

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР НАРКОЛОГИИ**

**ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ НА ИЗМЕНЕНИЕ ПОВЕДЕНИЯ,
ВЫЗВАННОГО ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЕМ И ДРУГИМИ
ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ**

Методические рекомендации

МОСКВА -2013

АННОТАЦИЯ

В методических рекомендациях описана методика краткосрочных вмешательств для групп высокого риска употребления психоактивных веществ (ПАВ). Эти вмешательства, основанные на методе мотивационного консультирования, могут помочь снизить риск употребления ПАВ, либо прекратить их употребление. В работе описаны основные положения модели изменения поведения по стадиям, принципы и основные приёмы мотивационного консультирования, используемые при проведении краткосрочных вмешательств. Выявляя на раннем этапе лиц, злоупотребляющих ПАВ, проводя с ними краткосрочные вмешательства, врачи центров здоровья и другие специалисты могут мотивировать их изменить своё проблемное поведение и помочь им предотвратить ряд негативных последствий, связанных с со злоупотреблением ПАВ (травмы, случаи смерти, финансовые проблемы, насилие, физические и психические заболевания).

Методические рекомендации предназначены для врачей центров здоровья, психиатров–наркологов и медицинских психологов, оказывающих консультативную помощь населению.

Организация-разработчик: ФГБУ «Национальный научный центр наркологии» Минздрава России (Директор д.м.н., профессор Е.А.Кошкина).

Авторы: д.м.н., профессор Ялтонский В.М., Ялтонская А.В.

Рецензенты:

Зав. отделом реабилитации ННЦ наркологии Минздравсоцразвития России д.м.н., профессор Т.Н.Дудко

Зав. кафедрой клинической психологии Московского государственного медико-стоматологического университета д.м.н., профессор Сирота Н.А.

Методические рекомендации утверждены на заседании Научного совета по наркологии РАМН 30 октября 2012 г., протокол № 4.

ВВЕДЕНИЕ

Употребление психоактивных веществ (ПАВ) — никотина, алкоголя и наркотиков — имеет широкое распространение во многих странах мира, в том числе и в России. По оценкам ВОЗ, от вредного употребления алкоголя ежегодно умирают 2,5 миллиона человек, значительную долю из которых составляет молодежь. Употребление алкоголя является третьим ведущим фактором риска плохого состояния здоровья во всем мире. Самые разнообразные проблемы на почве алкоголя могут иметь тяжелейшие последствия для индивидов, их семей и серьезно влиять на жизнь общества. Вредное употребление алкоголя является одним из четырех наиболее распространенных факторов риска возникновения основных неинфекционных заболеваний (НИЗ), которые поддаются изменению и предупреждению [1].

По статистическим данным ННЦ наркологии Минздравсоцразвития России, в 2010 году количество людей, имеющих проблемы с употреблением ПАВ, составляет 2222 человека на 100 тысяч населения [3].

За последние десятилетия акцент в профилактике злоупотребления алкоголем и другими ПАВ смещается в направлении стратегий общественного здравоохранения. Специалистами признаётся, что наибольший вред на уровне популяции приносят группы риска опасного и вредного употребления ПАВ, а не отдельные больные, зависимые от алкоголя и наркотиков. Совершенно понятно, что наибольшее влияние на снижение, связанных с употреблением ПАВ проблем, может быть достигнуто за счёт уменьшения потребления в группах высокого риска, а не путем сосредоточения внимания на крайних случаях зависимости от алкоголя и наркотиков. Всё более осознаётся необходимость раннего выявления врачами первичной медицинской помощи пьяниц, лиц употребляющих наркотики с вредными последствиями, которые не ищут медицинской помощи по поводу проблем, связанных с употреблением ПАВ и проводить с этими группами риска кратковременные эффективные вмешательства (8,9,10,11).

ВОЗ призывает государственные структуры оказывать поддержку инициативам по проведению скрининга и мер краткосрочного вмешательства в отношении употребления ПАВ на уровне первичной медико-санитарной помощи и в других условиях. Такие инициативы должны включать выявление на раннем этапе случаев вредного употребления спиртных напитков среди подростков, беременных женщин и женщин детородного возраста и коррекцию их поведения (Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя. ВОЗ, 2010).

