой алкогольной зависимостью такой подход может хорошо сработать). Поэтому чаще всего в случае защит предпочтительнее работать через их обход либо присоединение к защитной системе.

Клинико-психологический подход – механизм когнитивного диссонанса.

Автор статьи придерживается точки зрения, что этот механизм является ядром аддиктивной анозогнозии. Понятие когнитивного диссонанса было введено Л. Фестингером в рамках социальной психологии и объясняло дискомфортное состояние психики, вызванное столкновением в сознании конфликтующих представлений. Чтобы избежать этого дискомфорта человек меняет одно из представлений либо создает третье, примеряющее их. При этом такое изменение представлений тесно связано с изменением поведения, поддерживающего их. Важно акцентировать ключевое различие механизма когнитивного диссонанса от механизма психологических защит – психологические защиты действуют на предсознательном уровне и не допускают либо искажают поступающую в сознание информацию с целью его защиты, механизмы когнитивного диссонанса действуют на уровне сознания и пытаются разрешить дискомфорт от уже присутствующей в сознании информации. По сути механизмы когнитивного диссонанса и психологических защит относятся к разным психологическим структурам и, мы считаем, абсолютно неправильно было бы рассматривать когнитивный диссонанс как еще один из видов психологических защиты (рационализации). Один из важных видов когнитивного диссонанса является диссонанс вследствие необходимости выполнять бессмысленные действия. Человек крайне дискомфортно поступать бессмысленно, и для защиты от этого дискомфорта он создает систему оправданий таких действий. На этом механизме построено огромное количество маркетинговых технологий, политических манипуляций, с помощью него объясняется фанатизм участников тоталитарных сект и т.д. [2]. И, как уже было сказано выше, мы приписывает подобному механизму когнитивного диссонанса центральную роль в формировании аддиктивной анозогнозии. Как известно, большинство первых проб ПАВ не приносят никакого положительного эффекта (а чаще всего, достаточно отрицательный эффект). Чтобы избежать дискомфорта осознания бессмысленности своего употребления как такового и признания своей подчиненности социальной группе, подросток начинает создавать систему оправдания и идеализации

употребления. Второй этап действия механизма когнитивного диссонанса начинается на второй стадии зависимости, когда положительный эффект вследствие повышения толерантности падает, а проблемы из-за употребления увеличиваются. По сути, употребление уже не просто становится бессмысленным, но и несущим негативный смысл – по факту человек употребляет для того, чтобы снять негативный эффект от предыдущего употребления, усиливая тем самым последующие эффекты. Для того, чтобы оправдать эту максимальную бессмысленность своих действий, создается мощная система оправдания этого употребления, можно сказать, целая «философия зависимости», кататимно заряженная мощным сверхценным аффектом. Эта аддиктивная философия крайне устойчива к прямым конфронтациям (как и механизмы когнитивного диссонанса в других областях жизни), и приверженность к употреблению ими может быть только усилена. Вот почему конфронтация зависимых через негативные последствия употребления чаще всего не только никак не действует, но действует с обратным эффектом. При работе с такой защитной философской системой важно понимать ее функцию защиты непротиворечивости Я-концепции. Важно давать клиенту самому создавать новую философию уже трезвой жизни и помогать создать оправдательную систему прошлого употребления (конфронтировать чувство вины и стыда). В этом плане отлично работает концепция болезни («этот не ты виноват в своем употреблении, а тебя заставляла употреблять болезнь»). Скорее всего, именно из-за этого программы, имеющие свою ценностную философию трезвости (например, программа «12 Шагов»), работают лучше, чем программы без такой философии (например, КПТ) [16].

