

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ**

\*\*\*\*\*

**Том XV**

**№ 4**

**2009**

**Москва-Павлодар**

---

---

## **РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

**Профессор, доктор медицинских наук А. А. Аканов; доктор медицинских наук С. А. Алтынбеков; Н. Е. Мирошниченко (ответственный секретарь); профессор О. Т. Жузжанов; профессор Н. Т. Измаилова; профессор, доктор медицинских наук А. Л. Катков (главный редактор); профессор, доктор медицинских наук В. В. Макаров (главный редактор); кандидат психологических наук Г. А. Макарова; доктор медицинских наук С. А. Нурмагамбетова; Л. Н. Маркина (редактор); доктор медицинских наук Ю. А. Россинский; академик РАМН В. Я. Семке; А. К. Тастанова; кандидат медицинских наук А. Ю. Толстикова; профессор, доктор медицинских наук А. А. Чуркин**

## **РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

**Доктор медицинских наук М. Асимов (Алматы); профессор Н. А. Бохан (Томск); профессор М. Е. Бурно (Москва); академик, доктор медицинских наук, профессор М. Х. Гонопольский (Хайфа); доктор медицинских наук, профессор Ж. А. Доскалиев (Астана); кандидат медицинских наук Н. Б. Ережепов (Павлодар); доктор медицинских наук, профессор В. Ю. Завьялов (Новосибирск); доктор медицинских наук, профессор Р. Г. Илешева (Алматы); доктор медицинских наук, профессор Н. А. Корнетов (Томск); доктор психологических наук, профессор Р. Кочунас (Вильнюс); доктор медицинских наук, профессор Г. М. Кудьярова (Алматы); доктор медицинских наук И. Е. Куприянова (Томск); доктор медицинских наук, профессор Х. Пезешкиан (Висбаден); кандидат медицинских наук Л. А. Степанова (Томск); профессор, доктор медицинских наук Н. К. Хамзина (Астана)**

**Регистрационное свидетельство №1706 выдано  
Министерством печати и массовой информации  
Республики Казахстан**

**Регистрационное свидетельство ПИ № 77-7054 выдано  
Министерством Российской Федерации по делам печати,  
телерадиовещания и средств массовых коммуникаций**

**Внимание, соискатели! Журнал “Вопросы ментальной медицины и экологии”  
решением коллегии ВАК от 3.03.2002 г. включен в перечень изданий  
для публикации основных научных результатов диссертации**

**Журнал основан в 1995 году  
Адрес редакции: 140001, Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200  
Телефон (факс): 8 (7182) 60-50-93  
E-mail: press@rncenter.kz**

---

---

---

---

# ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

## СОДЕРЖАНИЕ

### ПСИХОТЕРАПИЯ

УЧРЕДИТЕЛИ:

Пак Т.В.

Универсальные механизмы и критерии эффективности психотерапии наркозависимых

7-13

Профессиональная  
Психотерапевтическая  
Лига

РГКП  
«Республиканский  
научно-практический  
центр медико-  
социальных проблем  
наркомании»

Том XV

№ 4

2009 год

выходит  
4 раза в год

### ПСИХИАТРИЯ

Джарбусынова Б.Б., Катков А.Л.

Мотивационная терапия зависимых от психоактивных веществ (учебно-методическое пособие)

14-47

Старицын А.С., Кирилюк С.С.

Конституциональная теория шизофрении и традиции отечественной психиатрии в изучении психического заболевания

47-48

### НАРКОЛОГИЯ

Байкенов Е.Б.

Особенности ценностно-потребностной сферы наркозависимых лиц на различных этапах наркологической помощи

49-54

Кузембаева Л.Б., Павленко В.П., Успанов Н.Н.

Применение фенотропила и гипоксена у больных алкоголизмом в постабstinентный период

55-58

Молчанов С.Н.

Социальное сопровождение бывших потребителей инъекционных наркотиков

58-61

Павленко В.П.

Влияние хронического злоупотребления алкоголем на активность алкогольдегидрогеназы в сыворотке крови людей, страдающих алкоголизмом

61-63

Павленко В.П.

Оценка изменений активности креатинкиназы и ее изоферментов в сыворотке крови у больных алкоголизмом

63-65

### ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

Абдирайымов Г.С., Нуркатова М.М.

Типы смысложизненных ориентаций у лиц с суициальными тенденциями

66-69

Бердалина Г.С., Чеглакова В.М., Нуркатова М.М.

Анализ состояния суициdalной активности в г. Алматы на примере Республиканского токсикологического центра

70-73

Каирханов Е.К.

Формы аутоагрессивного поведения осужденных лиц по результатам анкетирования сотрудников исправительных учреждений

73-74

---

---

## **ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА**

*Садыков Н.М.*

Психосоциальные особенности ВИЧ-инфицированных

75-77

## **ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.**

*Иванов Е.Л., Брыжакин П.Г., Сулейменова С.Д.,  
Онгарова В.Н., Хаирбаева З.С.*

Организация работы с семьей по вторичной профилактике ПАВ среди несовершеннолетних

78-81

## **ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ**

*Байкенов Е.Б.*

Особенности волевой регуляции у наркозависимых, находящихся на различных этапах медико-социальной реабилитации

82

*Байкенов Е. Б.*

Распространенность стадий изменения поведения у наркозависимых лиц на различных этапах наркологической помощи

83-84

*Каирханов Е.К.*

Автоагрессивные повреждения – актуальная хирургическая проблема

84-85

*Кусаинов А.А.*

Астенические расстройства у больных с зависимостью от героина с различным стажем употребления

85-86

*Кусаинов А.А.*

Интеллектуально-мнестические нарушения у больных героиновой наркоманией с различным стажем наркотизации

86-87

*Пак Т.В.*

Доказательная психотерапия наркозависимых (краткий обзор)

87-92

*Ракишева А.С., Чекушина Е.В., Худенко Т.И.*

Автоагрессивное поведение с суициальными, несуициальными проявлениями у больных героиновой наркоманией

93

*Сагатова А.Т., Абылқасимова З.К.*

Туберкулёт и психические заболевания

93-94

*Садвакасова Г.А.*

К вопросу о женской психотерапии

94-95

*Садвакасова Г.А.*

Клинико-психопатологические и клинико-психологические особенности опиоидной наркомании у женщин

95-96

*Резюме*

97-102

*Библиография к журналу «Вопросы ментальной медицины и экологии» за 2009 год*

103-106

---

---

# VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

## THE CONTENTS

### FOUNDERS:

**Professional  
Psychotherapeutic  
League**  
  
**RPSE  
«Republican Research-  
and-Practical Center  
of Medical-Social Drug  
Addiction Problems»**

**Volume XV**  
**№ 4**  
**2009**

**Published 4 times  
in a year**

### PSYCHOTHERAPY

- Pak T.V.* Universal mechanisms and criteria of efficiency of psychotherapy at drug-dependent 7-13

### PSYCHIATRY

- Dzharbusynova B.B., Katkov A.L.* The motivational therapy of dependent from psychoactive substances (The educational-methodical manual) 14-47  
*Staritsyn A.S., Kirilyuk S.S.* The constitutional theory of schizophrenia and tradition of domestic psychiatry in studying mental disease. 47-48

### NARCOLOGY

- Bajkenov E.B.* The features of valuable-required sphere of drug-dependent at various stages of the narcological help 49-54  
*Kuzembaeva L.B., Pavlenko V.P., Uspanov N.N.* The application of phenotropil and hypoxen at sick with alcoholism in the post-abstinent period 55-58  
*Molchanov S.N.* Social support of former consumers of injection drugs 58-61  
*Pavlenko V.P.* The influence of chronic alcohol abuse of the activity of alcohol dehydrogenase in the blood serum of the people suffering from alcoholism 61-63  
*Pavlenko V.P.* The estimation of changes in the activity of creatinekinase and its isozymes in the blood serum of the patients with alcoholism 63-65

### BOUNDARY PATHOLOGY

- Abdirajymov G.S., Nurkatova M.M.* Types of life-meaning orientations at persons with suicide tendencies 66-69  
*Berdalina G.S., Cheglakova V.M., Nurkatova M.M.* The analysis of cases of hospitalization in the Republican centre of toxicology of the patients who have made attempts of a suicide 70-73  
*Kaurhanov E.K.* The forms of auto-aggressive behaviour of the condemned persons by results of questioning employees of corrective establishments 73-74

---

---

## BOUNDARY FRUSTRATIONS

<i>Sadykov N.M.</i> Psychosocial features of HIV-infected patients	75-77
---	-------

## PSYCHOLOGY OF HEALTH. VALEOLOGY.

<i>Ivanov E.L., Bryzhahin P.G., Suleymenova S.D., Ongarova V.N., Haurbaeva Z.S.</i> The organization of work with family on secondary preventive maintenance of PAS among minors	78-81
---	-------

## INFORMATION, REVIEWS

<i>Bajkenov E.B.</i> Features of strong-willed regulation at drug-dependent being at various stages of medical-social rehabilitation	82
<i>Bajkenov E.B.</i> Prevalence of stages of change of behaviour of drug-dependent at various stages of the narcological help	83-84
<i>Kairkhanov E.K.</i> Auto-aggressive damages - an actual surgical problem	84-85
<i>Kusainov A.A.</i> Asthenic frustration at patients with dependence on heroin with the various experience of the use	85-86
<i>Kusainov A.A.</i> Intellectually-mnestic infringements at patients of heroin drug-addiction with the various experience of drug-dependence	86-87
<i>Pak T.V.</i> Demonstrative psychotherapy of drug-dependent (the brief review)	87-92
<i>Rakisheva A.S., Chekushina E.V., Hudenko T.I.</i> Auto-aggressive behaviour with suicide, not suicide displays at patients of heroin drug-addiction	93
<i>Sagatova A.T., Abylkasimova Z.K.</i> Tuberculosis and mental diseases	93-94
<i>Sadvakasova G.A.</i> To a question on female psychotherapy	94-95
<i>Sadvakasova G.A.</i> Clinical-psychopathological and clinical-psychological features of opioid drug-addiction at women	95-96
<i>The resume</i>	97-102
<i>The bibliography to magazine «Questions of mental medicine and ecology» for 2009</i>	103-106

# **ПСИХОТЕРАПИЯ**

## **УНИВЕРСАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ И КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ**

Т.В. Пак

г. Павлодар

### **ВВЕДЕНИЕ**

Среди многочисленных психотерапевтических методов, используемых в наркологии, групповая психотерапия многими исследователями выделяется как наиболее экономичная и эффективная психотерапевтическая практика и определяется как один из основных компонентов программ медико-социальной реабилитации (МСР) наркозависимых лиц.

Эффективность лечения и реабилитации лиц, зависимых от психоактивных веществ, определяется по итоговым индикаторам – длительность и стойкость годовой ремиссии, уровень качества жизни, степень социальной адаптации. Данная проблема формирует стратегическое направление – повышение качества наркологической помощи, в том числе психотерапевтической, за счёт доступности, расширения ассортимента и повышение качества психотерапевтических услуг. Следовательно, существует актуальная необходимость теоретических и практических разработок современных психотерапевтических подходов, а также методологии оценки эффективности согласно принципам доказательной медицины.

На базе Республиканского научно – практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) разработана программа медико-социальной реабилитации для наркозависимых лиц, основным компонентом которой является модель групповой психотерапии. Данная развивающая психотерапевтическая практика формирует личностные и социальные психологические свойства, обеспечивающие уровень антинаркотической устойчивости. Внедрение данной модели МСР повышает общую эффективность стационарных и амбулаторных программ. Применение вариантов групповой психотерапии (группы с участием созависимых, семейные и противорецидивные группы) позволяет расширить ассортимент и повысить эффективность услуг психологического (психотерапевтического) профиля.

### **КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ**

Проблема эффективности психотерапии всегда интересовала исследователей и изучалась многими авторами. В качестве общих факторов, оказывающих влияние на эффективность психотерапевтического

процесса, достаточно регулярно отмечаются личностные характеристики и профессиональный опыт психотерапевта. Рядом авторов в качестве основного фактора, оказывающего влияние на эффективность психотерапевтической коммуникации, выделяется соответствие определенных расстройств конкретному виду психотерапевтического воздействия. Другие исследователи делают акцент на когнитивных, поведенческих и эмоциональных изменениях, характерных для многих видов и форм психотерапии.

Л. Люборски уделял особое значение терапевтическим отношениям между психотерапевтом и пациентом, личностным особенностям психотерапевта, таким его качествам как эмпатия – способность сопереживать, понимать и эмоционально откликаться.

На рисунке 1 отражены лечебные факторы психотерапии по Люборски.

#### **Лечебные факторы психотерапии (по Л. Люборски)**

- способность терапевта понимать пациента (эмоционально откликаться);
- уменьшение выраженности межличностных конфликтов;
- обретение пациентом большей терпимости по отношению к другим людям;
- способность терапевта предложить ясную и действенную технику.

Рисунок 1.

Джадом Мармором была создана система общетерапевтических факторов, которые отражены на рисунке 2.

#### **Система общетерапевтических факторов Джада Мармара**

- хорошее отношение и сотрудничество;
- ослабление напряжения на начальной стадии;
- эмоциональная поддержка;
- познавательное обучение за счет информации;
- оперативная модификация поведения;
- коррекция эмоционального опыта;
- приобретение социальных навыков;
- убеждение и внушение явное и скрытое;
- тренировка более адаптивных способов поведения.

Рисунок 2.