Согласно приказа Минздравсоцразвития России № 597н от 19 августа 2009 г. «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у

граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» врачи центров здоровья должны информировать населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах и побуждать, мотивировать граждан к отказу от вредных привычек, оказывать им помощь в отказе от потребления наркотиков, алкоголя и табака (4). Они могут консультировать пациентов по сохранению и укреплению здоровья, разрабатывать индивидуальные рекомендации и выставлять для пациентов ориентиры, которые бы делали чрезмерное потребление алкоголя, курение табака и употребление наркотиков делом индивидуально нежелательным и социально непрестижным. Время приёма посетителя врачом центра здоровья составляет не менее 40 минут, что при наличии отработанной технологии раннего выявления, мотивирующих на изменение проблемного поведения краткосрочных вмешательств и необходимой подготовки специалистов Центра здоровья, в целом позволяет проводить раннюю диагностику и кратковременные воздействия продолжительностью до 15 минут.

Центры здоровья, как подразделение первичной медицинской помощи, как одна из первых точек контакта с системой здравоохранения, являются удачным местом для выявления лиц высокого риска употребления ПАВ на ранней стадии, прежде чем люди осознают наличие проблемы или начнут искать помощь. Значительная часть людей, из групп высокого риска потребления ПАВ, слабо осведомлена о последствиях злоупотребления ПАВ и не обращаются за помощью в специализированную наркологическую службу. В первую очередь они обращаются в связи с возникающими проблемами к врачам общего профиля и в центры здоровья по месту жительства. Это означает, что в первичном звене здравоохранения имеется большой потенциал для раннего выявления групп высокого риска потребления ПАВ и проведения среди них краткосрочных вмешательств.

Врачи центров здоровья, пока не имеют скрининговых опросников для выявления групп риска развития алкоголизма и наркомании. Нет и разработанных методических рекомендаций по проведению краткосрочных вмешательств среди данных контингентов. Необходимо разработать и внедрить скрининговые опросники для раннего выявления групп высокого риска развития зависимости от никотина, алкоголизма и наркомании и технологий проведения краткосрочных вмешательств, мотивирующих этих лиц на изменение проблемного поведения. В результате многолетней работы ВОЗ создан эффективный скрининговый диагностический инструмент (ASSIST) для выявления лиц, имеющих низкий, умеренный и высокий риск развития зависимости от ПАВ и разработаны эффективные технологии проведения среди них краткосрочных вмешательств.

Ощущение недостатка навыков и знаний, необходимых для такой работы с теми группами риска, для которых прогноз достаточно позитивен, не должно смущать специалистов центров здоровья и других учреждений здравоохранения. Целесообразно организовать подготовку специалистов центров здоровья по обучению раннему выявлению злоупотребления ПАВ и технологиям коррекции проблемного поведения, внести необходимые изменения в организационные основы работы центров после апробирования предлагаемых технологий в отдельных регионах страны.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Мотивационное консультирование

Если в процессе беседы с пациентом или в результате поведения скрининга консультантом (например, сотрудником центра здоровья) выявлено рискованное для здоровья употребление психоактивных веществ, то необходимо побудить пациента воздерживаться от продолжения курения, злоупотребления алкоголем или употребления наркотиков. Этого можно достичь в результате поведения краткосрочных вмешательств, основанных на теории мотивационного консультирования.

Мотивационное консультирование – это ориентированный на личность пациента сопереживающий стиль консультирования, используемый специалистами для повышения готовности к изменению поведения, мышления и жизненного стиля человека. Этот стиль общения помогает пациенту, без осуждения и конфронтации с ним, осознать и разрешить противоречивое, двойственное (позитивное и негативное) отношение к употреблению ПАВ и постепенно избавляться от рискованного поведения. Используя этот стиль, консультант помогает пациенту понять и расширить осознание им противоречий между его жизненными потребностями и имеющимся в настоящее время проблемным поведением. Усиление противоречий между поведением в настоящее время и более важными целями в жизни в целом, могут побудить пациента к изменениям поведения.

Мотивационное консультирование включает в себя достаточно простые, но эффективные приемы проведения беседы, базирующиеся скорее на партнерских, товарищеских отношениях, чем отношениях эксперта и обследуемого. При этом, специалист принимает пациента таким, какой он есть, не пытается бороться с его сопротивлением, не спорит с ним и не использует прямое убеждение как способ изменения поведения (12).

Как происходят изменения проблемного поведения?

Для того, чтобы консультантам(например, специалистам центра здоровья) понять, как можно изменить проблемное поведение, полезно применять модель изменения поведения по стадиям зависимого от алкоголя и наркотиков поведения, разработанную Д.Прохазка и К. ДиКлементе. Согласно данной модели, изменения поведения человека осуществляются не одномоментно, а проходят через определенные стадии, развивающиеся во времени. По мнению авторов, изменения поведения проходят через пять стадий. Каждая стадия включает в себя определенные задачи, которые предстоит осуществить и некоторые процессы, которые будут использоваться для того, чтобы добиться перемен.