Социально-психологический подход – информационный механизм. Данный механизм не является анозогнозией в прямом смысле слова. Клиент отрицает у себя зависимость из-за недостатка информации о ней либо искажении вследствие культуральных мифов. Работа тут заключается в информировании клиента о зависимости, ее симптомах, механизмах, развитие

и т.д. В разрезе этого механизма прямую информационную работу с клиентом нельзя недооценивать. Более глубоко этот механизм может заключаться в нарушении когнитивных процессов, дисфункциональном мышлении и ошибочных убеждениях. В этом случае работа ведется в подходе когнитивно-поведенческой психотерапии.

Социально-психологический подход – сознательное отрицание. И также у многих клиентов работает не столько механизм «внутренней анозогнозии» (отрицание для себя), сколько сознательное отрицание для специалиста, с достаточным уровнем внутреннего признания. Сознательное отрицание может быть обусловлено различными причинами, чаще всего страхом, стыдом и агрессией. Для работы с этим механизмом важно выстраивание доверительного контакта.

Модели и методы развития мотивации к терапии. Информационные интервенции. Такие интервенции берут начало еще в движении Анонимные Алкоголики. В главной книге сообщества в главе 7 есть практические рекомендации, говоря профессиональным языком, по мотивационной интервенции, которая заключается в трех шагах: 1.) установление доверительного контакта без навязывания помощи; 2.) информирование о модели болезни зависимости, ее симптомах и последствиях; 3.) информирование о помощи в АА [1]. По сути, рекомендации для специалиста по информационной мотивационной интервенции ничем не будут отличаться от таковых в АА, разве что специалист может не использовать самораскрытие (что является важным компонентом в помощи равный-равному в АА) и предоставляет информацию о различных путях помощи, а не только АА.

Директивно-конфронтационные методики. В них предполагается достаточно жесткая конфронтация зависимых установок. Представителем такого подхода в семейном вмешательстве является метод В. Джонсона [7], где зависимый конфронтируется через групповые обратные связи родственников, друзей, сотрудников, специалистов. К этому стилю можно также отнести также КПТ интервенции по оспариванию дисфункциональных убеждений.

Модель позитивных изменений [10]. В этой модели изменения мотивации рассматриваются не дискретно, а в континууме развития в соответствующими стадиями (преднамерение, размышления, подготовка, начало действия, поддержание изменений). Специалисту необходимо рефлексировать, на какой стадии развития мотивации находится клиент, применять соответствующие рекомендации и не спешить с переходом на следующий уровень (например, ошибкой будет работать с клиентом, который находится на стадии амбивалентных размышлений по поводу признания своей зависимости, работать с построением плана лечения). В этом подходе постулируется, что мотивация развивается сама, если снять преграды, блокирующие ее.

Структурная модель мотивации [14]. В этой модели предлагается рассматривать мотивацию не как целостный феномен, а структурный с соответствующими компонентами – когнитивными, эмоциональными, ценностными, поведенческими предикторами мотивации.

Мотивационное интервьюирование (МИ). В этом подходе, разработанном В. Миллером и С. Ролником [9], делается акцент на развитии «положительной» мотивации, ключевую роль играет построение рабочего альянса, акцентируется важность эмпатии и рефлексии, предлагается применять техники активного слушания. Роль специалиста в МИ заключается в том, чтобы помочь клиенту сформулировать причины для самомотивации, которые приведут к изменению поведения, то есть должен помочь выявить собственные мотивы к изменению (при этом как аксиома принимается существование таких достаточно доступных сознанию мотивов – что и является самым слабым местом МИ). Ядром МИ является отражение (или другие техники усиления – открытые вопросы, аффирмации, резюмирование) самомотивирующих высказываний клиента, при относительном игнорировании амотивирующих высказываний. При этом специалист должен тонко чувствовать диалектику высказываний клиента, видеть, что в любом, даже внешне амотивационном высказывании, есть противоположная, мотивационная часть. Преимущества МИ очевидны: он предпосылки для

самораскрытия клиента в доверительном контакте, раскрывает собственную мотивацию клиента, в нем не происходит индукции ятрогенного сопротивления терапии клиента (вызванного навязыванием мотивации). Недостаток метода заключается в должном уровне подготовки специалистов [19]. По сути этот метод выдвигает требования к рефлексии, эмпатии и подстройке на уровне опытного профессионального терапевта.