Система общетерапевтических факторов Д. Мармара (1978) включает в себя:

- 1) хорошее отношение и сотрудничество между психотерапевтом и пациентом – исходная предпосылка, на которой строится психотерапия;
- 2) ослабление напряжения на начальной стадии, основанная на способности пациента обсуждать свою проблему с лицом, от которого он надеется получить помочь;
- 3) познавательное обучение за счет информации, получаемой от психотерапевта;
- 4) оперативная модификация поведения клиента за счет одобрения или неодобрения со стороны психотерапевта и повторяющегося коррекционного эмоционального опыта в отношениях с последним;
- 5) приобретение социальных навыков на модели психотерапевта;
- 6) убеждение и внушение явное и скрытое;
- 7) усвоение или тренировка более адаптивных способов поведения при условии эмоциональной поддержки со стороны психотерапевта.

К.Р. Роджерс описал критерии изменений, которые способствуют динамике личностного роста, степени регенерации структуры «Я» и уровню зрелости в системе отношений (рисунок 3).

#### **Критерии изменений в процессе психотерапии по К.Р. Роджерсу**

- **увеличение утверждений, вызванных инсайтом;**
- **положительное отношение по мере продолжения психотерапии;**
- **зрелость наблюдаемого поведения;**
- **изменения в восприятии и принятии себя;**
- **переход от внешней оценки к внутренней;**
- **внедрение ранее отвергаемого опыта в структуру «Я»;**
- **изменения в отношениях с другими людьми;**
- **характерные изменения в структуре личности, в поведении и в физическом состоянии.**

Рисунок 3.

Накопленная сумма знаний в области общих факторов психотерапии позволила сформировать соответствующие системы (Prochaska J.O., Dilllemente C.C., Norcross J.C., 1992) в более поздней классификации:

- а) самоэксплоатация (получение новой информации о самом себе, о проблеме, конфронтация - интерпретация);
- б) изменение самооценки;
- в) самоосвобождение (приобретение новых степеней свободы в деятельности, расширение когнитивного репертуара);
- г) контробуславливание (угасание проблемного поведения с помощью альтернативного поведения);

- д) контроль стимула (избегание или борьба со стимулом, вызывающим проблемное поведение);
- е) процедуры подкрепления (позитивное подкрепление желательного поведения);
- ж) отношения помощи (доверие к тем, кто может помочь);
- з) облегченное выражение эмоций (умение обнаружить и выражать чувства);
- и) новая оценка окружающих (в аспекте того, какие проблемы их отягощают);
- к) социальное освобождение (конструктивное поведение в социуме).

Известна классификация K. Grawe (1997) в которой различают 4 основных механизма в терапевтическом обучении: 1) компетентность в совладании (приобретение отсутствующих навыков); 2) прояснение и коррекция значений; 3) актуализация проблемы (стимуляция процессов изменений не только в плоскости смыслов); 4) активизация ресурсов (мобилизация всех сил пациента, необходимых для изменений и стабилизации).

Следующий этап характеризуется разнообразием подходов и критериев эффективности психотерапии. Однако объективизация предлагаемых критериев, таких как соответствующее качество психотерапевтических отношений, вызывает сложности. Данные критерии эффективности психотерапевтического процесса поддаются исследованию в ходе супервизии в соответствии с определёнными психотерапевтическими школами и направлениями. Но результаты супервизии оценивают, прежде всего, профессиональные качества психотерапевта, то есть, имеют отношения к исследованию процесса психотерапии, а не ее эффективности. В данной связи более перспективными представляются подходы, отслеживающие результаты психотерапии, динамику специфических и неспецифических изменений:

- изменение самочувствия;
- изменение симптомов;
- изменение структуры личности.

Следовательно, различают эффект психотерапии – результаты, достижимые в опытных психотерапевтических исследованиях; и её клиническую эффективность - результат психотерапии в повседневной практике. Клинические испытания психотерапии требуют подтверждения её надежности и валидности, т.е. достижения высокой степени внутренней и внешней, а также окончательной статистической валидности.

#### **ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ**

Рандомизированные клинические испытания (РКИ) являются универсальной технологией оценки эффективности любых форм вмешательств, в том числе психотерапии. Систематические обзоры (мета – анализы) – это обобщения качественно

выполненных рандомизированных клинических исследований. Достоверность и степень научной доказательности клинического испытания оценивается по следующим параметрам: рандомизация (метод случайной выборки); критерии включения и исключения из исследования; репрезентативность выборки; наличие контрольной группы; статистическая достоверность и сопоставимость групп; стандартизация фармакотерапии; характеристика психотерапевтического воздействия; оценка исходов в процессе катамнестического наблюдения.

С целью определения эффективности отдельных направлений и методов психотерапии используется процедура мета - анализа. Первые исследования, проводимые по данной методологии, показали примерно одинаковую эффективность различных психотерапевтических направлений и методов лечения определенных групп пациентов. Более поздние исследования, проводимые по усложненной методологии мета - анализа, выявили относительно высокие показатели эффективности отдельных терапевтических направлений и методов в отношении определенного круга состояний, требующих психотерапевтической коррекции. В целях определения эффективности какого-либо конкретного психотерапевтического процесса используются следующие параметры: наступившие клинические и адаптационные изменения пациента с учетом соматической, психологической и социальной диагностики; объективная оценка с позиции наблюдения и субъективная оценка с позиции самого пациента; валидность и независимость данных критериев.

В последние годы большое внимание уделяется характеристикам и особенностям психотерапевтической коммуникации, которая рассматривается как системообразующий фактор, оказывающий влияние на эффективность психотерапевтического процесса. При этом исследуются коммуникационные характеристики пациента, определяются базовые коммуникативные стратегии и коммуникативные навыки самого психотерапевта, моделируются стратегии психотерапевтического общения.

Психотерапевтический процесс, участниками которого являются психотерапевт и пациент (пациенты), имеет свои особенности, обусловленные психогенетической структурой личности наркозависимого. Доминирующие проявления и функционирования патологического личностного статуса (ЛС) удовлетворяют основной потребностный цикл наркомана (Валентик Ю.В.).

На рисунке 4 отражены особенности построения психотерапевтической коммуникации с наркозависимым пациентом.

Данный алгоритм психотерапевтической коммуникации актуализирует нормативный личностный статус, функционирующий в содружественной модели поведения пациента, и способствует блокированию патологического личностного статуса,

### **Особенности психотерапевтической коммуникации с наркозависимым**

- установление психотерапевтического контакта с нормативным ЛС пациента;
- статусная конгруэнтность психотерапевта и пациента;
- актуализация нормативного ЛС зависимого;
- дезактуализация патологического ЛС зависимого;
- блокирование патологического ЛС;
- фиксация пациента в нормативном ЛС.

Рисунок 4.

редукции патологического влечения к наркотику в условиях терапевтического сообщества.

### **УНИВЕРСАЛЬНЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ**

Нами описана двухуровневая психотерапевтическая коммуникация с выделением уровней: универсального и технологического, а также условия, способствующие развитию свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости.

На универсальном уровне с помощью профессионального психотерапевта пациенту доступны изменения в отношении неэффективных или патологических стилей мышления, поведения и эмоционального реагирования. На данном уровне формируются психологические (личностные и социальные) свойства антинаркотической устойчивости. Такой результат достигается за счёт целенаправленного использования возможностей глубинного, универсального уровня психотерапевтической коммуникации. Механизмы глубинного уровня психотерапии:

- идентификация с личностью психотерапевта при установлении контакта (диагностическая фаза);
- использование явного и скрытого внушения в результате технических действий (фаза реализации технических процедур);
- позитивное подкрепление развивающего поведения (фаза реализации технических процедур);
- скрытое конструирование нормативных сценариев будущего (фаза фиксации изменений и оценки перспектив).

Технологический уровень – это уровень реализации структурированных психотерапевтических техник и методик.

Запуск механизмов универсального уровня психотерапевтической коммуникации и скорости изменений у пациентов происходит в «психотерапевтическом пространстве». Идентификация данного феномена «психотерапевтического пространства» позволяет обосновать наличие психотерапии, а не какой - либо другой развивающей практики.

---

Основными характеристиками «психотерапевтического пространства» являются: а) **безопасность**, обусловленная личностными свойствами психотерапевта, его поддержкой и условиями контракта; б) **разреженность**, события в пространстве психотерапии конструируются и воспроизводятся избирательно; в) **пластичность времени**, актуализация ситуаций и обстоятельств в прошлом, в будущем, изменение контекста и содержания событий со временем; г) **концентрация**, комбинация контекстов, обстоятельств, событий, обеспечивающая необходимый терапевтический эффект, но не имеющая места в реальной жизни.

Ключевым механизмом феномена «психотерапевтического пространства», обеспечивающим изменения в статусе пациента, является переход от стратегии конфронтационного поведения и соответствующей личностной метапозиции к синергетическим стратегиям поведения и метапозиции личностных изменений.

Нами установлено, что «трансовые» состояния, основными характеристиками которых являются максимальная пластика, возможность изменений и доступ к ресурсам развития, сопровождают соответствующие стратегии поведения и функционирование личности в синергетической метамодели. «Запуск» феномена «психотерапевтического пространства» включается через идентификацию с личностью психотерапевта, демонстрирующего синергетическую личностную метапозицию и соответствующие модели поведения. Под синергетической метапозицией личности подразумевается общая система отношений между основными инстанциями бытия: осознаваемое «Я»; ресурсная инстанция психического (бессознательное); значимые другие лица; социум (они); мир (бытие). В зависимости от метапозиции личности (конфронтационной или синергетической) используются мобилизационные (биологические и стереотипные ресурсы) или развивающие реакции адаптации (креативные психологические ресурсы). В конфронтационной метапозиции личности чаще отмечаются эмоции страха, враждебности, неуверенности, дискомфорта или защитного блокирования эмоций - оцепенения; поведенческие реакции паники, агрессии, «паралича» или формирования неконструктивных психологических защит, или использование быстродействующих «адаптагенов» - психоактивных веществ (ПАВ). В синергетической метапозиции чаще отмечаются эмоции, сопутствующие творческому предощущению, интересу, вдохновению; поведенческие реакции осмыслинной активности, направленной на поиск возможностей.

Следующим универсальным психотерапевтическим механизмом является феномен диалогизированного сознания, под которым понимается возможность контакта с ресурсной психической инстанцией. Качество, которое Карл Витакер обозна-

чал как «укоренение личности в бессознательном», а Карл Густав Юнг: «Жизнь в обнимку с собственной душой». Развитие данных свойств личности повышает эффективность его самоорганизующих и адаптационных функций. Идентификация данного феномена может являться темой группового обсуждения на терапевтической сессии. Таким образом, пациенты могут осознавать, дифференцированно чувствовать и осмысленно воспроизводить ресурсные уровни психического в специальных технических действиях.

Психотерапевтическая сессия имеет свою структуру, отличную от структуры психологического консультирования. Алгоритм психотерапевтической сессии: установление психотерапевтического контакта, партнерских отношений с пациентом/клиентом; создание «психотерапевтического пространства» посредством идентификации с личностью психотерапевта; диагностика заявленной проблемы, идентификация и кристаллизация психотерапевтического запроса; идентификация психотерапевтического «дефекта»; постановка психотерапевтической цели; создание проекта психотерапии; реализация технических действий психотерапевтического проекта; проведение «экологической проверки»; «протяжка в будущее» достигнутых результатов; оценка промежуточных результатов и завершение сессии; взаимное позитивное подкрепление.

На рисунке 5 отражена структура психотерапевтической сессии, ее этапы, уровни и мишени.

Следовательно, эффективность психотерапии наркозависимых лиц повышается за счёт полноценного использования психотерапевтических универсальных механизмов, действующих в пространстве психотерапии, а также, за счёт применения психотерапевтических техник, определённая последовательность которых способствует динамике психотерапевтического процесса. С этой целью проводится субъективная и объективная оценка эффективности психотерапевтической сессии в трёх фокусах анализа: пациент, психотерапевт, супervизор с использованием методов прямого и непрямого измерения.

Прямые методы исследуют реальные процессы участников психотерапевтической сессии (супervизия). К непрямым методам относятся клинико – психопатологические шкалы, психологические тесты, опросники, отражающие динамику состояния пациента и устойчивость достигнутых результатов в процессе психотерапии.

## ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе исследования получены предварительные результаты сравнительной эффективности психотерапии в программе медико-социальной реабилитации наркозависимых пациентов. Нами была исследована психотерапевтическая коммуникация по

Диагностическая мишень, психологический уровень		
ЭТАПЫ ПРОЦЕССА	УРОВНИ	МИШЕНИ
Знакомство с заявленной проблемой	Внешний «дискомфорт или жалобы как следствие проблемы»	Пациент как персона
Идентификация и кристаллизация проблемы	Следственный «проблема как следствие причины»	Пациент как целое, ЛС События-стрессоры Взаимоотношения с ЗДЛ Эмоции
Поиск альтернативного решения проблемы	Причинный «проблема как отсутствие ее решения»	Потребности/мотивы и цели

Рисунок 5. Структура психотерапевтической сессии

субъективной и объективной оценке эффективности с позиции пациента и независимого эксперта - супервизора. С этой целью был разработан опросник для пациента, отражающий эффективность психотерапевтической коммуникации по параметрам динамики самочувствия, восприятия психотерапевтического пространства, отношения к заявленной проблеме в процессе первой и последующих психотерапевтических сессий, а также разработана анкета для супервизора, позволяющая оценить эффективность психотерапевтического контакта – альянса между пациентом и психотерапевтом.