Первая стадия изменения поведения называется **«Отсутствие размышлений об изменении поведения»**. Она характеризуется отсутствием побуждений, мотивов к изменению проблемного поведения. На этой стадии человек не осознаёт у себя наличия проблемного поведения, не «видит» проблему и не имеет намерения изменить свое поведение в ближайшем будущем (продолжает курить, употреблять наркотики, как и прежде, злоупотребляет алкоголем и т.д.). Он не верит, что в настоящее время такое поведение риска может привести к отрицательным последствиям для его здоровья и сопротивляется предложениям изменить его. Готовность пациента к изменению поведения риска на этой стадии изменения поведения отсутствует.

Вторая стадия модели называется **«Размышления, обдумывание проблемы»**. На этой стадии люди осознают наличие проблемного поведения и размышляют о необходимости его изменения (человек знает о своей проблеме, но еще не готов изменить свое поведение и решать её). Самой важной характеристикой этой стадии является наличие двойственного отношения к проблеме (амбивалентности). В человеке идет борьба между доводами «ЗА» прекращение проблемного поведения и доводами «ПРОТИВ» продолжение проблемного поведения риска. Многие люди остаются без дальнейшего продвижения на стадии размышления длительное время. Они склонны замещать реальные действия размышлениями о проблеме. В конце этой стадии человек начинает фокусироваться не на проблеме злоупотребления психоактивными веществами как таковой, а на её решении. Он перестает думать о прошлом и начинает думать о будущем.

Третья стадия модели называется **«Принятие решения об изменении проблемного поведения (подготовка к действиям)»**. На этой стадии человек имеет намерение приступить к изменению поведения риска и может начинать осуществлять небольшие изменения поведения (например: снижение дозы употребляемого алкоголя, наркотика). У него появляется готовность к изменению поведения риска в ближайшем будущем. Однако, на этой стадии может сохраняться двойственное, противоречивое

отношение к проблеме, а готовность к изменению не означают, что человек знает, что ему необходимо изменить и как это сделать.

Четвертая стадия модели называется «**Действия**». На этой стадии человек для того чтобы решить проблему изменяет свое поведение. Он пытается реализовать принятое решение на практике и переходит от плана действий к конкретным изменениям. Эта стадия требует максимальных усилий от человека. Ему необходимо разработать конкретный план действий по изменению поведения, бороться с возникающими препятствиями в достижении поставленной цели.

Пятая стадия модели называется «**Поддержание**» (**сохранение достигнутых изменений проблемного поведения**). На этой стадии необходимо сохранять и укреплять результаты, изменения проблемного поведения, достигнутые раньше, и одновременно стремиться избежать срывов и рецидивов. Сохранение изменений – это долгий процесс. Однако, не всем и не всегда удаётся сохранить, поддерживать достигнутые изменения поведения риска. Возможен **рецидив** поведения риска и тогда человек вернется на предыдущие стадии изменения поведения и должен будет снова пройти по стадиям весь цикл изменения поведения. (6,7).

Основные положения модели изменения поведения по стадиям.

- Каждая стадия изменения поведения может быть определена. Она занимает определенный период времени и задает серию задач, которые должны быть выполнены перед тем, как становится возможным переход на следующую стадию.
- Каждая предыдущая стадия, вовсе не обязательно ведет к следующей, на каждой стадии возможно застревание (нередко на достаточно длительный период).
- Практически все изменения начинаются со стадии, предшествующей размышлениям об изменении проблемного поведения, но только наиболее мотивированные люди доходят до стадии поддержания измененного поведения и остаются на ней;
- Пропускать стадии изменения поведения, перескакивать через стадию нельзя. Необходимо каждый раз проходить последовательно все стадии, даже если произошел срыв в попытках измениться.
- Изменения поведения происходят по спирали (спиральный характер изменений). Человек, вступая на путь изменения проблемного поведения, может «срываться» и вновь возвращаться на предыдущие стадии, и начинать попытку изменить себя сначала.
- Эта модель изменений поведения циклична. Несмотря на самые лучшие ожидания - срывы и возвраты являются правилом в работе. При этом часто человеку

кажется, что все его усилия, вся его работа над самим собой потерпела провал, что он ходит по кругу. Однако каждый из пройденных этапов уже его изменил, тем самым облегчая его путь преодоления проблемы. Каждый раз при малейших изменениях человек восходит по спирали вверх.

- Большинство людей “срывается” на какой-нибудь стадии, возвращаясь к стадии размышления, а иногда даже к стадии предваряющей изменения поведения, после чего человек возобновляет свои попытки. В среднем, человек, вставший на путь изменения себя, вынужден возвращаться к пройденным этапам не один раз. Несмотря на лучшие намерения, рецидив остается скорее правилом, чем исключением (6,7).