Короткие интервенции. Протоколы коротких интервенций обычно включают универсальный скрининг на употребление ПАВ, после чего следует краткое вмешательство, которые может включать в себя персонализированную обратную связь, краткие рекомендации (brief advice), возможное применение техник мотивационного усиления и постановки целей, предоставление поддерживающих информационных материалов. Часто информационным вмешательствам предшествует мотивационное интервьюирование, что способствует установлению доверительного альянса и повышает эффективность последующих информационных вмешательств. Исследования говорят о том, что короткие интервенции не менее эффективны, чем более расширенная мотивационная работа – с дополнительным когнитивно-поведенческими терапевтическими техниками и/или терапией усиления мотивации (четырёхсесийный протокол, комбинирующий МИ и обучение управления ситуациями высокого риска) [22].

Систематическое мотивационное консультирование (СМК). В модели, предложенной W. Cox и E. Klinger [15], проблемы развития мотивации к терапии рассматриваются через присутствие неадаптивных паттернов мотивации у клиента. СМК – это метод оценки и изменения этих неадаптивных паттернов. В СМК происходит оценка мотивационной структуры, инвентаризация личных интересов и устремлений, оценка проблем. После оценки проблем, целей и мотивационной структуры клиентов и определения неадаптивных мотивационных паттернов клиента в виде его целей, в СМК помогают человеку найти более эффективные способы решения проблем и достижения целей. Компонентами мотивационной реструктуризации в СМК

являются: постановка целей лечения, построение целевых лестниц, постановку межсессионных целей, улучшение компетентностей достижения целей, разрешение конфликтов между целями, отказ от неприемлемых целей, выявление новых стимулов для наслаждения, переход от аверсивного к приятному образу жизни, пересмотр источников самооценки.

В качестве обобщения, можно сказать, что в основе современных подходов рассмотрения мотивации к лечению зависимых клиентов и работы с ней лежат следующие принципы [8]:

– Гуманистический подход и соответствующее рассмотрение ядра мотивации к выздоровлению как естественного стремления к развитию и самоактуализации, что делает эту мотивацию естественным, осознанным и намеренным феноменом. Работа специалиста, в данном случае, приобретает характер помощи в снятии преград, блокирующие естественное позитивное развитие мотивации. Важными качествами специалиста является рефлексия и эмпатия, а построение доверительного альянса – главным фактором в мотивационной работе.

– Позитивная целенаправленность мотивации. Мотивация к терапии – это «мотивация к», а не «мотивация от». Поэтому правильная постановка позитивных целей, построение плана, помощь в развитии навыков достижения и т.д. – основные технические инструменты специалиста.

– Синдром аддиктивной анозогнозии. Позитивную мотивацию к изменению может блокировать анозогнозия, который в той или иной мере является неотъемлемой частью любой аддикции. Специалисту важно понимать действующие механизмы анозогнозии и разделять естественный недостаток мотивации и ее блокировку анозогнозией.

– Многомерность и структурность мотивации, включающую в себя систему различных внутренних и внешних предикторов, которые могут конфликтовать и поддерживать друг друга.

– Динамичность и неустойчивость мотивации. Мотивация динамичный феномен, способные к спонтанной прогрессии и регрессии, имеющий разный

уровень силы. Специалисту необходимо учитывать с каким уровнем мотивации клиента он сейчас сталкивается. Мотивации нужно давать время развиваться, с другой стороны, поддерживать (запуститься обратный процесс может запуститься и на самом высоком уровне мотивации).

– Амбивалентность мотивации. Даже самое патологическое стремление к разрушающему употреблению можно рассматривать амбивалентно: и как патологический феномен, и как стремление к реализации здоровых ценностей [11].