Динамика субъективной оценки психотерапевтической коммуникации проводилась по 3-балльной шкале с исследованием соответствующих параметров. Показатели параметров по 3-балльной шкале: 1 балл – нет (отрицательный ответ); 2 балла - затрудняюсь с ответом; 3 балла – да (положительный ответ).

Промежуточные, статистически достоверные результаты отражены в таблице 1.

Показатели динамики субъективной оценки вовлечения глубинного уровня психотерапевтической коммуникации интерпретируются нами как активизация внутриличностного конфликта, дезактуализация патологического личностного статуса, разложение патологического и нормативного личностных статусов пациента, редукция патологического влечения к наркотику в процессе психотерапии.

Полученные достоверные различия между исследуемыми группами по соответствующим параметрам интерпретируются нами как наличие феномена «психотерапевтического пространства», вовлечение глубинного уровня психотерапевтической коммуникации во время первой, а также последующих психотерапевтических сессий.

Статистически достоверная динамика показателей субъективной оценки интерпретируется, как

установление особого психотерапевтического контакта с нормативной частью личности пациента, как идентификация с личностью психотерапевта уже в течение первой психотерапевтической сессии.

Сравнительная динамика эффективности психотерапевтической коммуникации по объективной оценке проводилась по 4-балльной шкале: 1 балл – признак отсутствует; 2 балла - низкая степень выраженности признака; 3 балла - средняя степень выраженности признака; 4 балла - значительная степень выраженности признака.

Результаты статистического анализа динамики объективной оценки признаков вовлечения глубинного уровня психотерапевтической коммуникации отражены в таблице 2.

Анализ показателей объективной оценки психотерапевтической коммуникации выявил достоверные различия между исследуемой и контрольной группой по параметрам вовлечения глубинного психотерапевтического уровня. Статистически достоверные результаты интерпретируются нами с позиции независимого эксперта - супервизора, как наличие продуктивного психотерапевтического контакта – альянса, идентификация психотерапевтического присоединения, наличие специфических и неспецифических изменений в состоянии пациента.

## ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ВЫВОДЫ

Основной функцией психотерапии наркозависимых является ее развивающая способность антинаркотической устойчивости (свойств психологического здоровья) в программе медико-социальной реабилитации. Такой результат достигается за счёт целенаправленного использования возможностей глубинного, универсального уровня психотерапевтической коммуникации и технологического уровня структурированных психотерапевтических техник.

Таблица 1

*Сравнительная эффективность психотерапевтической коммуникации по субъективной оценке*

Наименование параметров	Исследуемая группа	Доверительный интервал среднего	Контрольная группа	Доверительный интервал среднего	P
Отмечали ли Вы ощущение безопасности во время первой психотерапевтической встречи?	0,3	±0,2	0,1	±0,2	<0,05
Отмечали ли Вы ощущение безопасности во время последующих сессий?	0,1	±0,1	-0,1	±0,2	<0,05
Отмечали ли Вы установление контакта в работе с психотерапевтом?	0,2	±0,153	-0,04	±0,14	<0,05
Отмечали ли Вы появление уверенности в возможности психотерапии?	2,8	±0,1	2,2	±0,1	<0,01
Отмечали ли Вы изменение самочувствия во время первой психотерапевтической встречи?	0,2	±0,2	-0,2	±0,1	<0,01
Отмечали ли Вы изменение самочувствия во время последующих сессий?	0,2	±0,1	-0,1	±0,2	<0,01
Отмечали ли Вы изменение восприятия окружающего пространства во время первой психотерапевтической сессии?	0,2	±0,2	-0,1	±0,2	<0,05
Отмечали ли Вы изменение восприятия окружающего пространства во время последующих сессий?	0,02	±0,1	-0,3	±0,2	<0,01
Отмечали ли Вы изменение восприятия времени во время первой психотерапевтической сессии?	0,2	±0,1	-0,04	±0,2	<0,05
Отмечали ли Вы изменение восприятия времени во время последующих сессий?	0,1	±0,1	-0,1	±0,1	<0,05
Отмечали ли Вы необычные телесные ощущения в последующей работе с психотерапевтом?	0,2	±0,1	-0,06	±0,1	<0,01
Отмечали ли Вы изменения своего «Я» в последующей работе с психотерапевтом?	0,07	±0,1	-0,2	±0,1	<0,01
Отмечали ли Вы изменение отношения к проблеме в последующей работе с психотерапевтом?	0,2	±0,1	-0,06	±0,1	<0,01
Отмечали ли Вы появление перспективы в решении Вашей проблемы во время первого психотерапевтической сессии?	0,4	±0,2	0,07	±0,2	<0,05
Отмечали ли Вы появление перспективы в решении Вашей проблемы в последующей работе с психотерапевтом?	0,1	±0,1	-0,05	±0,1	<0,05

Обозначенные уровни психотерапевтической коммуникации интегрируются за счёт использования последовательного алгоритма технических действий и эксплуатации модели терапевтических инсайтов. Первый прин-

цип повышает эффективность структурированных психотерапевтических техник. Второй способствует осознанию и формированию конструктивных жизненных сценариев и навыков саморазвития, самоорганизации.

Таблица 2

*Сравнительная эффективность психотерапевтической коммуникации по объективной оценке*

Наименование параметров	Исследуемая группа	Доверительный интервал среднего	Контрольная группа	Доверительный интервал среднего	P
Сокращение дистанции между терапевтом и пациентом	1,7	±0,2	0,7	±0,2	<0,01
Аналогия (присоединение) на уровне позы, жестов	1,7	±0,2	0,7	±0,2	<0,01
Аналогии (присоединение) на уровне мимики	1,5	±0,2	0,6	±0,2	<0,01
Присоединение на уровне ритма, тембра и интонации речи	1,7	±0,2	0,7	±0,2	<0,01
Наличие вегетативных реакций у пациента	1,6	±0,2	0,6	±0,2	<0,01
Синхронизация дыхательного ритма	1,4	±0,2	0,8	±0,2	<0,01
Наличие мышечной релаксации у пациента	1,6	±0,1	0,6	±0,2	<0,01

К предварительным критериям эффективности психотерапевтического процесса можно отнести следующие: динамика уровня психологического здоровья – антитабакарической устойчивости; степень редукции синдрома зависимости от ПАВ; изменение самочувствия пациента; личностные изменения пациента (по психологическим тестам); динамика самооценки; динамика социально-психологической адаптации в микросоциуме; динамика оценки взаимодействия пациент – психотерапевт. Тогда к индикаторам эффективности программ медико-социальной реабилитации наркозависимых будут относиться следующие: формирование нормативного жизненного сценария без употребления ПАВ; коррекция системы ценностей; динамика социального функционирования; коррекция семейного функционирования; формирование профессионального функционирования.

Следовательно, у пациентов, успешно прошедших программу медико-социальной реабилитации, основным компонентом которой являлась психотерапия, могут быть сформированы новые жизненные цели и планы, не связанные с потреблением ПАВ. Совершенствование психотерапии в реабилитационных программах возможно путем научной оптимизации. Научные исследования в области сравнительной эффективности психотерапии, прежде всего, заключаются в системном анализе значений переменных, составляющих весь спектр психотерапевтического процесса. Полученные в ходе исследования значения таких переменных, как универсальные механизмы и критерии эффективности психотерапии наркозависимых могут служить в качестве нормативов при создании и экспертизы психотерапевтических реабилитационных программ.

# **ПСИХИАТРИЯ**

## **МОТИВАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (учебно-методическое пособие)**

Б.Б. Джарбусынова, А.Л. Катков

### **Введение**

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

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

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

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

### **1. История возникновения и определение мотивационной терапии**

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

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

Концепция мотивационной терапии была разработана на основе опыта, полученного в ходе работы с людьми, имеющими проблемы с алкоголем. В 1980-х годах традиционной стратегией в консультировании потребителей наркотиков было навязывание, внушение клиенту мотивации к изменениям. Консультант представлялся опытным специалистом, который находил у клиента проблему, показывал ее клиенту, описывал клиенту его двойственность по поводу этой проблемы и прибегал к прямому убеждению как «эффективному» методу ее разрешения. Сопротивление клиента изменениям воспринималось как черта характера клиента, с которой необходимо серьезно работать, исправляя самого клиента. Консультант при таком подходе выступает, в первую очередь, как эксперт. Однако вскоре стало ясно, что подобного подхода клиенты не принимают, проявляют непокорность и нежелание признавать навязанные проблемы, отказываются меняться. Это, в свою очередь, подрывало терпение консультантов, вынуждая их оправдываться и утверждать, что их клиенты в большинстве своем - потерянные люди, и что-либо пытаться сделать просто бесполезно. В результате анализа возможных причин безуспешности традиционного консультирования в вопросах зависимостей Миллер пришел к выводу, что именно давание советов, агрессивное противостояние клиенту и прямое убеждение являются основными причинами возникновения сопротивления, рассматриваемого многими специалистами как основной барьер на пути к изменениям клиента.

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

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

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

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

MET использует много приемов Роджерсianской клиент-центрированной терапии, но более директивна. Она также основывается на подходах когнитивной терапии и терапии реальностью. MET принципиально отличается от методов поведенческой терапии, а также от директивных конфронтационных методов. Используется как индивидуальная либо групповая терапия, в процесс которой могут быть вовлечены члены семьи и значимые другие лица.

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

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

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

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

### *1.1. Цель мотивационной терапии*

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

### *1.2. Определение MET*

Мотивационную терапию можно определить как продолжающийся разговор об изменениях (мотивационное собеседование), направленный особым стилем работы консультанта так, что основная роль в этом разговоре отводится клиенту. Консультант поощряет клиента говорить о сомнениях и препятствиях, о своей мотивации к изменениям, для того чтобы принять решение по поводу своего поведения.

Таким образом, цель мотивационного собеседования состоит в том, чтобы стимулировать и направлять процесс, в ходе которого клиент обдумывает и принимает решение, ведущее к изменению его «проблемного» поведения, помогая ему учить-

вать все «за» и «против» возможных изменений. Решение такой задачи требует определенного стиля работы консультанта.

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

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

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

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

## 2. Основные стратегии и принципы МЕТ

### 2.1. Основные положения МЕТ

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

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

Амбивалентность (двойственность, см. словарь) является конфликтом между двумя возможными направлениями действий (например, поусердствовать или полениться), каждое из которых имеет как

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

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

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

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

Консультант должен быть в высшей степени внимателен и восприимчив к любым проявлениям мотивации клиента. Сопротивление и «отрицание» должны расцениваться консультантом не как «дефекты» характера клиента, а как реакция на то, как ведет себя и что делает консультант. Сопротивление

клиента в разговоре об изменениях часто является сигналом того, что консультант переоценивает готовность клиента к изменениям. В этом случае консультанту необходимо изменить стратегии работы по мотивированию, например вернуться к предыдущим стратегиям.

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

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

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

## 2.2. Принципы МЕТ

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

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

### *Сопереживать клиенту*

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

Консультанту следует стремиться к большему пониманию переживаний клиента, и принимать их без критики, осуждения или обвинения. Когда кли-

ент чувствует, что его понимают, он раскрывается и начинает охотнее рассказывать о своей жизни. Такие рассказы помогают консультанту определить, когда и как ему нужно оказать помощь, какие неудачи возможны, какие поправки в связи с этим нужно сделать. Очень важен тот момент, что, заметив участие со стороны консультанта, клиент лучше воспринимает разговор с консультантом о проблемах, связанных с образом его жизни, и об отношении к употреблению наркотиков.

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

### *Выявлять противоречия (колебания и сомнения по поводу проблемы) и работать с ними*

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

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

Консультант может помочь своему клиенту осознать противоречия на разных уровнях - физи-

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

#### *Избегать споров, убежждения и доказывания*

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

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

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

#### *Уменьшать сопротивление*

Сопротивление клиента может проявляться:

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

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

Хорошая стратегия работы с сопротивлением состоит в «непротивлении сопротивлению» - чтобы отвечать на сопротивление клиента, не прибегая к прямому противостоянию «кто кого», а, на-

оборот, всяческим образом проявлять понимание клиента и готовность рассматривать проблему с его стороны. Это будет способствовать дальнейшему раскрытию клиента для обсуждения проблем. Исследования подтверждают, что подход, основанный на том, что консультант всяческим образом обходит сопротивление клиента и не прибегает к противостоянию, скорее всего, будет эффективным и приведет к долгосрочным изменениям.

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

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

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

Обучение также может повысить самостоятельность клиента и его уверенность в себе. Правдивые, точные, представленные в доступной форме сведения помогут клиенту понять, как употребление наркотиков переходит в злоупотребление и зависимость. Рассмотрение биологических аспектов зависимости и медицинских эффектов употребления наркотиков с учетом личного опыта клиента

помогут смягчить чувство стыда и вины и укрепят надежду на то, что освобождение может быть достигнуто в случае применения подходящих решений и методов. Процесс изменений, который изначально выглядит как невероятный и безнадежный, можно разделить на вполне достижимые маленькие шаги по направлению к цели.

### **3. Основные требования к специалистам, реализующим программы мотивационной терапии**

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

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

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

Помимо эмпатии необходимо иметь высокий уровень интерперсональной чувствительности и конгруэнтности.

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

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

Аргументация клиента — основное поле работы консультанта и в нем необходимо искать противоречия. Консультант также должен избегать позиции «эксперта», который оценивает позицию и решения клиента, «закрытых» вопросов (вопросов, тре-

бующих коротких ответов) и особенно избегает, чтобы задавать несколько вопросов подряд.

Диагностические «лейблы», характеризующие проблему зависимости, абсолютно неуместны.