Принципы мотивационного консультирования.

1.Выражать эмпатию (сочувствие, сопереживание).

Одним из основных принципов мотивационного консультирования является проявление сопереживания, эмпатии консультантом. По К.Роджерсу, эмпатия это способность воспринимать мир другого человека без потери своего (5). Она проявляется в сопереживании вместе с пациентом, его понимании и принятии, а также в непредвзятости и безоценочности его поведения, отсутствии критики, ярлыков, обвинений в высказываниях. Однако, это не означает, что специалист согласен с мнением пациента. Пациент, чувствуя принятие и сопереживание в словах, жестах, позе, интонации консультанта, снижает сопротивление изменениями повышает уверенность в себе. Эмпатия является специфической способностью увидеть мир глазами другого человека, ресурсом личности и навыком поведения, которому можно обучиться на основе понимания этого феномена и тренинга. В мотивационном консультировании эмпатия выражается в процессе отражающего слушания (подробнее смотри далее).

2.Развивать противоречия (несоответствие между целями в жизни, ценностями пациента и результатами его поведения в настоящее время).

Одновременное желание продолжать приносящее удовольствие употребление ПАВ и не иметь негативных последствий такого поведения сильно затрудняет принятие пациентом решения об изменении проблемного поведения. Жизненные ситуации, в которых пациент осознаёт некоторое несоответствие между его актуальным потреблением ПАВ и связанных с этим проблем, а также между его реальной жизнью и той, которую он хотел иметь, облегчает задачу по мотивированию пациента к изменению поведения, создающего угрозу здоровью и благополучию. Наличие и нарастание противоречий между существующим поведением и смыслом жизни, её целями и ценностями пациента вызывает внутренний конфликт, постоянный дискомфорт и

мотивируют пациента изменять текущее поведение. Мотивационное консультирование направлено на осознание и усиление несоответствия между поведением пациента в настоящее время и более широким спектром целей, ценностей, присутствующих в его внутренней картине мира. Это необходимо для того, чтобы он сам, а не специалист, определил собственные цели и ценности, и выражал собственные мотивы для изменения поведения.

Применение консультантом приема мотивационного консультирования «Открытые вопросы» может побуждать пациента к поиску собственных причин для изменения поведения. Этот приём важен для того, чтобы пациент смог начать думать и говорить о своем рискованном поведении, о потреблении ПАВ. Примерами таких вопросов, усиливающих противоречия во внутреннем мире пациента, могут служить такие вопросы: «Вы как-то оцениваете свою зависимость от ПАВ?», или «Какие положительные моменты Вы видите в употреблении алкоголя?», «Какие минусы Вы видите в употреблении ПАВ?». Использование открытых вопросов также помогает клиенту принять ответственность за свой выбор употреблять ПАВ, за направленность своего поведения.

3. Преодолевать сопротивление.

Любой человек, сталкивающийся с изменением привычного образа жизни и не понимающий возникающих в результате этого преимуществ, начинает испытывать чувство сопротивления. Сопротивление изменениям является естественным феноменом человека, не готового к изменениям, неуверенным в их необходимости и видящим в них негативный смысл, угрозу для себя. Оно возникает при отсутствии собственных внутренних мотивов изменить проблемное поведение или в результате оказываемого извне принуждения к изменению поведения. Нежелание изменять привычное, приносящее удовольствие поведение может быть связано и со страхом осуждения окружающими фактов злоупотребления алкоголем, употребления наркотиков и получения от общества клейма «алкоголик», «наркоман».

Пациент может проявлять сопротивление изменениям в явной и скрытой форме. Он может не желать предоставлять консультанту информацию об употреблении ПАВ совсем, или предоставлять её ограниченно, высказывать сомнения в компетенции консультанта, возражать против вмешательства в его проблему посторонних лиц или отрицать наличие проблемы с употреблением ПАВ.

В.Миллером и С.Рольник выделены четыре типа сопротивления изменениям поведения, связанного с злоупотреблением алкоголя и наркотиков: **вступление в спор, прерывание беседы, отрицание и игнорирование.**

Вступая в спор, пациент может оспаривать правильность высказываний специалиста, проявлять сомнения в отношении его суждений, обесценивать его как личность или начать открыто проявлять враждебность к консультанту. Стремясь защитить себя, не желая изменять свое поведение, пациент может перебивать консультанта, прерывать его речь, прерывать беседу. Сопротивление в виде отрицания проявляется в нежелании признать наличие проблемы употребления ПАВ, в оправдании себя, в преуменьшении возможных последствий и в утверждениях об отсутствии для него опасности для здоровья, связанной с эпизодическим приемом наркотиков или злоупотреблением алкоголем. Демонстрируя отсутствие внимания к консультанту, не отвечая на его вопросы или отвлекаясь от темы, пациент демонстрирует такой вариант сопротивления как игнорирование (12).