– Интерактивность мотивации. Мотивация сильно зависит от окружения и социального взаимодействия (поэтому работа с окружением может быть не менее, а может и более эффективной в плане мотивации). Изменения мотивации сильно зависят от межличностных взаимоотношений специалист-клиент.

– Когнитивно-поведенческая терапия, тренинг управление ситуациями высокого риска употребления, повышение ролевого репертуара и т.д. могут важными компонентами в мотивационной работе.

– Часто короткая интервенция может дать не меньший результат, чем длительная мотивационная работа.

Интегративная модель мотивационной работы. В основу интегративной модели мотивационной работы были положены все перечисленные выше принципы. Главной проблемой создания интегративной модели видится очень широкий континуум зависимых клиентов – от личностно зрелых и социально успешных людей с поздно дебютировавшей алкогольной зависимостью до подростков с рано развившейся тяжелой полинаркозависимостью (отягощенной интоксикационными психозами и коморбидом) и тяжелыми личностными расстройствами. Для того, чтобы учесть этот континуум, было введено понятие мотивационная готовность (МГ) и выделено три ее уровня – высокий, средний и низкий (описание этих уровней в табл. 1). К каждому уровню был разработан соответствующий подход к мотивационной работе – информационный, конфронтационный и отношенческий соответственно.

Таблица 1.

Уровни мотивационной готовности

Высокая МГ	Средняя МГ	Низкая МГ
Характеристики личности		
<p>Достаточная сохранность социального интеллекта; Рефлексирующий модус ментализации; Социализированность; Личностная зрелость; Сохранность ценностной сферы; Невротический уровень функционирования личности; Отсутствие сверхценности в идее употребления; Готовность к открытому контакту.</p>	<p>Эгоцентрическое мышление; Игровой модус ментализации; Асоциальность / десоциальность; Личностная незрелость; Эгоцентрическая ценностная сфера; Пограничный уровень функционирования личности; Сверхценные идеи употребления; Манипулятивный контакт;</p>	<p>Конкретное мышление; Модус ментализации - психическая эквивалентность; Психотическая и/или органическая личность; Уплощенная ценностная сфера; «Странные» идеи употребления; Симбиотический или аутический контакт;</p>
Характеристики мотивации		
<p>Ведущие механизмы анозогнозии – социально-психологические, клиничко-психологические; Быстрое продвижение по уровням мотивации; Целостность мотивационной сферы; Способность к рефлексии, осознанность; Достаточная внушаемость.</p>	<p>Ведущие механизмы анозогнозии – психопатологические; Доминируют механизмы сопротивления над отрицанием; Расщепленная мотивационная сфера; Блок переходов по уровням мотивации; Слабая способность к рефлексии;</p>	<p>Ведущие механизмы анозогнозии – органические; Отсутствие продвижения по уровням мотивации; Уплощенная мотивационная сфера; Отсутствие способности к рефлексии;</p>
Поддерживающие анозогнозию убеждения, аффекты, паттерны поведения		
<p>Я ненормальный, если не пью; Я виноват в своем пьянстве; алкоголь легкий/единственный способ уйти от проблем (расслабиться и т.д.); Я должен справиться сам! Вина за свое употребление; Стыд за свою трезвость; Искушение, контроль.</p>	<p>Не употребляют лохи; ПАВ – легкий/единственный способ получения удовольствия; Вы виноваты в моем употреблении; Вы мне должны! Злость, обида, скука, жалость к себе Манипуляции, Ложь.</p>	

Предлагается следующая последовательность шагов мотивационной работы:

1. Установление доверительных отношений. Рекомендации к работе: техники активного слушания; опора на эмпатию и рефлекссию; демонстрация дружелюбия, интереса, понимания; отсутствие конфронтации – по сути рекомендуется применять принципы подхода МИ. Начать этот этап можно с открытого вопроса «Расскажите, пожалуйста, для знакомства немного о себе» и далее использовать подход активного слушания.