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

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

---

---

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

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

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

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

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

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

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

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

#### *Личный жизненный опыт*

Каждый обладает собственной личной историей, индивидуальным жизненным опытом. Даже похожие события в жизни разных людей часто переживаются ими по-разному, что уж говорить о тех случаях из жизни, которые один из участников беседы не испытывал никогда. Различие в жизненном опыте консультанта и клиента могут приводить к взаимному непониманию, но эта проблема разрешима.

Необходимо признавать за клиентом право на собственный жизненный опыт и не пытаться понять его, исходя только лишь из событий и переживаний, которыми была наполнена жизнь консультанта. Последнему следует чаще думать: «Каким бы сейчас был я, пережив или испытав подобное

тому, что было в жизни сидящего напротив человека? Возможно, думал, чувствовал, принимал бы решения по-другому...»

#### *Стереотипы, убеждения и предубеждения*

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

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

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

Их можно разбить на несколько видов:

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

*Все или ничего* - категоричность суждений.

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

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

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

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

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

Чтобы выйти из этой ловушки:

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

б) не пытайтесь убеждать клиента. Он всегда приведет вам доказательства своей правоты из личного опыта, а ваш жизненный опыт он может и не воспринимать всерьез, и вы можете угодить в еще более сложную ловушку. Выход - помочь осознать ему, что его суждение - это результат того, что случилось именно с ним, но это еще не значит, что так случается всегда и со всеми.

### *Жизненные ценности и мировоззрение*

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

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

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

### *Образование и речь*

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

В время общения с потребителем наркотиков нельзя игнорировать, на каком уровне находятся эти знания у него, равно как и у самого консультанта, проводящего консультирование. Исходя из этого, с одной стороны, важно постоянно расширять свои знания, с другой, во время консультирования опе-

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

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

### *Навыки общения*

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

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

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

Такими проблемами могут быть, например, следующие:

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

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

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

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

### *Особенности консультирования потребителей наркотиков*

Следует отметить, что в вопросах проведения консультаций в сфере употребления алкоголя и наркотиков не существует особой специфики. Исследования показали, что лечение алкоголизма и наркомании дает лучший результат в том случае, если проводится консультантами и врачами, использующими приемы МЕТ. С другой стороны, одного

консультирования чаще всего бывает недостаточно, чтобы изменить отношение большинства потребителей наркотиков к проблемам, связанным с наркотиками. Скорее всего, овладев навыками консультирования, консультант сможет устанавливать доверительные и конструктивные отношения с клиентом, что позволит осуществить конкретные программы, направленные на избавление от алкогольной или наркотической зависимости.

#### *Стили работы консультанта в процессе MET*

Стили поведения консультанта в современной психологии определяют следующим образом:

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

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

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

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

*Ориентированный на клиента* консультант поддерживает и поощряет клиента разбираться в собственных проблемах. («Вы лучшие меня знаете свои проблемы. Я готов выслушать Вас и помочь Вам лучше понять, в чем тут затруднения и как бы Вы хотели их разрешить. Насколько я Вас понял, Вы чувствуете...»)

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

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

Нужно отметить, что наиболее эффективными признаны такие стили консультирования, как партнерский и ориентированный на клиента. Однако надо признать, что в арсенале идеального консультанта-профессионала должны находиться все вы-

шеперечисленные подходы, поскольку живое взаимодействие между людьми не всегда можно заключить в рамки одного подхода, каким бы хорошим он ни был.

#### *Сопереживание*

Сопереживание (эмпатия) является одним из основных составляющих консультирования.

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

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

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

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

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

Первое, и самое главное - откровенно признаться себе в этом. Затем дать себе время понять, что происходит, в чем причина этой неприязни. Иногда осознание этого уже приводит к тому, что неприязнь уходит, но чаще надо дать себе время, чтобы разобраться. Сделайте 10-минутный перерыв в общении и обдумайте ситуацию. Соберитесь с мыс-

лями, чувствами и скажите себе: «У каждого человека есть отрицательные черты, и каждый человек имеет право быть таким, как он есть. Что во мне такого, что не позволяет мне позитивно воспринимать этого человека, и могу ли я преодолеть это в себе сейчас? Могу ли я общаться с ним далее, не осуждая его и не испытывая эту неприязнь в процессе общения с ним?». Если ответ - «Да!», продолжайте консультировать.

Если же неприязнь слишком сильна, предложите другому консультанту поработать с данным клиентом. При этом, не вдаваясь в подробности, в общих чертах объясните причину смены консультанта клиенту. Например, это может быть: «Извини, к сожалению, я себя чувствую таким образом, что не смогу внимательно выслушать, понять и помочь Вам, поэтому будет лучше, если Вы поговорите сейчас с этим человеком, который сможет лучше меня помочь».

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

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

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

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

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

*Приказы или руководство.* Руководстводается авторитетным тоном. Консультант говорит с позицией силы (например, родитель, работодатель) или же используются авторитарные формулировки или интонация.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Засыпание вопросами.* Консультанты часто пытают эффективное слушание с засыпанием вопросами. Безусловно, консультант может задавать вопросы, чтобы узнать больше о собеседнике, но в

основе такой формы реагирования лежит предположение, что консультант может найти решение всех проблем консультируемого, если он задаст достаточное количество вопросов. На самом же деле, поток вопросов может помешать общению и изменить его направления на такие, которые более удобны консультанту, нежели его собеседнику.

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

Существуют типы клиентов, которые стремятся к приведенным стилям отношений или реакциям. Склонность к определенному сценарию беседы складывается в раннем детстве или вырабатывается в процессе жизни и отношений с другими людьми с целью адаптированного существования. Несмотря на то что определенная манера поведения может причинять немало страданий человеку, она воспринимается как вполне/единственно приемлемая. Это значит, что клиент может и не стремиться избавиться от отношений, где могут присутствовать вышеупомянутые элементы. Для некоторых клиентов важен сам факт, что ими хоть как-то кто-то занимается, некоторые ждут помощи в виде советов, сочувствия и т. п., так как их собственные попытки зачастую не приводили к положительным результатам и им, возможно, поможет чей-то совет или личный опыт.

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

### *Сопротивление*

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

Сопротивление зачастую является реакцией на содержание и стиль взаимодействия между общющимися. Необходимо избегать ситуаций, в которых можно спровоцировать или укрепить сопротивление клиента, поскольку, чем сильнее его сопротивление, тем меньше вероятность, что он будет склонен к изменениям.

Другими словами, сопротивление позволяет клиенту использовать свои привычные оправдания и объяснения для того, чтобы не менять свою жизнь. Причин для сопротивления бывает множество. Например, потребитель наркотиков может

быть склонен к низкой самооценке и может не верить в свою способность к изменениям. Кроме того, его, возможно, принудили пройти курс лечения, и поэтому он еще не готов изменить поведение.

Сопротивление клиента может проявляться в следующих реакциях:

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

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

Мотивы сопротивления могут быть следующие:

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

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

Наиболее часто консультирующий консультант сталкивается с сопротивлением, когда он дает советы, «учит жизни», пытается заставить клиента

признать то, что ему (консультанту) очевидно, или же просто начинает говорить о клиенте с позиции «эксперта», который лучше самого клиента разбирается в его проблемах.

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

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

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

*Ловушки, которых следует остерегаться консультанту*

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

- Вовлечение в спор или дискуссию.
- Добиться, чтобы вы признали, что ему помочь невозможно.
- Получить вашу поддержку или поощрение тех его действий, которые вы на самом деле не одобряете.

- Попытки вызвать у вас жалость.
- Клиент может превозносить вас, льстить вам или же пренебрежительно относиться к вам, а то и откровенно выражать вам свое негативное отношение.
- Перекладывание ответственности за свое поведение или чувства на других, обвинения.
- Попытки вынудить консультанта принять решение за него самого.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. На основе записей, сделанных во время или после беседы с клиентом, составьте список проблем, с которыми он сталкивается. Обсудите это с клиентом во время следующей встречи. Это необходимо сделать так, чтобы клиент с вами согласился, и представить таким образом, чтобы увеличить

заботочность клиента и его знания своих проблем. Одновременно с этим необходимо работать над повышением самоуважения и уверенности в способности к изменению ситуации. Попробуйте сделать это с клиентом в самом начале беседы. Как после этого изменилось поведение клиента?

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

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

#### 4. Приемы и техники МЕТ

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

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

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

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

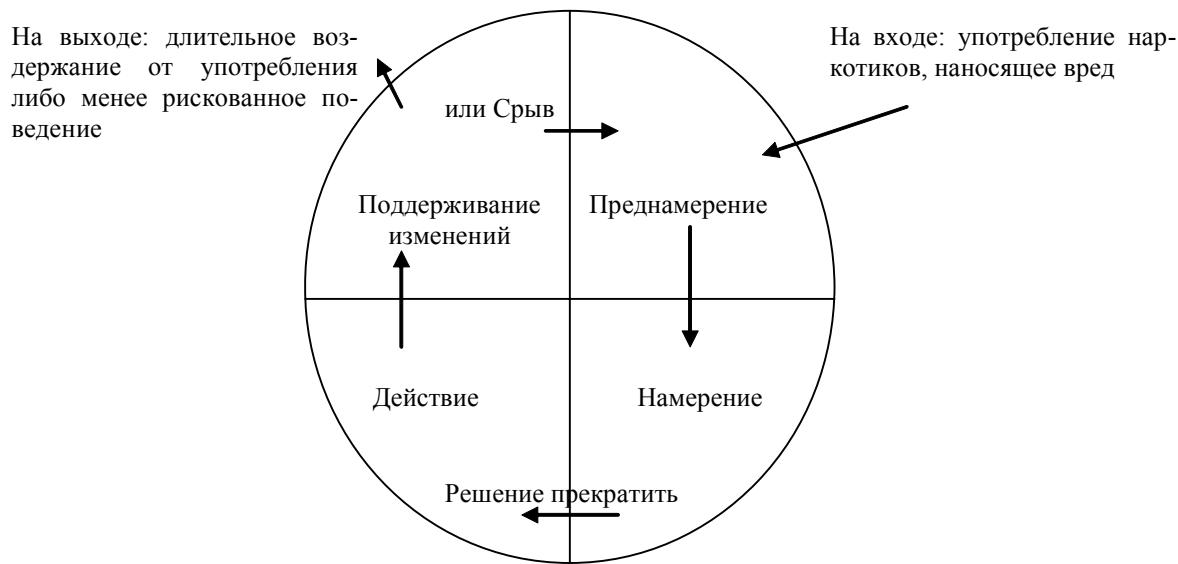
- На второй сессии может быть проведена структурированная оценка факторов личностно-средового взаимодействия, истории и последствий зависимости клиента.

- Возможны 2 варианта диагностики мотивационной сферы наркозависимых, особенности которых излагаются ниже.

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

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

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



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

#### Описание стадий изменения поведения:

- Стадия преднамерения (предварительная, допроблемная стадия)

Среди людей, находящихся на этой стадии, можно встретить т. н. «счастливых потребителей», которые вообще не задумываются о своем употреблении алкоголя или наркотиков. Для человека на этой стадии выгоды от употребления значительно перевешивают ущерб, и поэтому он будет с недоверием относиться к заявлениям со стороны других о том, что такое поведение наносит ему вред, или даже будет игнорировать такие заявления вообще. На данном этапе рано вести речь об осознанных изменениях в поведении.

- Стадия намерения (первые мысли, размышления о проблемах, связанных с употреблением вещества)

Можно сказать, что люди переходят на данную стадию, когда начинают испытывать двойственные чувства, колебания или сомнения по отношению к употреблению ими наркотиков. То есть, с одной стороны, употребление наркотиков приносит удовлетворение, а с другой - вызывает проблемы и заставляет о них всерьез задуматься. Для человека на

этой стадии, в принципе, характерно стремление избавиться от проблем, вызванных употреблением, но при этом продолжать употреблять наркотики. Таким образом, он находится в нерешительности. Признаком нахождения на стадии намерения является то, что человек не включает изменения в свои планы на ближайший месяц. Несмотря на то что человек на данной стадии видит только следствия, но не причину проблемы, и не включает изменения в свои планы, такого понимания вполне достаточно, с точки зрения снижения вреда, для того, чтобы начать дезинфицировать, менять инструментарий и т. п.

- Стадия принятия решения и подготовка к действиям

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

---

#### *- Стадия активных действий*

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

#### *- Стадия поддержания изменений*

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

#### *- Срыв (необязательная стадия изменений)*

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

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

Точная диагностика определения стадии готовности к изменениям, на которой находится клиент (пациент) сопряжена с необходимостью использования по крайней мере одной из существующих экспериментально-психологических методик (Ялтонский В.М., Колпаков Я.В., 2007; Байкенов Е.Б., 2008). Что вряд ли возможно в условиях экспресс-консультирования. И, том более, в «полевых» условиях оказания первичной наркологической помощи.

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

Для проведения анализа глубины расстройств каждый блок выделенных особенностей (биологических, социальных, психологических, духовных) имел балльную оценочную шкалу, по которой расстройства, выраженные в незначительной степени,

оценивались в 1 балл; умеренно выраженные — в 2 балла; расстройства, выраженные в достаточной степени, имели оценку 3 балла; ярко выраженные — 4 балла.

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

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

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

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

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

чение нескольких дней, у больных появляется разного рода вегетативные расстройства, т.е. начинает формироваться физическая зависимость.