Ощувив сопротивление изменениям поведения со стороны пациента, специалист не должен вступать в конфронтацию с ним и избегать действий, которые бы провоцировали или повышали сопротивление. Высказывание специалистом аргументов в пользу изменений поведения дает возможность пациенту оспаривать их, что снижает эффективность проводимого вмешательства и возможность его дальнейшего проведения. Чем интенсивнее сопротивление, тем меньше вероятность изменений проблемного поведения. Демонстрация сопротивления даёт специалисту важную информацию о том, что пациент не совет понимает важность изменений, их необходимость и сомневается в своих способностях осуществить их. Специалисту необходимо проанализировать конкретную ситуацию, вызвавшую сопротивление и попытаться определить причины, вызвавшие её.

Для преодоления сопротивления специалист может использовать следующие стратегии поведения. К сопротивлению клиента следует проявлять уважение, так как оно является результатом его многолетнего опыта, с которым он был вынужден жить, и от которого теперь должен отказаться. Необходимо принимать пациента полностью, таким, какой он есть и не отвечать сопротивлением на сопротивление. Сопротивление пациента является для консультанта сигналом того, что он двигается к изменениям слишком быстро, ожидает слишком больших перемен на настоящий момент, к которым пациент ещё не готов в данный момент. Поведение консультанта в преодолении сопротивления должно быть гибким. Как отмечает В.Миллер «вместо того, чтобы сопротивляться удару, лучше принять и усилить его, что лишит противника равновесия». Консультант должен стремиться понять истоки сопротивления и проявлять готовность разрешать проблему исходя из позиции собеседника. Ему нельзя осуждать пациента за проявление сопротивления, которое необходимо ему в данный момент и является его выбором

способа преодоления проблемы. Он сам выбирает свой вариант поведения, а консультант может предложить альтернативные варианты поведения и не злоупотреблять руководящими указаниями в ходе консультирования. Сталкиваясь с сопротивлением, консультант должен отражать его в своём поведении, речи и давать возможность пациенту размышлять над обратной связью. Понимание того, что сопротивление символизирует начало процесса изменений поведения пациента, мотивирует его на терпеливое продолжение работы и вселяет оптимизм.

4. Повышать самооффективность пациента .

Самооффективностью называется вера человека в свои способности выполнить конкретную задачу. Выражение уверенности консультанта в способностях пациента изменить проблемное поведение способствует повышению уверенности пациента и повышает вероятность принятия им на себя ответственности за будущий результат своего поведения. Пациент, поверивший в возможность изменить своё, не одобряемое обществом поведение, более успешен в достижении позитивного результата в преодолении рискованного поведения. Неоднократные попытки прекратить употребление психоактивных веществ в прошлом, снижают уверенность пациента в своих способностях сделать это в очередной раз. Задача консультанта – поддерживать адекватную имеющимся личностным и средовым ресурсам уверенность пациента в достижении позитивного результата, не допускать излишне завышенной самоуверенности (7).

Основные приемы мотивационного консультирования, используемые при кратковременных вмешательствах.

Беседу с пациентом рекомендуется проводить в доверительной и доброжелательной атмосфере при уважительном отношении к нему. Старайтесь установить контакт с пациентом, внимательно слушайте его, уточняйте, правильно ли Вы его поняли, демонстрируйте его полное принятие и понимание его чувств, мыслей и поведения и сопереживайте его страданиям. Поощряйте активность пациента, способствующую изменениям поведения и оказывайте ему необходимую поддержку. Предоставляйте пациенту возможность высказать и обсудить возможные варианты решения его проблемы и самому сделать выбор о том, изменять ли ему проблемное поведение. Реализовать поставленные задачи вам помогут следующие приемы мотивационного консультирования.

1. Прием «Открытые вопросы».

Вопросы помогают установить контакт с пациентом, получить необходимую информацию о его чувствах, мыслях и поведении пациента, оценить проблему в целом и раскрыть ему своё состояние. Во время беседы можно использовать как «закрытые», так и «открытые» вопросы. Вопросы, на которые можно ответить несколькими словами или предложениями, называются закрытыми. Они позволяют отвечать очень кратко, полезны для получения информации о конкретных фактах, уточнения деталей. Например: «Сколько у Вас детей?», «Желаете ли вы перестать принимать наркотики в настоящее время?».