2. Исследование отношений с ПАВ. Рекомендуемая последовательность тем исследования: а.) Исследование позитивных сторон употребления (структура эйфории, вторичные выгоды, седативные мотивы, их развитие во времени). Важно не обесценивать положительные эффекты от употребления, стараться как можно глубже понять их личностный смысл и продемонстрировать это понимание клиенту. Возможно даже конфронтация обесценивания клиентов своих положительных эффектов от употребления. б.) Исследование негативных последствий употребления. в.) Исследование дальнейших намерений и их последствий. Такая простая последовательность открытых вопросов со стремлением понять и безусловным принятием специалиста может сама по себе сыграть мощный мотивационный эффект. На первых двух этапах работу специалисту желательно провести диагностику уровня мотивационной готовности клиента, стадии в модели позитивных изменений, ведущих механизмов анозогнозии.

3. Информационная мотивационная интервенция. На этом этапе необходимо представить информацию о зависимости, ее механизмах, симптомах, развитии и т.д. (как дополнение, можно провести диагностическую методику, например, сравнить симптомы с симптомами ДСМ-5). Важно не ставить диагноз клиенту, рекомендуется предоставить ему полную свободу в самодиагностике и выводах.

4. Развитие мотивации. На этом этапе рекомендуется постановка позитивных целей (подход СМК). Важнейшей компонентом на этом этапе является донесение клиенту идеи, что настоящей миссией терапии зависимости является адекватное достижение тех целей в трезвости, которых клиент

достигал с помощью употребления.

5. Планирование. Представление информации о видах терапии, взаимопомощи, помощь в выборе и построении плана.

6. Поддержка. Даже если была единичная консультация (например, с клиентом в социальном центре или в частном наркологическом приеме), рекомендуется через некоторое время перезвонить клиенту и поинтересоваться выполнением плана. Проявление такого обыкновенного человеческого интереса и безусловной заботы может сильно поддержать мотивацию клиента. В длительной терапевтической работе также нужно постоянно проверять мотивацию клиента и использовать техники ее поддержания, которые обычно сводятся к постановке средних целей и анализе их достижения с позитивной обратной связью [21].

Эта последовательность является универсальной, однако меняется ее наполнение и стиль работы в зависимости от уровня мотивационной готовности клиента – используется информационный, конфронтационный либо отношенческий мотивационный подход.

Информационный мотивационный подход. Клиенты с высокой мотивационной готовности нуждаются в достоверной информации о проблемах зависимости и теплом отношении специалиста. Этим клиентам подходит стиль коротких мотивационных интервенций. Дополнительно можно предложить конфронтировать вину за свое употребление, которая может быть одним из предикторов употребления и отрицания зависимости.

Конфронтационный мотивационный подход. Клиенты со средним уровнем МГ отличаются не столько когнитивными искажениями о проблемах (отрицание), сколько эмоциональными и поведенческими (обесценивание и сопротивление). Такие клиенты строят манипуляционный контакт, насыщенный психологическими играми (в понимании Э. Берна) и рациональный стиль информационного подхода малоэффективен. С такими клиентами рекомендуется строить не столько теплый (который они могут воспринимать как слабость и/или притворство), сколько уважительный

контакт. В самой мотивационной работе предлагается использовать различные мотивационные экспрессивные техники и глубокое исследование конфликтов личностных смыслов трезвости/употребление. Предлагаются следующие направления мотивационной работы (часть из которых взяты из МИ):

1) Придание смысла трезвой жизни:

а) Исследование желаемых позитивных изменений в жизни в результате возможно прекращения употребления.

б) Помощь в построении положительной трезвой жизненной перспективы

с) Исследование причин употребления и поиск альтернативных путей решения в трезвой жизни

д) Исследование опасений прекращения употребления (негативных последствий, которые могут возникнуть при прекращении употребления).