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

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

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

При уровне расстройств, имеющих критерий выражены в достаточной степени, - влечение к ПАВ становится уже клинически очерченным. Вместе с тем к проявлениям зависимости существует двойственное отношение. С одной стороны, больные осознают необходимость приема ПАВ, с другой, сохраняется «уверенность» в том, что в любой момент они могут осознанно прекратить этот прием. Попытки прекратить употребление ПАВ приводят к появлению характерных симптомов абstinенции. Иными словами, при этом уровне расстройств уже в достаточно выраженной степени проявляются явления физической зависимости. Мысли больного поглощены поиском и приобретением ПАВ. Наркотические вещества и все, что с ними было связано в сознании больных, становится доминирующими. Все остальное отодвигается на задний план. Тolerантность резко возрастает, преоблада-

ет внутривенный способ введения, изредка ингаляционный, или пероральный, четко устанавливается кратность приема, хотя временные периоды приема могут еще разниться.

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

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

Суммарная оценка этих расстройств составляет 12 баллов.

При ярко выраженных расстройствах влечение к ПАВ становится интенсивным, нередко приобретая характер компульсий. Оно начинает

полностью определять весь образ жизни больного, все его мысли, полностью заполняя сознание, «пронизывая» личность сверху донизу. Эпизодические попытки прекратить употребление ПАВ приводят к появлению мучительных симптомов специфической абстиненции. При этом уровне расстройств большой наркоманический синдром полностью сформирован. Наркотические вещества и все, что с ними связано, становятся главной и единственной целью и ценностью в жизни, все остальное несущественным. Тolerантность достигает своего максимума, способ введения становится исключительно (для опиатов) внутривенным, четко устанавливались кратность и временные периоды приема ПАВ.

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

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

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

Интеллектуальная сфера также претерпевает дальнейший регресс и полностью подчинена «обслуживанию» зависимости от ПАВ. Оставшийся потенциал этой сферы направлен на поиск, приобретение ПАВ. Заметно снижается память. Вне интоксикации больные крайне вялы и пассивны. У

подавляющего большинства из них выражено проявление анергии. Мотивационная сфера деятельности, не связанная с поиском или приобретением ПАВ, практически отсутствует. В духовной сфере отмечалось глубокое выхолащивание. Больные полностью утрачивают былые привязанности, интересы, увлечения, живут мыслями, связанными только с поиском и приобретением ПАВ. Появляются безразличие, пассивность, пессимизм. Жизнь измеряется временем от приема до приема ПАВ без всякой реальной перспективы. Следует отметить, что у некоторых больных на данной стадии, на фоне интенсивного влечения отмечается снижение толерантности. Вместе с тем, временные интервалы приема ПАВ, в отличие от основной массы, заметно короче. Деградация в социальной, психологической и духовной сферах у них чрезмерно выражена. Любые позитивные предложения в отношении изменения образа жизни, связанные с проведением тех или иных реабилитационных мероприятий, вызывают у них негодование, состояние бессильной злобы и ярости. В подавляющем большинстве случаев этих больных отличает полная анергия. Они оживляются, лишь когда речь заходит о наркотических веществах. Суммарная оценка выше перечисленных расстройств составляет 16 баллов.

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

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

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

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

они могут быть источником для приобретения наркотических средств.

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

*Уровень 1* характеризуется отсутствием мотивационных установок на проведение специальных лечебно-реабилитационных мероприятий и мероприятий по реконструкции личности, но готовностью, принять и использовать программы по снижению вреда от употребления ПАВ.

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

При *уровне 2* мотивационных установок на проведение лечебно-реабилитационных и реконструктивных мероприятий у больных появляется мотивация только на купирование тяжелых абстинентных расстройств. Как правило, период полного воздержания от употребления ПАВ у них не превышает 7-10 дней. В дальнейшем они пытаются принимать наркотики с большими интервалами, стремясь перейти на малые дозы ПАВ, но вскоре, спустя максимум 1,5 мес., возвращаются к привычному стереотипу. Больные с этим уровнем установки в течение довольно длительного времени (2-3 года) помногу раз обращаются за краткосрочной помощью. Следует отметить, что в процессе лечения с использованием технологий МЕТ в этой групп-

пе появляются больные с мотивацией на проведение более длительного и полного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий в специальных учреждениях. Данный уровень мотивационных установок отмечается у 25-27% больных с зависимостью от ПАВ. Это в основном больные с относительно длительным периодом употребления ПАВ, чаще со второй стадией заболевания и выраженными расстройствами во всех четырех сферах, с оценкой в 12 баллов. Сюда же входила часть больных с умеренно выраженными расстройствами, суммарно набирающих 8 баллов.

При *уровне 3* мотивационных установок на проведение лечебно-реабилитационных мероприятий больные обращаются за помощью даже при наличии источников получения наркотических средств. Особенно активно они прибегают к медицинской помощи при развитии абстинентных явлений. Как правило, по истечении острого периода они строят планы на длительный отказ от употребления ПАВ, включаются в предлагаемый комплекс как стационарных, так и амбулаторных лечебно-реабилитационных мероприятий, соблюдают правила реабилитационного поля (пространства), т.е. прекращают общение с наркоманами, меняют места жительства, не отвечают на условные телефонные звонки, пытаются находить себе занятия. Вместе с тем, больные с таким уровнем установок допускают мысли об употреблении «безвредных, легких» наркотических средств, таких, как марихуана, гашиш, или об эпизодическом употреблении привычного наркотика. Как правило, длительность ремиссий у них непродолжительна, не более 3-3,5 мес. Следует отметить, что у этих больных даже незначительные позитивные сдвиги формировали перспективу и придавали уверенность в положительном исходе лечебно-реабилитационного процесса. У подавляющего большинства больных с таким уровнем мотивационных установок расстройства – в биологической, социальной, психологической и духовной сферах – оцениваются как умеренно выраженные, с суммарной оценкой в 8 баллов. Вместе с тем, встречаются и больные, у которых расстройства в этих сферах достигают суммарно 12 баллов, а у незначительной части больных – 4 балла. Во всей популяции больные с этим уровнем мотивационных установок на проведение лечебно-реабилитационных и реконструктивных мероприятий составляют 15-17%.

Больные с *уровнем 4* мотивационных установок на проведение лечебно-реабилитационных и реконструктивных мероприятий более осознанно подходят к проведению всего комплекса воздействий, реально оценивают финал зависимости от ПАВ, активно ищут контактов с врачами, строят планы на абсолютное воздержание от любых ПАВ, и даже легких, и алкоголя, проявляют интерес к новым методам терапии, интересуются существу-

ющими лечебно-реабилитационными программами, центрами, где используются те или иные программы. Они stoически переносят острый период абстиненции, активно работают в психотерапевтических группах, сотрудничают с врачами, строго выполняют все рекомендации. После выписки жестко соблюдают правила реабилитационного поля, вступают в различные сообщества анонимных наркоманов, готовят себя к длительному пребыванию в учреждениях реабилитационной направленности. Вместе с тем, такие объективные факторы, как невозможность в запланированные периоды времени попасть в эти учреждения, те или иные проблемы с оформлениями документов, или проблемы материального характера вызывают у них разочарование, неверие, пассивность и приводят к «срывам». Как правило, ремиссии у этих больных могут продолжаться до 4,5-5 мес., но даже после «срывов» они заново начинают проходить все эти этапы. В популяции наркозависимых такие больные составляют от 9 до 11%. Значительная часть таких больных формируется со временем из предыдущей группы, т.е. из больных, у которых уровень расстройств в биологической, социальной, психологической и духовной сферах оценивается как умеренно выраженный, с оценкой в 8 баллов. Встречаются больные и с более глубоким уровнем расстройств, достигавшими 12 и даже 16 баллов. Больные с незначительным уровнем расстройств, имеющие суммарную оценку 4 балла, составляют, обычно, небольшую долю.

Больные с уровнем 5 мотивационных установок на проведение лечебно-реабилитационных и реконструктивных мероприятий в прогностическом отношении являются наиболее благоприятными из всех перечисленных групп. Нередко эта часть наркозависимых, прошедшая весь путь болезни, но сохранившая свое личностное ядро, у которой под воздействием незримого, иногда даже непонятного для самого больного стечения как внутренних, так и внешних обстоятельств появляется твердое непоколебимое убеждение кардинально все изменить. Как отмечают сами больные, это происходит как «озарение», какое-то «просветление». Эти больные, несмотря ни на какие трудности и длительности сроков (иногда несколько лет), активно проходят все этапы лечебно-реабилитационных и реконструктивных мероприятий, становятся активными поборниками жизни без каких-либо ПАВ, включая и алкоголь. Из них в дальнейшем формируются бригады волонтеров, работающих в тех или иных лечебно-реабилитационных и реконструктивных программах для наркоманов. Эти больные, продолжая функционировать в реабилитационных центрах в качестве уже штатных сотрудников, несут мощный психотерапевтический заряд для новичков, являясь тем «цементирующими» материалом, который во многом обеспечивает успешную деятельность ре-

абилитационных центров. Больных с таким уровнем установок немного – 3-4% от общей популяции зависимых от ПАВ. Как ни парадоксально, подавляющее большинство из них обнаруживало высокий уровень расстройств, достигавший суммарной оценки 12 и даже 16 баллов.

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

#### *4.2. Технологии мотивационного собеседования*

Мотивационное собеседование является основной рабочей технологией МЕТ.

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

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

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

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

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

#### *Вопросы*

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

Вопросы условно можно разделить на открытые и закрытые. К открытым вопросам относят вопросы, на которые нельзя ответить кратко, несколькими словами. Такие вопросы поощряют других людей к разговору и позволяет вам получить

максимум информации. Один из самых полезных при беседе открытых вопросов: «Вы могли бы привести конкретный пример?».

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

Пример:

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

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

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

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

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

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

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

Итак, важно запомнить:

- Вопросы помогают начать интервью.
- Вопросы помогают детализировать и обогащать интервью.
- Вопросы помогают устанавливать конкретные факты из жизни клиента.
- Вопросы играют ключевую роль при всесторонней оценке проблемы (схема репортера).

- Первое слово некоторых открытых вопросов часто определяет характер высказываний клиента.

- Вопросы могут быть использованы для того, чтобы контролировать чувство комфорта и темп ведения интервью.

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

Возможные проблемы, связанные с задаванием вопросов:

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

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

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

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

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

росом, который вызывает чувство, как будто нас допрашивают.

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

#### *Отражающее (рефлексивное) слушание*

Слушание бывает двух видов:

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

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

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

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

Таким образом, отражающее слушание позволяет консультанту:

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

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

#### *Формулировка отражающих утверждений*

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

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

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

Удобно начинать отражающие утверждения со вступительных слов, например:

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

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

#### *Подытоживание*

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

Консультант можете использовать подытоживание для того, чтобы:

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

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

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

---

---

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

#### *Поощрение и поддержка*

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

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

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

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

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

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

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

- Высказывания клиента, когда он осознает проблему (например, «Думаю, это более серьезно, чем я считал раньше»).

- Высказывания клиента, которые отображают его эмоции и чувства по поводу озабоченности осознанной проблемой (например, «Я действительно обеспокоен тем, что со мной происходит»).

- Высказывания клиента, выражающие явное или скрытое намерение изменить поведение (например, «Я должен с этим что-то сделать»).

- Высказывания клиента, выражающие оптимизм по поводу способности измениться (например, «Я знаю, что, если я попытаюсь, я действительно смогу это сделать»).

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

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

Что заставляет Вас думать, что это проблема?

Какие сложности у Вас возникали в связи с употреблением наркотиков?

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

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

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

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

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

Что Вы чувствуете по поводу употребления?

Насколько Вас это беспокоит?

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

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

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

Почему Вы считаете, что Вам нужны изменения?

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

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

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

---

Что Вы на данный момент думаете об употреблении Вами наркотиков?

Какие преимущества того, чтобы все изменить?

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

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

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

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

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

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

*Как способствовать изменениям, не вызывая сопротивления*

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

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

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

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

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

#### *Профессиональная реакция на сопротивление*

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

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

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

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

- Признать сопротивление клиента. Например: «Вы не можете понять, отчего у Вас возникают проблемы с наркотиками, в то время как у Ваших друзей, по всей видимости, никаких проблем нет» (простое отражение).

- Ответить клиенту в усиленной или преувеличенной форме, чтобы обнажить другую сторону противоречия в его высказывании. При этом следует избегать саркастического тона, а лишь слегка подчеркнуть основные слова. Например: «Если у Ваших друзей не возникает никаких проблем с употреблением наркотиков, то и Вам нечего беспокоиться» (усиленное отражение).

- Консультант выслушивает клиента и сам формулирует другую сторону двойственности мыслей клиента по этому поводу. При этом он использует то, что было сказано самим клиентом: «Мне кажется, что Вам действительно очень трудно во всем разобраться. С одной стороны, Вы пришли сюда потому, что испытываете беспокойство оттого, что колетесь, и от того, как это на Вас влияет. Но, с другой стороны, Вы, похоже, употребляете наркотики не больше ваших друзей» (двухстороннее отражение).

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

#### *Простое отражение*

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

---

---

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

#### *Усиленное отражение*

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

#### *Двустороннее отражение*

Эта стратегия ответа предполагает принятие сказанного клиентом и в то же время подчеркивание его противоположных по значению высказываний. Для этого нужно использовать информацию, которую клиент предоставил ранее, не обязательно во время этой встречи, а возможно несколько ранее.

#### *Смещение фокуса*

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

#### *Согласие со смещением*

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

#### *Перестройка сказанного (рефрейминг)*

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

#### *Неожиданное принятие стороны собеседника*

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

Таким образом, работу с сопротивлением можно использовать для достижения положительных

результатов. С помощью адекватного реагирования можно изменить восприятие ситуации клиентом.