Эффективность кратковременного вмешательства выше, когда применяются открытые вопросы-вопросы, которые не предполагают коротких ответов. Они позволяют человеку высказаться, вовлечь его в беседу, отвечать свободно, не ограничивают отвечающего и нацелены на поиск сотрудничества, разъяснений, получение информации, выявление чувств и мнений.

Например: «Что привело Вас сюда сегодня?», «О чем, прежде всего, Вы бы хотели поговорить?», «Расскажите мне, какие ощущения вызывает у Вас курение?»; «Что вы знаете о последствиях злоупотребления алкоголем? Вы могли бы привести конкретный пример?»; «Чем Вас привлекает прием героина, что хорошего и плохого Вы видите в этом?»; «Как Вы начали принимать наркотики?»

2. Прием «Отражающее слушание».

Во время беседы пациенты пытаются сообщить Вам определенную информацию или донести до Вас определенный смысл при помощи своих высказываний. Не все из них могут сделать это совершенно ясно. Чтобы понять, что именно пациент подразумевает под той, или иной фразой, подтвердить, что Вы правильно услышали, поняли и верно истолковали значение, смысл сообщенной информации, используется приём отражающего (активного или рефлексивного) слушания. Внимательно слушая пациента, активно наблюдая за его поведением в целом, консультант в результате размышлений может высказать предположение о том, что имеет в виду пациент. Отражающее слушание это способ проверки того, что консультант понимает под высказываниями пациента. Суть отраженного слушания заключается в том, чтобы перефразировать, отразить как в зеркале то, что сказал пациент и сообщить ему об этом. Можно повторить отдельные ключевые слова пациента, либо проанализировав высказывание попытаться сформулировать его своими словами. Поступая так, консультант возможность пациенту либо подтвердить, что его поняли правильно, или же позволить ему уточнить, что его высказывания означают. Повторение, перефразирование дает клиенту ощущение того, что его действительно слышат и понимают, а также

позволяет получить эффект «отзеркаливания» (обратную связь). В результате этого пациент может слышать то, что говорит консультант, чувствовать, как они взаимодействуют. Отражение чувств показывает пациенту, что его глубоко понимают. Это помогает ему раскрываться и обсуждать наиболее болезненные вопросы.

Отражающее слушание является активным процессом, позволяющим показать пациенту, что его стремятся понять, стараются идентифицировать вместе с ним его чувства, мысли и поведение, дают возможность услышать себя «со стороны» «ушами консультанта» и получить мягкую «обратную связь». Этот прием позволяет выявлять двойственное отношение клиента к проблеме употребления психоактивных веществ, вызвать осознание проблемы и обеспокоенность её последствиями, способствует появлению размышлений об изменении поведения.

Например: -

- «Если я верно понял Вас, Вы можете контролировать количество выпиваемой водки?»;
- «Из Ваших слов следует, что Вы хотите курить меньше, чем курите сейчас?»;
- «Вы хотите выпивать «как все» и чтобы жена и дети вернулись к Вам?»;
- «Если я правильно Вас понял, Вам нравится употреблять героин, и Вы не планируете прекращать его приём? Тем не менее, Вы видите, что это дорогое удовольствие, приводящее Вас к нарушению законов и заражению ВИЧ».

Таким образом, процесс рефлексивного слушания выражается в коммуникации, где один человек является отраженным, перефразированным «эхо», своеобразным зеркалом для другого. Эта техника помогает установить контакт между пациентом и консультантом, с одной стороны пациент чувствует себя понятым, а с другой – консультант имеет возможность что-то прояснить, уточнить у пациента и инициировать процесс изменения проблемного поведения.

3. Прием «Подкрепление (поощрение и поддержка)».

При проведении кратковременных воздействий необходимо поощрять усилия пациента, направленные изменения проблемного поведения, стимулировать его готовность измениться, признавать наличие у него способностей и ресурсов, позволяющих бороться со злоупотреблением алкоголем, приемом наркотиков и оказывать ему в этом поддержку.

Этот прием позволяет развивать и укреплять у пациента самостоятельность и уверенность в собственных силах, демонстрировать уважение к его мнению, чувствам и

опыту и преодолеть сопротивление клиента. Поощрение высказываний пациента, побуждающих самого себя к изменениям, позволяет помочь ему принять решение изменить свое поведение. Выражение поддержки повышает уверенность в себе, инициирует поиск пациентом новых внутренних и внешних ресурсов, необходимых для изменения проблемного поведения. Примеры подкреплений: «Мне понравилась Ваша идея начать со снижения дозы принимаемого наркотика»; «Вам трудно и неприятно начать обсуждать с членами семьи проблему злоупотребления алкоголем. Это хорошая мысль. Я уважаю Вас за стремление сделать это»; «Я уверен, что Вы способны прекратить курение навсегда».