2) Прояснения возможных причин прекращения употребления.

а) Использование шкалы важности (оценка уровня желания прекращения употребления и исследование причин, почему этот уровень не ниже).

б) Исследовать возможные причины гипотетического прекращения употребления в будущем.

с) Представление негативного будущего при продолжении употребления

3) Прояснение способностей

а) Исследование способностей прекращения употребления.

б) Иллюстрация положительных примеров.

с) Информирование о способах помощи

4) Исследование ценностей

а) Исследование ценностей, потребностей, смыслов и их поддержание/подавление употреблением.

б) Исследование плюсов и минусов употребления.

5) Провокация

а) Адвокат дьявола – неожиданно становится на сторону защиты употребления.

б) Сократический диалог – просить клиента доказать, что у него нет

зависимости, а самим задавать провокационные вопросы.

б) Конфронтация зависимого мышления

а) Прямая конфронтация через недоверие – демонстрация в недоверии демонстрируемым клиентом убеждений об употреблении.

б) Конфронтация через сомнение в собственности зависимых убеждений и исследование

с) Экспрессивные упражнения по экстернализации зависимого мышления и развития амбивалентности между нормативными и аддиктивными установками (написать себе письмо от лица зависимого мышления, работа на стульях с АЯ и НЯ).

Отношенческий мотивационный подход. Клиенты с низким уровнем МГ страдают достаточно сильным снижением тестирования реальности и субпсихотическими нарушениями мышления, поэтому как рациональные, так экспрессивно-конфронтационные техники работы с ними противопоказаны. Как мотивирующий компонент с такими клиентами работает построение заботливого контакта. При взаимодействии с ними следует придерживаться рекомендаций по работе с психотическими клиентами (избегание двусмысленностей, простота высказываний, эмоциональная открытость и т.д.). Клиенту даются директивные рекомендации и с четкими и понятными шагами действий. Часто такие клиенты не способны к выполнению составленного плана действий, поэтому нормально специалисту самому связываться с соответствующими службами, куда перенаправляется клиент. В длительной работе такие клиенты также мотивируются на трезвость не столько через внутренние мотивационные предикторы, сколько через отношения (индивидуальные с психотерапевтом или с группой в стационаре).

Выводы. В статье была сделана попытка систематизировать различные методики мотивационной работы с зависимыми клиентами. Для этого были введены понятия мотивационной готовности и для трех ее уровней разработано три вида подходов (информационный, конфронтационный, отношенческий). При этом конкретная последовательность шагов мотивационной работы

остаётся неизменной (установление контакта, исследование отношения к употреблению, информационная интервенция, развитие мотивации, поддержка), для каждой группы клиентов меняется только стиль работы. Главная потребность в разработке интегративной модели у автора статьи возникла не столько из потребностей индивидуальной терапии (где интеграция различных подходов происходила скорее на интуитивном уровне), сколько из деятельности обучающего тренера и супервизора в обучающих программах Украинского института практической аддиктологии и Украинского института психотерапии зависимостей. Первые пробы обучения студентов показали, что простое обучение большому количеству различных методик скорее путают студентов, чем развивают их потенциал специалиста. Именно поэтому возникла потребность в разработке интегративной модели, которая не столько предлагала бы нечто новое, сколько понятно систематизировало уже существующее. По опросу студентов такая систематизация значительно упрощает выбор соответствующего подхода для конкретного клиента.

Главной методологической значимостью предложенной модели является ее интегративная мощь. По сути предлагается не новая мотивационная методика или техника, а модель интеграции уже существующих (а возможно, и будущих) мотивационных подходов и методик. Позволю себе метафорическое высказывание: если мотивационные методики считать бусинами, то в данном случае предлагается нить и технология нанизывания бусин на эту нить. Отсюда проистекает и перспективность ее применения. Специалист вместо хаотического комплекса мотивационных техник и методик, часто противоречащих одна другой, получает модель их упорядочивания в едином континууме применения для различных типов клиентов.