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

- Используйте отражающее слушание, простое, усиленное или двухстороннее отражение сказанного или чувств, которые за этим стоят.
- Измените направление беседы: вернитесь к теме, где вы чувствуете себя уверенно, а клиент спокойно.
- Подчеркивайте личный выбор - решает сам клиент, а вы только помогаете ему в рассмотрении.
- Извинитесь: признайтесь, что вы сделали ошибку, затронув эту тему, и сожалеете об этом.
- Используйте перестройку сказанного: предложите новые значения того, что сказал клиент.
- Соглашайтесь, но со смещением.
- Используйте неожиданное принятие другой позиции: зайдите противоположную позицию, отстаивайте мнение, что меняться не нужно.

#### *Как развивать разговор об изменении поведения*

Задачи для беседы консультанта и клиента, направленной на изменения:

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

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

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

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

Описываются следующие основные стратегии для проведения консультации по методу МЕТ:

1. Начальная стратегия 1: заведите с клиентом разговор о его образе жизни, существующих стрессах и проблемах и об употреблении наркотиков.
2. Начальная стратегия 2: поговорите о здоровье и употреблении наркотиков, о социальной си-

туации и употреблении наркотиков, ... (работа, другое) и употреблении наркотиков.

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

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

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

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

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

8. Сопровождайте в принятии самостоятельного решения.

Ниже эти стратегии будут рассмотрены более детально.

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

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

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

открыто выражает озабоченность своим поведением, можно переходить к использованию стратегий 7 и 8. Если клиента не волнует его поведение, нужно использовать стратегии 5 и 6.

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

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

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

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

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

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

Задача при использовании данной стратегии следующая: развить и закрепить доверительные отношения, помочь клиенту детально рассказать о своем нынешнем поведении без упоминания слов «проблемы» или «ненормально», «так нельзя» и в ходе беседы оценить более детально его степень готовности к изменениям. Поэтому очень важно во время разговора собирать подходящую информацию для составления такой оценки. Для этого расспрашивайте о событиях дня, и в процессе анализа вместе с клиентом, сосредоточивайте внимание на поведении и чувствах (с помощью отражения чувств). С вашей стороны основной вклад в разговор на данном этапе заключает-

ся в задавании простых и откровенных вопросов, побуждающих клиента рассказывать и анализировать то, что он рассказывает. Следует уделять внимание словам и фразам клиента, намекающим на его отношение к тому, как он сейчас живет (например, «надоело, каждый день одно и то же», или наоборот «а что - ну день как день, ничего необычного, все как всегда, все нормально»).

Очень важно, чтобы консультант старался задавать наиболее подходящий темп, когда рассматриваются события обычного дня. Необходимо ускорять темп разговора, например, с помощью новых, уточняющих вопросов, если рассмотрение проходит слишком медленно и клиент застrevает на мелких, незначащих деталях. И возвращать клиента назад к предыдущим вопросам и темам, если они рассматривались слишком быстро, без должного внимания. Если клиент демонстрирует неготовность обсуждать некоторые вопросы на данном этапе, необходимо это принять как должное и вернуться к обсуждению этих вопросов немного позже. Рассмотрение содержания обычного дня позволяет решить важную задачу - повысить понимание клиентом взаимосвязи между употреблением наркотиков и тем, что происходит с его жизнью.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Спросите клиента об отрицательных сторонах его употребления, например:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

Предоставляйте информацию клиенту не сразу, а поэтапно. Для начала убедитесь в том, что клиент готов воспринимать информацию (находится в трезвом состоянии, готов вас внимательно слушать и заинтересован что-то от вас узнать). Вначале получите разрешение клиента на сообщение информации, используя такие вопросы как: «Скажите, Вам интересно будет узнать о том, к каким последствиям приводит..?» «Хотите узнать больше о том, как..?», «Вас интересует..?» Постарайтесь обеспечить готовность клиента воспринимать то, что вы скажете, и только затем переходите к предоставлению информации. Саму информацию сообщайте в общем, нейтрально, как бы безотносительно к клиенту и ссылаясь на то, что обычно случается с людьми в общем, а не с данным конкретным клиентом. После предоставления информации поинтересуйтесь реакцией клиента, например, с помощью такого открытого вопроса: «Что Вы думаете по этому поводу?»

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

*Стратегия 6. Обсудите будущее (возродите планы, мечты и желания) и настоящее (текущая жизнь и наркотики): сравните это так, чтобы зародить поводы для размышлений.*

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

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

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

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

«Каким люди Вас помнят?»

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

«У Вас есть мечта? Нереализованное желание?»

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Подведите итог после того, как клиент попытался соотнести употребление наркотиков со своими жизненными целями, например: «Что ж, по Вашим словам, Вы хотели бы (сказать о планах и будущем клиента), но сейчас у вас (о текущей ситуации и употреблении наркотиков), и ваши чувства и мысли по этому поводу...»

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

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

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

Лучше начать с вводного вопроса к клиенту: «После того, как мы уже многое с Вами обсудили, какие опасения у Вас есть по поводу Вашего употребления наркотиков?» или «Какие опасения у Вас есть по поводу Вашего употребления наркотиков?» Затем подытожьте сказанное клиентом в ответ, например: «То есть Вы говорите о том, что...». Задай-

те следующий вопрос: «А что еще Вас пугает (смущает, беспокоит) по поводу Вашего употребления? Что еще? Что еще?». Продолжайте до тех пор, пока все опасения не будут высказаны. После каждого ответа клиента делайте краткое подытоживание.

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

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

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

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

Эта стратегия может быть использована для тех клиентов, которые уже показывают некоторое желание обдумывать решение по поводу изменения. Не нужно торопить клиента с принятием решения. Любому человеку следует хорошенько обдумывать каждый шаг в жизни, который он собирается сделать. Однако следует помнить, что клиент может отложить принятие решения в долгий ящик и потом забыть о нем вообще. Часто это происходит потому, что клиент все еще боится изменений и того, что они принесут, недостаточно верит в себя, для того чтобы измениться. Давайте время клиенту обдумать все хорошенько, но всегда предлагайте делать это с вашим участием - предлагайте де-

литься всеми мыслями, сомнениями, колебаниями. Слушайте, спрашивайте, подводите итоги сказанному и... ждите. Бывает иногда сложно удержаться от соблазна «поднажать» на клиента, однако помните, что в таком случае он упрется. Поэтому вместо рассмотрения одного направления действий (например, измениться), показывайте клиенту различные варианты развития ситуации в будущем и того, что он может предпринять сейчас. Можно описать, как вели себя другие в этой ситуации. Подчеркивайте, что «Вы сами лучше всех можете определить то, что для Вас лучше».

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

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

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

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

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

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

#### 4.4. Обсуждение плана действий

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

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

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

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

Поддержите клиента, выразив свою веру в его самостоятельность, например: «Похоже, Вы серьезно настроены сделать... Смотрите, у Вас есть четкое представление, что нужно делать, и это значит, что Вы этого добьетесь, даже без особой помощи со стороны других!»

На этом основной этап мотивирования закончен. Клиент подошел к стадии принятия решения и активных действий. Необходимо продолжать поддерживать контакт с клиентом и действовать дальше согласно схеме работы консультанта с клиентом на разных стадиях изменения поведения (схема 1).

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

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

*Общая схема стадий изменения поведения и алгоритма MET*

<b>Стадия изменения и характеристики стадии</b>	<b>Задачи консультанта</b>	<b>Что предпринимать для выполнения задач (подробнее о действиях консультанта в следующих главах)</b>
<b>Стадия преднамерения</b>  Человек не задумывается над необходимостью изменений. Осознание позитивов употребления значительно перевешивает негативы	Заронить сомнение - способствовать осознанию рисков и проблем, связанных с практикуемой моделью поведения	Установить взаимопонимание. Принять недостаток готовности. С самого начала прояснить ситуацию: решения принимает сам клиент. Предлагать и предоставлять информацию в нейтральной, не осуждающей манере. Объяснять риск и рассмотреть его в отношении к клиенту Предложить информацию, которая будет способствовать снижению вреда. Поощрять переоценку существующей модели поведения. Поощрять самоанализ, а не действия.
<b>Стадия намерения</b>  Человек испытывает двойственность по поводу изменений. Находится в нерешительности. Не включает изменения в свои планы на ближайший месяц	Определить и развить причины для изменений и риски, связанные с отсутствием изменений. Укреплять самостоятельность и уверенность в собственных силах относительно изменения поведения	Принять недостаток готовности. Прояснить ситуацию: решения принимает сам клиент. Проанализировать с клиентом хорошее и не очень хорошее в употреблении наркотиков. Проанализировать схему обычного дня. Поощрять анализ оценку всех «за» и «против» изменения поведения. Понять, обобщить и высказать колебания и сомнения клиента по поводу изменений. Подчеркивать новые, положительные перспективы изменений, обнаруженные в результате анализа и оценки. Отслеживать и отражать, усиливая высказывания клиента, направленные на побуждение самого себя. Избегать соблазна предлагать доводы в пользу изменения (необходимо поощрять самого клиента делать это)
<b>Стадия подготовки к действиям</b>  Человек принимает решение измениться и делает первые попытки - «пробует воду». Планирует начать изменения уже в течение одного месяца	Помочь человеку наметить оптимальный план действий, направленных на изменения	Изучить вместе варианты и стратегии поведения. Определить проблемы и препятствия, поддержать в их преодолении. Помочь клиенту определить возможные источники социальной поддержки. Помочь клиенту поверить в его скрытые способности для осуществления изменения поведения. Поощрять небольшие начальные шаги
<b>Стадия действий</b>  Человек пробует вести себя по-новому в течение 3 - 6 месяцев	Поддержать клиента в его первых шагах к изменениям	Помочь в процессе определения целей, в планировании. Поддержать при решении проблем. Помочь в определении препятствий изменений и факторов, поддерживающих и закрепляющих изменения. Сосредоточиться на признаках изменения и социальной поддержке. Укреплять самостоятельность и уверенность в собственных силах при преодолении препятствий. Помогать преодолевать чувство утраты прежнего образа жизни. Проговаривать и укреплять понимание долговременных преимуществ изменения
<b>Стадия поддержания изменений</b>  Человек длительное время (от 6 месяцев до 5 лет и более) придерживается нового образа поведения	Поддержать клиента в определении факторов срывов и помочь разработать и применить стратегии профилактики срывов	Поддержать клиента в побуждении самого себя. Обсудить возможность противостояния срывам. Определить стратегии преодоления срывов, которые дали хороший результат. Исследовать и спрогнозировать факторы, которые могут вызвать срыв. Составить план поддержки (близкие, группы само помощи, консультант)
<b>Стадия срыва</b> (необязательная стадия)  Человек возвращается к прежним моделям поведения	Помочь клиенту вернуться к процессу размышлений, подготовки к действиям, чтобы он не разочаровался и не застрял на прежних моделях поведения после срыва	Помочь клиенту проанализировать случившийся срыв. Поддержать клиента в рассмотрении срыва как полезного опыта, а не как провала. Оценить вместе ситуации, связанные с высоким риском. Сосредоточиться на всех «за» и «против» того, чтобы немедленно вернуться к попыткам изменить поведение

---

### *Консультант навязывает клиенту цель изменений*

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

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

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

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

Часто кажется, что консультанты в области зависимостей боятся обсуждать свои взгляды, теории и идеи, лежащие в основе их подходов с самими клиентами. Это кажется странным. Клиент, который хочет начать лечение для того, чтобы не потерять работу из-за чрезмерного потребления нар-

котиков, может вовсе не собираться прекращать употреблять их совсем, и также не готов к тому, чтобы обсуждать с консультантом свои семейные проблемы, которые (по мнению консультанта) и являются причиной его злоупотребления наркотиками. Наш воображаемый консультант, однако, лишь в очередной раз укрепляется в мысли о том, что все наркозависимые отрицают свои реальные проблемы и не мотивированы к тому, чтобы перестать употреблять.

*Неспособность консультанта обходиться без поощрения в виде прогресса клиента*

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

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

Представление о том, что «раз зависимость появилась, от нее уже никуда не денешься», вовсе не вдохновляет нас и наших клиентов к вере в возможность перемен. Если консультант - сознательно или бессознательно - согласен с этим утверждением, он «заражает» этой точкой зрения и своих клиентов. А уж если сами клиенты начнут в это верить, то утверждение неизбежно обернется еще одним самореализующимся пророчеством.

*Обвинение клиентов в их проблемах*

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

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

---

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

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

#### *4.6. Критерии эффективной работы*

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

- Консультант говорит медленно и спокойно.
- Клиент говорит гораздо больше, чем консультант.
- Он говорит об изменении поведения.
- Консультант внимательно слушает и направляет интервью в соответствующие моменты.
- Заметно, что клиент серьезно работает, может быть, некоторые вещи он начинает осознавать первый раз.
- Клиент спрашивает информацию и советуется.
- Возникает чувство, что консультант держит холст, который клиент наполняет краской.

### **5. Сочетание МЕТ с другими подходами к мотивированию зависимых от ПАВ**

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

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

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

Таким образом, внешние воздействия и условия (в виде наличия/отсутствия, например, обустройства быта, трудоустройства, возможности для отдыха и восстановления душевных и физических сил, транспорта, качества помощи по принципу «равный - равному», других видов социальной поддержки) могут также помогать или затруднять изменения.

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

И те, и другие виды препятствий устранимы.