4.Приём «Обобщение («подытоживание»).

Цель обобщения: суммировать разрозненные чувства, мысли и поступки консультирования, стимулировать его к размышлениям о проблеме, сосредоточиться на определенных аспектах проблемы, убедиться во взаимном понимании обсуждённого аспекта проблемы. Обобщение является важным способом собрать вместе всё, что было сказано во время консультации, и подготовить пациента к продвижению в его намерениях изменить поведение, вызванное употреблением психоактивных веществ. В результате мягкой «обратной связи» со стороны консультанта, у человека возможность почувствовать, что его понимают, пересмотреть свою позицию на основе услышанного в процессе подведения итогов. Таким образом, консультант помогает пациенту изменить взгляд или точку зрения по поводу высказанного. Подытоживание позволяет обобщить противоположные тенденции в высказываниях и поведении пациента, ярко отразить двойственное отношение к проблеме и помочь клиенту осознать его противоречия, увидеть проблему по новому. Резюмирование усиливает отражающее слушание, особенно при разговоре о с пациентом о проблемах и изменениях. Этот процесс выглядит примерно так: пациент говорит что-то, консультант отражает это при помощи переформулирования, а после подытоживает сказанное. Во время обобщения консультант, в какой-то степени, решает, что из сказанного включать в резюме, а что не включать, тем самым направляя дальнейшую беседу. Это может помочь перенаправить внимание клиента на менее приятный аспект в употреблении психоактивных веществ.

Пример обобщения: «Итак, Вы уверены, что выпиваете как все в России. Вам нравится состояние алкогольного опьянения, которое помогает Вам общаться. Однако, Вы отмечаете, что имеете проблемы с печенью, у Вас стали напряженными отношения в семье и из-за прогулов возник конфликт на работе. Управляя машиной в нетрезвом состоянии, Вы совершили аварию и попали к нам в больницу со сломанной ногой».; «Вы

не готовы отказаться от периодического употребления кокаина по вечерам после работы, так это приносит большое удовольствие. С другой стороны, Вас беспокоит возникновение незапланированной беременности в состоянии наркотического опьянения и вероятное рождение больного ребенка, необходимость скрывать употребление наркотиков от детей, необходимость тратить много денег на наркотик, из-за чего возникли финансовые проблемы».

5. Приём «Формулирование выводов об изменении поведения во время беседы».

Этот прием крайне важен при проведении краткосрочного вмешательства и способствует преодолению двойственного отношения к проблеме злоупотребления психоактивными веществами и дает возможность пациенту сформулировать аргументы «За» изменение проблемного поведения. Во время такой беседы обсуждение проводится по следующим направлениям:

а) признание вреда поведения, вызванного употреблением табака, алкоголя и наркотиков-«Я никогда не думал, что это может приводить к таким серьезным последствиям»;

б) признание позитивных аспектов изменения такого поведения - «Если я перестану «колоться», то мое здоровье улучшится и исчезнет страх попасть в тюрьму»;

3) выражение оптимизма по поводу возможных изменений поведения –«Я раньше мог не пить по 6 месяцев, значит я могу попробовать добиться этого ещё раз и достичь успеха»;

4) выражение намерения изменить проблемное поведение - «Я пока не знаю, как изменить своё поведение, но я буду что-то делать и хочу посоветоваться с Вами об этом».

Задавание открытых вопросов способствует формулированию доводов за изменение поведения. Например: - «Что беспокоит Вас в Вашем употреблении психоактивных веществ?» «Как Вы думаете, что Вас ожидает, если Вы начнёте изменять своё проблемное поведение?»; «Что было бы хорошим средством для сокращения дозы употребления Вами психоактивного вещества?»; «Какой бы Вы хотели видеть свою жизнь через пять лет?»; «Насколько уверены Вы в том, что можете изменить свое поведение?»;

«Насколько важно для Вас сокращение дозы употребления психоактивного вещества?»;
«Что Вы думаете об употреблении вашего психоактивного вещества сейчас?».

На этом этапе беседы можно просить пациента оценить по 10 бальной визуальной аналоговой шкале насколько важным для него является изменение проблемного поведения, насколько он уверен в своих способностях изменить поведение и насколько он готов изменить свое поведение, вызванное употреблением ПАВ. После этого можно попросить пациента прокомментировать поставленные им себе оценки (2,6,7).

Краткосрочные вмешательства

Краткосрочные вмешательства это ограниченные во времени, сфокусированные на конкретном человеке мероприятия, направленные на мотивирование людей, подверженных риску развития алкоголизма или наркомании, побуждающие их изменить свое поведение, связанное с употреблением психоактивных веществ. Возрастающая популярность применения краткосрочных интервенций вызвана необходимостью экономить ресурсы здравоохранения, их профилактической направленностью на ранних стадиях, эффективностью методик изменения поведения.