Список використаних джерел

1. Анонимные алкоголики. Киев: AA World Service. 2011. 120 с.
2. Аронсон Э., Пратканис Э. Эпоха пропаганды: Механизмы убеждения, повседневное использование и злоупотребление. СПб.: прайм-еврознак, 2003. 384 с.

3. Баранова О.В. Психологические механизмы формирования алкогольной анозогнозии. *Наркология*. 2005. № 6. С. 59-60.
4. Валентик Ю.В. Мишени психотерапии в наркологии. *Лекции по наркологии / под. ред. Н.Н. Иванца*. Москва: Нолидж. 2000. С. 295-308.
5. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. Отношение к болезни, алкогольная анозогнозия и механизмы психологической защиты у больных алкоголизмом. *Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева*. 1993. №3. С. 13–22.
6. Горски Т. Путь выздоровления. План действий для предотвращения срыва. Москва: ИОИ, 2012. 160 с.
7. Джонсон В. Метод убеждения. Как заставить наркомана или алкоголика лечиться. Москва: ИОИ, 2012. 112 с.
8. Каклюгин Н.В., Григорян Н.А. Современные принципы ведения профессиональной мотивационной работы, ориентирующей на включение в лечебно-реабилитационные программы лиц с наркологическими расстройствами. *Наркология*. 2017. Том: 16 Номер: 12 (192). С. 89-108.
9. Миллер Р., Роллник С. Мотивационное консультирование: как помочь людям измениться. Москва: «Эксмо», 2017. 740 с.
10. Прохазка Д.С., К. ди Клементе, Норкросс Д.К. Психология позитивных изменений. Как навсегда избавиться от вредных привычек. Манн: Иванов и Фербер. 2013. 166 с.
11. Самыкина Н.Ю., Серебрякова М.Е. Динамика ценностно-смысловой сферы личности в процессе наркотизации: монография. Самара: Изд-во «Универс групп», 2007. 148 с.
12. Старков Д.Ю. Формування мотивації до терапії у хімічно залежних осіб. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Том. XI: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості*. 2016. Випуск 20. С. 161-181.
13. Трифонова Е.А., Яровинская А.В. Актуальные вопросы изучения алкогольной анозогнозии. *Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук*. 2010. №8. С. 375-379.

14. Ялтонский В.М. Теоретическая модель мотивации к лечению зависимости от психоактивных веществ. *Вопросы наркологии*. 2009. №6. С. 68-76.
15. Cox W., Klinger E. Handbook of Motivational Counseling: Goal-Based Approaches to Assessment and Intervention with Addiction and Other Problems. NJ: Wiley-Blackwell, 2011. 666 p.
16. Kelly J.F., Humphreys K., & Ferri M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020. Issue 3. DOI: 10.1002/14651858.CD012880.pub2.
17. Koob G.F. Dynamics of neuronal circuits in addiction: reward, antireward, and emotional memory. *Pharmacopsychiatry*. 2008. Vol. 42, Suppl. 1. P. 32–S41.
18. Koob G.F. Neurobiological mechanisms of addiction: focus on corticotropin-releasing factor. *Curr Opin Investig Drugs*. 2010. Vol.11, №1. P. 63-71.
19. Marcovitz D.E., Sidelnik S.A., Smith M.P. et al. Motivational Interviewing on an Addiction Consult Service: Pearls, Perils, and Educational Opportunities. *Academic Psychiatry*. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40596-020-01196-y>
20. Miller W.R. Motivational enhancement therapy: description of counseling approach. *Approaches to drug abuse counseling, us department of health and human services*; (Boren, J.J., Onken, L. S., & Carroll, K. M. (Eds.)). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, 2000. P. 89-93.
21. Peckham R.H. Uses of individualized client goals in the evaluation of drug and alcohol programs. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 1977. Vol. 4(4). P. 555-570. DOI: [10.3109/00952997709007011](https://doi.org/10.3109/00952997709007011)
22. Quilty L.C. Wardell J.D., Thiruchselvam T., Keough M.T., & Hendershot C.S. Brief interventions for problem gambling: A meta-analysis. *PLoS One*. 2019. Vol. 14(4): e0214502. DOI: 10.1371/journal.pone.0214502.
23. Zilverstand A., Huang A.S., Alia-Klein N., & Goldstein R.Z. Neuroimaging Impaired Response Inhibition and Salience Attribution in Human Drug Addiction: A Systematic Review. *Neuron*, 2018. Vol. 98(5). P. 886-903. DOI: 10.1016/j.neuron.2018.03.048.