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

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

Очень часто внимание сосредотачивают только на внутренних мотивирующих факторах. Это явление основывается на вере в то, что внутренние намерения являются важнейшим фактором, предопределяющим результат - изменение поведения. К тому же работа с внутренними факторами менее обременительна в плане затрат (например, помогать клиенту в принятии решения, формировании знаний и преодолении страхов и опасений можно, не выходя из консультационного пункта).

Наряду с тем, что существует много доказательств того, что качество принятого решения (хочу, могу и буду с учетом всех «за» и «против») сильно влияет на изменение поведения, многие подходы, которые основываются на первостепенном значе-

*Мотивационная матрица зависимых от ПАВ*

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

ния внешних факторов изменений (социальная поддержка и др.), могли бы привести немало веских доказательств в свою пользу.

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

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

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

Способность консультанта сделать необходимую и полезную отсылку будет зависеть от знакомства с ресурсами, существующими в регионе. По-

лезно помнить, что отсылка (перенаправление) - это способ предоставить дополнительную информацию, но не рецепт, назначение, которому клиент должен последовать. Забывая об этом и советуя клиенту обратиться куда-либо слишком директивно, консультант рискует вызвать сопротивление и нежелание больше обращаться к нему или куда-либо вообще.

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

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

---

---

**Литература:**

1. Декало Е.Э. К вопросу о применении мотивационной терапии в реабилитации лиц с синдромом опиоидной зависимости // Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины». – СПб, 2006. – С. 157.
2. Новиков Е.М., Валентик Ю.В., Дрейзин А.А., Соболев Е.С. Комплексная оценка статуса и уровня мотивационных установок на проведение реабилитационных и реконструктивных мероприятий у больных с зависимостью от психоактивных веществ // Ж. Наркология. – 2009. – № 11. – С. 60-68.
3. Райzman Е.М. Мотивация и проблема интегрированности в психотерапии наркологических больных // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 147-148.
4. Ялтонский В.М. Теоретическая модель мотивации на лечение и профилактика зависимости от ПАВ // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 225-226.
5. Miller W. and Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing to Change Addictive Behaviour (New York, Guildford Press, 1991) – 516 p.
6. Rollnick S., Mason P., Putler C. Health Behavior Change. — A Guide for practitioners; Churchill Livingston, 1999. - 225 p.
7. Stephens R.S., Roffman R.A. and Simpson E.E. Treating adult marijuana dependence: a test of the relapse prevention model // Journal of Consulting and Clinical Psychology, No. 62, 1994, pp. 92-99.
8. Saunders B., Wilkinson C. and Phillips M. The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme // Addiction, No. 90, 1995, pp. 415-424.
9. Miller W.R. What is a relapse? Fifty ways to leave the wagon // Addiction. - 1996. P. - 15-25.
10. Miller W.R. Motivation Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach. Approaches to Drug Abuse Counseling. - NIDA, 2000. - P. 99-106.
11. Stephens R.S., Roffman R.A. and Curtin L. Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use // Journal / of Consulting and Clinical Psychology, No. 68, 2000, pp. 898-908.
12. Copeland J., and others. A randomised controlled trial of brief interventions for cannabis problems among young offenders // Drug and Alcohol Dependence, vol. 63, supplement 1, 2001, p. 32.
13. Copeland J. and others. A randomised controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions for cannabis use disorder // Journal of "Substance Abuse Treatment, No. 21, 2001, pp. 55-64.
14. Miller W.R., Yahne C.E. and Tonigan J.S. Motivational interviewing in drug abuse services: a randomized trial. // J Consult Clin Psychol. 2003; 71: 754-63.

## КОНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ ТЕОРИЯ ШИЗОФРЕНИИ И ТРАДИЦИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ В ИЗУЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

А.С. Старицын, С.С. Кирилюк

Вот уже более ста лет как шизофрения не даёт покоя психиатрам. В 1933 году известный психиатр-историк Ю. Каннабих писал: «Приходится констатировать поистине трагическое положение нашей науки с её беспомощностью в разрешении проблемы шизофрении, этой основной проблемы всей теоретической и практической психиатрии» [3].

К сожалению, эти слова не утратили своего значения и сегодня. Как нам представляется, решение проблемы шизофрении должно быть неразрывно связано с традициями отечественной психиатрии, которые отражают лучшие передовые взгляды, свойственные всей отечественной медицине. Это, прежде всего, рассмотрение организма человека как целостной системы, функционирование кото-

рой осуществляется в неразрывной связи с внешней и, прежде всего, социальной средой, оказывавшей формирующее влияние на центральную нервную систему, определяя психическое развитие человека. Второй особенностью является принцип нервизма, то есть распространение влияния нервной системы на возможно большее количество деятельности организма. Третьей особенностью является учёт роли наследственности в функционировании организма как здорового, так и больного человека.

Переходя к патологии, следует отметить стремление отечественных врачей к поискам материального субстрата болезни, включая все уровни жизнедеятельности организма и, во-вторых - рассмот-

рение болезни в динамике. Классическим примером является рассмотрение П.Б. Ганнушкиным клиники психопатий не только в статике, но и в динамике [2].

Применительно к изучению проблемы шизофрении большого внимания заслуживает утончённый, трезвый клиницизм, свойственный отечественным психиатрам. Справедливости ради, всем нам следует помнить о том, что именно описания В.Х. Кандинским идеофрении и С.С. Корсаковым дизной предвосхитили и в наибольшей степени соответствовали тем клиническим проявлениям, которые позднее были представлены Е. Блейлером как шизофрения [8].

И, наконец, не следует забывать ещё об одной традиции отечественной психиатрии – рассмотрении психического заболевания с позиций материалистической психологии и психопатологии, неразрывно связанных с философией диалектического материализма и учением И.П. Павлова и его школы о высшей нервной деятельности. Применительно к шизофрении имеется в виду, прежде всего, изучение личности как важнейшей составляющей широкого понятия конституции, представляющей в нашем современном понимании биосоциальное единство индивида и личности [1]. При этом особого внимания заслуживает изучение типа высшей нервной деятельности, характеризующего личность со стороны динамики нервных процессов и представляющего природную основу характера [5].

Следует подчеркнуть, что именно в понятии конституции заложена возможность целостного, диалектического подхода к рассмотрению такого сложного заболевания как шизофрения. Можно сказать, что уже у С.С. Корсакова, П.Б. Ганнушкина и И.П. Павлова мы находим указания на роль

конституции при изучении психического заболевания [4, 2]. Изучение литературы, данные, полученные в собственных клинико-экспериментальных исследованиях, и клинический опыт позволили уточнить аспекты изучения шизофрении и сформулировать конституциональную теорию данного заболевания [6, 7].

## РЕЗЮМЕ

Обобщение данных литературы, клинического опыта и лабораторных исследований позволило нам сформулировать конституциональную теорию шизофрении. В своей теории мы исходили из широкого понятия конституции как совокупности устойчивых морфологических, физиологических и психологических особенностей свойств организма и личности, обусловленных наследственностью и длительным воздействием среды.

Конституция у лиц, заболевших шизофренией, выступает в роли предрасположения к данному заболеванию. Предрасположение может быть неоднозначным с точки зрения факторов, участвующих в его формировании. Последнее имеет ближайшее отношение к особенностям течения и прогноза заболевания.

Шизофрения – личностно-конституциональное нервно-психическое заболевание, которое представляет самостоятельную нозологическую единицу, развивается в различные возрастные периоды и характеризуется неодинаковым сочетанием внутренних и внешних факторов, участвующих в возникновении заболевания. Такая трактовка шизофрении способствует формированию диалектического понимания единства нормального и патологического состояний и окончательному раскрытию сущности данной патологии.

### Литература:

1. БМЭ. Т.11. Т.27. – М., 1986.
2. Ганнушкин П.Б. Постановка вопроса о шизофренической конституции. Избранные труды. – М.: Медицина, 1964. – С. 58-64.
3. Каннабих Ю.В. Современные проблемы шизофрении / Проблема единства шизофрении. – М.: Медгиз, 1933. – С. 40-44.
4. Корсаков С.С. Курс психиатрии. Т. 2. Изд. 2. – М., 1901.
5. Павлов И.П. Среды. 1949. Т. 1, 2, 3.
6. Старицын А.С. Клинико-экспериментальное исследование локомоторной и висцеральной систем при шизофрении. Дисс. докт. мед. наук. – Челябинск, 1965.
7. Старицын А.С. Основные аспекты и пути изучения шизофрении на современном этапе. Вопросы теории и практики // Актуальные вопросы психиатрии, психотерапии и медицинской психологии. – Челябинск, 2008. – С. 114-118.
8. Bleuler E. Lehrbuch d. Psychiatrie. 1920.
9. Kretschmer E. Körperbau und character. Marburg, 1928. – S. 304.

## НАРКОЛОГИЯ

### ОСОБЕННОСТИ ЦЕННОСТНО-ПОТРЕБНОСТНОЙ СФЕРЫ НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛИЦ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Е.Б. Байкенов

Одним из наиболее важных условий эффективной реабилитации и длительной ремиссии наркозависимого является сформированность мотива на трезвость (Семенова-Полях Г.Г., 2007). Ю.В. Валентик и Н.А. Сирота (2002) также сообщают, что неотъемлемой частью процесса выздоровления является формирование мотивации на выздоровление и позитивное изменение поведения, что делает мотивационное воздействие базовым компонентом реабилитации (Валентик Ю.В., 2001). Задачи формирования, коррекции и поддержания мотивации наркологических больных актуальны на всех этапах лечебно-реабилитационного процесса (Халабуда Л., Семенов С., Домрачева А., 2003). В связи с этим актуальным является изучение мотивации лиц, зависимых от психоактивных веществ, на различных этапах наркологической помощи.

Между тем, существующие концепции мотивации различаются не только теоретическими и терминологическими установками, но и тем, что в них служит объектом исследования (Москвичев С.Г., 1975; Хекхаузен Х., 1986; Якобсон П.М., 1969). Исследователи изучают содержательный и процессуальный аспект мотивации (Леонтьев А.Н., 1977; Насиновская Е.Е., 1988; Вилюнас В.К., 1990; Иванников В.А., Морогин В.Г., 2006).

Важную роль в процессе мотивации занимают ценности и потребности, отражающие содержательную сторону мотивации (Патяева Е.Ю., 1983; Асмолов А.Г., 1985; Морогин В.Г., 2006). По своему функциональному месту и роли в структуре мотивации личностные ценности достаточно очевидным образом относятся к классу устойчивых мотивационных образований или источников мотивации (Асмолов А.Г., 1985). Они побуждают деятельность не непосредственно, а участвуя в порождении конкретно-ситуативных мотивов. И одним из механизмов этого порождения является ситуативная конкретизация ценностей в мотивы (Патяева Е.Ю., 1983). В качестве устойчивых мотивационных образований рассматриваются и потребности, которые также характеризуются трансситуативностью и устойчивостью и оказывают на конкретную деятельность «мотивообразующее» воздействие и под функциональным углом зрения личностные ценности и потребности оказываются, таким образом, не различимы (Леонтьев Д.А., 2003). По мнению Морогина В.Г. (2006) ценостно-потребностная сфера - это номинальная система общественных ценностей, наполненная индивидуаль-

ным потребностным содержанием, отражающая содержательную сторону мотивации.

Целью настоящего исследования являлось изучение ценостно-потребностной сферы наркозависимых лиц, находящихся на различных этапах наркологической помощи.

В исследовании приняли участие наркозависимые в количестве 322 человек. Настоящее исследование предполагало выделение следующих групп наркозависимых:

1) группа № 1 – это наркозависимые лица (n=41), которые являются резидентами программ снижения вреда, сформированная на базе НПО «Туран» (г. Павлодар) и НПО «Жардем» (г. Аксу, Павлодарская обл.);

2) группа № 2 – это наркозависимые лица, находящиеся на стационарном лечении, в Республиканском научно-практическом центре медико-социальных проблем наркомании (n=281).

В ходе исследования группа пациентов стационара была подразделена на следующие подгруппы:

- подгруппа № 1 - пациенты, досрочно прекратившие лечение на первом этапе медико-социальной реабилитации (этап медикаментозной коррекции) (n=51);

- подгруппа № 2 – пациенты, прошедшие этап интенсивной психотерапии и реабилитации (n=140);

- подгруппа № 3 – пациенты, находящиеся на этапе социальной реабилитации (n=90);

Исследование проводилось с помощью методики диагностики внутреннего конфликта – свободный выбор ценностей Е.П. Фанталовой (1997). Основной психометрической характеристикой методики является показатель «Ценность–Доступность». Методика позволяет диагностировать три состояния:

1) внутренний конфликт – это состояние разрыва между потребностью в достижении внутренне значимых ценностных объектов и возможностью такого достижения в реальности. На наш взгляд внутренний конфликт отражает потребностное состояние, то есть актуализированную, но неудовлетворенную потребность;

2) обратное соотношение – это состояние, когда доступность больше чем ценность будет, напротив, означать состояние «внутреннего вакуума», внутренней опустошенности, снижения побуждений;

3) нейтральная зона – это состояние, где потребности желаемого и возможности его удовлетворения, в основном, совпадают.

Для исследования мы использовали следующий набор ценностей/потребностей:

1) ценности/потребности, которые являются базовыми по А. Маслоу (1970) – безопасность, чувство принадлежности, самоуважение;

2) удовольствие – отражает гедонистические тенденции;

3) ценности/потребности, которые отражают специфику исследуемых групп – наркотик, трезвая жизнь и лечение.