Цель краткосрочного вмешательства - информирование, помогающее пациенту понять, что злоупотребление ПАВ представляет существенный риск для его здоровья, и поощрять его уменьшить или отказаться от их употребления (11).

Задача консультанта (например, врача центра здоровья) при проведении краткосрочного вмешательства заключается в следующем. Во первых, информировать о результатах раннего выявления злоупотребления ПАВ, о связи употребления ПАВ с вызванными этим проблемами и сопереживающе предоставить обратную связь, обсудить способы снижения потребления ПАВ или отказа от их потребления. Во- вторых, понять точку зрения пациента на употребление ПАВ, привлечь его к обсуждению проблемы и мотивировать его на изменение поведения. В третьих, дать без осуждения и обвинения понятный и уважительный совет по снижению риска употребления ПАВ.

При обсуждении проблемы употребления ПАВ консультант-врач центра здоровья может а) вовлекать человека в дискуссию об употреблении психоактивных веществ, благодаря которой они могут разговаривать о том, что хорошего и плохого в употреблении ПАВ, решать вопрос о фактическом и потенциальном их вреде; б) избегать аргументации, споров и пробовать формулировать фразу по-другому, если она вызывает сопротивление; в) обсуждать баланс позитивных и негативных сторон употребления ПАВ, расширять противоречия между двумя этими аспектами; г) поддерживать, поощрять человека, если он решил изменить проблемное поведение после дискуссии о

положительных и негативных сторонах употребления ПАВ (2).

Если в процессе проведения вмешательства консультант приходит к выводу, что пациент не готов в настоящее время снизить или прекратить употребление ПАВ, то он может предложить обсудить проблему в будущем ещё раз, с членами семьи или друзьями, если это необходимо.

Краткосрочные вмешательства в центре здоровья (первичном звене здравоохранения) могут продолжаться от 5 минут для предоставления совета до 15 минут на краткое консультирование. Обычно они не предназначены для изменения поведения больных алкоголизмом и наркоманиями. Однако, они являются ценным инструментом для коррекции рискованного поведения людей, не готовых к изменению проблемного поведения или начавших размышлять об этом, имеют низкую стоимость и эффективны для изменения поведения лиц, склонных к опасному или вредному употреблению алкоголя и других психоактивных веществ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя. ВОЗ, 2010-48с.
2. Когнитивно-поведенческие вмешательства в терапии зависимости от психоактивных веществ. Руководство по проведению тренингов //Буизман В., Оттен Э., Ялтонский В., Сирота Н. Москва, Россия, УНП ООН 2007-62с.
3. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2009-2010 годах. Статистический сборник //Материалы подготовлены под руководством Кошкиной Е.А.-М., 2011.-145с.
4. Приказ Минздравсоцразвития России № 597н от 19 августа 2009 г. «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».
5. Роджерс К.П.Эмпатия//Психология эмоций.Тесты/ Под.ред. В.К.Вилюнаса, Ю.Б.Гиппенрейтер.-М.:МГУ,1984.-С.235-237.
6. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Мотивационная работа с лицами , употребляющими наркотики и зависимыми от них //Руководство по наркологии/ Под ред. Н.Н.Иванца. -2-е изд., испр, доп. и расш.- М.:ООО «Медицинское информационное агентство», 2008-С.765-782.
7. Ялтонский В.М., Сирота Н.А.Мотивационное консультирование лиц, употребляющих наркотики. Практическое пособие для медицинских и социальных работников.- Челябинск, 2004-64с.

8. Babor, T.F.; Caetano, R.; Casswell, S. et al; Alcohol: No Ordinary Commodity—Research and Public Policy; Oxford University Press: Oxford, UK, 2003.
9. Babor, T.F. & Higgins-Biddle, J.C. (2001) Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for use in Primary Care. World Health Organisation, Document No. WHO/MSD/MSB/01.6b
10. Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G (2001) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Guidelines for use in Primary Care. World Health Organisation, Second Edition, Document No. WHO/MSD/MSB/01.6a
11. Bertholet N, Daeppen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B.Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med. 2005 May 9; 165(9):986-95.
11. Henry-Edwards,S.,Humeniuk,R.,Ali,R., Maristela Monteiro,M.,Poznyak,V. Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care. (Draft Version 1.1 for Field Testing). Geneva, World Health Organization, 2003.
12. Miller W, Rollnick S (2002) Motivational Interviewing. 2nd Edition. Guilford Press New York and London.