References transliterated

1. AAWS. Alcoholics Anonymous. New York: AA World Service. 2011. 120 s.

2. Aronson E., Pratkanis A. Epokha propagandy: mekhanizmy ubezhdeniya, povsednevnoye ispol'zovaniye i zloupotrebleniye. SPb.: praym-yevroznak, 2003. 384 s.
3. Baranova O.V. Psikhologicheskiye mekhanizmy formirovaniya alkogol'noy anozognozii. *Narcology*. 2001. Vol. 6. S. 59-60.
4. Valetnik Yu.V. Misheni psikhoterapii v narkologii. *Lektsii po narkologii*. Moscow: Nolij. 2000. S. 295-308.
5. Vasserman L.I., Yeryshev O.F., Klubova Ye.B. Otnosheniye k bolezni, alkogol'naya anozognoziya i mekhanizmy psikhologicheskoy zashchity u bol'nykh alkogolizmom. *Bekhterevreview*. 1993. No. 3. S. 13–22.
6. Gorski T. Put' vyzdorovleniya. Plan deystviy dlya predotvrashcheniya sryva. Moscow: IOI, 2012. 160 s.
7. Johnson V. Metod ubezhdeniya. Kak zastavit' narkomana ili alkogolika lechit'sya. Moscow: IOI, 2012. 112 s.
8. Kaklyugin N.V. Grigoryan N.A. Sovremennyye printsipy vedeniya professionalnoy motivatsionnoy raboty, oriyentiruyushchey na vklyucheniye v lechebno-reabilitatsionnyye programmy lits s narkologicheskimi rasstroystvami. *Narcology*. 2017. № 12(192). S. 89-108.
9. Miller W.R., Rollnick S. Motivatsionnoye konsul'tirovaniye: kak pomoch' lyudyam izmenit'sya. Moscow: «Eksmo», 2017. 740 s.
10. Prochaska J.C., Norcross J.C., & C. Di Clemente. Psikhologiya pozitivnykh izmeneniy. Kak navsegda izbavit'sya ot vrednykh privyчек. Moscow: Mann, Ivanov i Ferber. 2013. 166 s.
11. Samykina N.Yu., Serebryakova M. Ye. Dinamika tsennostno-smyslovoy sfery lichnosti v protsesse narkotizatsi. Samara: Univers grupp, 2007. 148 s.
12. Starkov D.Yu. Formuvannia motyvatsii do terapii u khimichno zaleznykh osib. *Actual Problems of Psychology*. 2016. Vol. XI. No. 14. S. 161-181.
13. Trifonova Ye.A., Yarovinskaya A.V. Aktual'nyye voprosy izucheniya alkogol'noy anozognozii. *Aktual'nyye problemy gumanitarnykh i yestestvennykh nauk*, 2010. Vol. 8, S. 375-379.
14. Yaltonskiy V.M. Teoreticheskaya model' motivatsii k lecheniyu zavisimosti ot psikhoaktivnykh veshchestv. *Voprosy narkologii*. 2009. No. 6. S. 68-76.