Мы провели сравнительный анализ между наркозависимыми лицами, находящимися на этапе снижения вреда, и наркозависимыми лицами, которые находились на стационарном лечении. Полученные данные отражены в таблице 1.

Полученные данные показывают, что в группе № 1 реже чем в группе № 2 отмечаются лица кото-

рые испытывают внутренний вакуум в отношении потребности в удовольствии (2,4% (доверительный интервал – 0,6 $\leftrightarrow$ 12,4%) и 28,8% $\pm$ 5,2% при P<0,01) этот факт указывает на то что в данной группе важными являются гедонистические тенденции которые в то же время являются удовлетворенными. Так среди наркозависимых лиц группы № 1 потребность в удовольствии чаще попадает в нейтральную зону (65,9% $\pm$ 14,5% и 39,9% $\pm$ 5,7% при P<0,01). По всей вероятности основным предметом удовлетворения этой потребности является наркотик, на что указывает тот факт, что в данной группе реже отмечаются лица, у которых наркотик попадает в зону внутреннего вакуума (7,3% (доверительный интервал – 1,8 $\leftrightarrow$ 19,7%) и 28,1% $\pm$ 5,2% при P<0,01) и больше лиц у которых наркотик находится в нейтральной зоне то есть является доступным (82,9%

Таблица 1

*Уровень соотношения «ценности» и «доступности» наркозависимых лиц, находящихся на этапе снижения вреда группы 1 (n=41) и наркозависимых лиц, находящихся на стационарном лечении группы 2 (n=281)*

Ценность/потребность	Характер соотношения	Группа 1 (n=41)	Группа 2 (n=281)	P
Безопасность	внутренний конфликт	26,8% $\pm$ 13,5%	41,3% $\pm$ 5,7%	
	внутренний вакуум	31,7% $\pm$ 14,2%	25,3% $\pm$ 5,0%	
	нейтральная зона	41,5% $\pm$ 15,0%	33,5% $\pm$ 5,5%	
Чувство принадлежности	внутренний конфликт	17,1% $\pm$ 11,5%	43,8% $\pm$ 5,8%	<0,01
	внутренний вакуум	7,3% 1,8 $\leftrightarrow$ 19,7%	8,9% $\pm$ 3,3%	
	нейтральная зона	75,6% $\pm$ 13,1%	47,3% $\pm$ 5,8%	<0,01
Самоуважение	внутренний конфликт	31,7% $\pm$ 14,2%	39,5% $\pm$ 5,7%	
	внутренний вакуум	4,9% 1,2 $\leftrightarrow$ 16,1%	0,7% 0,4 $\leftrightarrow$ 2,7%	
	нейтральная зона	63,4% $\pm$ 14,7%	59,8% $\pm$ 5,7%	
Удовольствие	внутренний конфликт	31,7% $\pm$ 14,2%	31,3% $\pm$ 5,4%	
	внутренний вакуум	2,4% 0,6 $\leftrightarrow$ 12,4%	28,8% $\pm$ 5,2%	<0,01
	нейтральная зона	65,9% $\pm$ 14,5%	39,9% $\pm$ 5,7%	<0,01
Наркотик	внутренний конфликт	9,8% 2,4 $\leftrightarrow$ 23,4%	39,9% $\pm$ 5,7%	<0,01
	внутренний вакуум	7,3% 1,8 $\leftrightarrow$ 19,7%	28,1% $\pm$ 5,2%	<0,01
	нейтральная зона	82,9% $\pm$ 11,5%	32% $\pm$ 5,4%	<0,01
Лечение	внутренний конфликт	19,5% $\pm$ 12,1%	28,8% $\pm$ 5,2%	
	внутренний вакуум	14,6% $\pm$ 10,8%	3,9% $\pm$ 2,2%	<0,05
	нейтральная зона	65,9% $\pm$ 14,5%	67,3% $\pm$ 5,4%	
Трезвая жизнь	внутренний конфликт	48,8% $\pm$ 15,3%	38,4% $\pm$ 5,6%	
	внутренний вакуум	4,9% 1,2 $\leftrightarrow$ 16,1%	11% $\pm$ 3,6%	
	нейтральная зона	46,3% $\pm$ 15,2%	50,5% $\pm$ 5,8%	

$\pm 11,5\%$  и  $32\% \pm 5,4\%$  при  $P < 0,01$ ). Следует также предположить, что наркотик выступает в качестве предмета удовлетворения чувства в принадлежности. Так среди наркозависимых лиц группы № 1, при сравнении с наркозависимыми лицами группы № 2, реже встречаются лица, испытывающие внутренний конфликт в отношении чувства принадлежности ( $17,1\% \pm 11,5\%$  и  $43,8\% \pm 5,8\%$  при  $P < 0,01$ ), и в этой же группе, наоборот, достоверно чаще встречаются лица, у которых потребность в принадлежности находится в нейтральной зоне ( $75,6\% \pm 13,1\%$  и  $47,3\% \pm 5,8\%$  при  $P < 0,01$ ). С другой стороны удовлетворенность потребности в принадлежности может быть обусловлена наркоманическим характером ценностно-ориентационного единства, на которое указывают Ю.А. Россинский., В.Я. Семке., Ж.К. Мусабекова (2006). Этот характер ценностно-ориентационного единства заключается в том, что у наркозависимых отмечается избирательность общения по принципу «свой–чужой» что приводило к тому, что больные, находящиеся в клинико-персонологическом статусе «наркоманической личности» собирались в группы, где единством была наркоманическая атмосфера. По А. Маслоу (1970) доминирующей целью для человека, испытывающего потребность в принадлежности становится групповая принадлежность. В данном случае, по всей видимости, удовлетворяется групповая принадлежность патологического характера. По нашим наблюдениям данная группа наркозависимых находилась в патологическим личностном статусе, который характеризуется наркоманическими смыслами, ценностными ориентациями, установками, приобретает стереотипы поведения, не свойственные ранее индивиду и во многих отношениях противоположные его прежним стереотипам, присущим нормативным личностным образованиям». Основным мотивом наркоманической части личности является употребление психоактивных веществ (Валентик Ю.В., Сирота Н.А., 2002). Это по всей видимости определяет что в группе № 1 чаще отмечаются лица испытывающие внутренний вакуум в отношении лечения ( $14,6\% \pm 10,8\%$  и  $3,9\% \pm 2,2\%$  при  $P < 0,05$ ).

Мы также провели сравнительный анализ среди пациентов группы № 2. В таблице 2 отражены данные анализа, между пациентами, которые досрочно покинули программу медико-социальной реабилитации на этапе медикаментозной коррекции, и пациентами, которые полностью прошли этап психотерапии.

Среди пациентов, досрочно прервавших лечение на этапе медикаментозной коррекции больше лиц с неудовлетворенной потребностью в лечении ( $60,8\% \pm 13,4\%$  и  $25,7\% \pm 7,2\%$  при  $P < 0,01$ ). Данный факт можно объяснить следующим. Группа пациентов досрочно прекратившие лечение на этапе медикаментозной коррекции находилась в патологическом личностном статусе «Я-наркоман». Личностный статус «Я-наркоман» по мере своего формирования проявляется, как ан-

тагонист нормативной жизни и поэтому постоянно живет в угрозе со стороны этой нормативной жизни по отношению к своей власти и своему существованию (Валентик Ю.В., Сирота Н.А., 2002; Россинский Ю.А., Семке В.Я., Мусабекова Ж.К., 2006). Одним из условий прохождения реабилитационной программы является соблюдение ее правил и режима предполагающие нормативный характер активности, следовательно, эти условия не будут согласовываться со специфическими наркоманическими смыслами и соответственно не будут удовлетворять потребности патологического личностного статуса. В данной группе пациентов также больше лиц у которых потребность в безопасности попадает в зону внутреннего вакуума, что указывает на снижение ее побудительной силы ( $54,9\% \pm 13,6\%$  и  $22,9\% \pm 6,9$  при  $P < 0,01$ ). Вероятно, всего патологический личностный статус блокирует данную потребность. Также среди пациентов досрочно прервавших лечение больше лиц у которых потребность в принадлежности является удовлетворенной ( $72,5\% \pm 12,2\%$  и  $49,3\% \pm 8,2\%$  при  $P < 0,01$ ) а среди пациентов которые находятся на этапе психотерапии больше лиц у которых данная потребность является неудовлетворенной ( $15,7\% \pm 9,9\%$  и  $43,6\% \pm 8,2\%$  при  $P < 0,01$ ). Подобная картина складывается и в отношении потребности в самоуважении, в первой группе больше лиц у которых данная потребность попадает в нейтральную зону ( $82,4\% \pm 10,4\%$  и  $60\% \pm 8,1\%$  при  $P < 0,01$ ) в то время как во второй группе лиц испытывающих внутренний конфликт в отношении самоуважения больше ( $17,6\% \pm 10,4\%$  и  $38,6\% \pm 8,0\%$  при  $P < 0,05$ ). Вероятно, это также определяется особенностями патологического личностного статуса. Выше было указано на нарманический характер ценностно-ориентационного единства, авторы также указывают на изменчивый характер самооценки. В случае с самооценкой отмечалось, что в патологическом личностном статусе «Я-наркоман» или «наркоманическая/патологическая личность» субъективно самооценка была неадекватно завышенной как вариант неосознаваемой психологической защиты данного статуса – гиперкомпенсации (Россинский Ю.А., Семке В.Я., Мусабекова Ж.К., 2006) что вероятно будет определять высокую степень самоуважения. По мере актуализации нормативного личностного статуса чувство принадлежности и самоуважения приобретают несколько иной – нормативный характер. Достоверные различия также обнаружены в отношении трезвой жизни. Так у пациентов которые досрочно прервали лечение на этапе медикаментозной коррекции чаще отмечаются лица у которых данная потребность не имеет побудительной силы, то есть попадает в зону внутреннего вакуума ( $39,2\% \pm 10,5\%$  и  $5,7\% \pm 3,8$  при  $P < 0,01$ ) а среди пациентов которые находятся на этапе психотерапии больше лиц у которых данная потребность является неудовлетворенной ( $33,3\% \pm 12,9\%$  и  $56,4\% \pm 8,2\%$  при  $P < 0,01$ ).

Таблица 2

*Уровень соотношения «ценности» и «доступности» пациентов, которые досрочно покинули программу медико-социальной реабилитации на этапе медикаментозной коррекции группа 1 (n=51) и пациентов, которые полностью прошли этап психотерапии группа 2 (n=140)*

<b>Ценность/потребность</b>	<b>Характер соотношения</b>	<b>Группа 1 (n=51)</b>	<b>Группа 2 (n=140)</b>	<b>P</b>
Безопасность	внутренний конфликт	21,6%±11,6%	42,1%±8,1	<0,05
	внутренний вакуум	54,9%±13,6%	22,9%±6,9	<0,01
	нейтральная зона	23,5%±11,6%	35%±7,9%	
Чувство принадлежности	внутренний конфликт	15,7%±9,9%	43,6%±8,2%	<0,01
	внутренний вакуум	11,8%±8,8%	7,1%±4,2%	
	нейтральная зона	72,5%±12,2%	49,3%±8,2%	<0,01
Самоуважение	внутренний конфликт	17,6%±10,4%	38,6%±8,0%	<0,05
	внутренний вакуум	0% 0<>6,9%	1,4% 0,7<>5,3%	
	нейтральная зона	82,4%±10,4%	60%±8,1%	<0,01
Удовольствие	внутренний конфликт	45,1%±13,6%	30%±7,5%	
	внутренний вакуум	11,8%±8,8%	24,3%±7,1%	
	нейтральная зона	43,1%±13,5%	45,7%±8,2%	
Наркотик	внутренний конфликт	51%±13,7%	52,9%±8,2%	
	внутренний вакуум	17,6%±10,4%	17,1%±6,2%	
	нейтральная зона	31,4%±12,7%	30%±7,5%	
Лечение	внутренний конфликт	60,8%±13,4%	25,7%±7,2%	<0,01
	внутренний вакуум	0% 0<>6,9%	5,7%±3,8%	
	нейтральная зона	39,2%±13,4%	68,6%±7,6%	<0,01
Трезвая жизнь	внутренний конфликт	33,3%±12,9%	56,4%±8,2%	<0,01
	внутренний вакуум	39,2%±10,5%	5,7%±3,8	<0,01
	нейтральная зона	27,5%±12,2%	37,9%±8,0%	

Согласно полученным данным среди пациентов, которые продолжили лечение на втором этапе реабилитации основной конфликтной зоной среди базовых потребностей является актуализированная, но неудовлетворенная потребность в безопасности. То есть в данной группе отмечалось больше лиц испытывающих внутренний конфликт в отношении данной потребности (21,6%±11,6% и 42,1%±8,1 при P<0,05). Доминирующим личностным статусом в этой группе пациентов является «диссоциированная зависимая личность» характеризующаяся противостоянием между «нормативной личностью», которая препятствует наркотизации и «наркоманической / патологической» личностью, которая способствует наркотизации. То есть личность диссоциируется. Ю.В. Валентик и Н.А. Сирота (2002) это состояние называют феноменом личностной поляризации. Некоторые исследователи это состояние характеризуют как амбивалентную личность (Керими Н., 1996). На данном этапе отмечается

амбивалентность функций психоактивных веществ: с одной стороны – это компенсаторная и адаптивная, с другой – доминирующе-манипулятивная, декомпенсирующая и дезадаптивная (Россинский Ю.А., Семке В.Я., Мусабекова Ж.К., 2006). Механизм актуализации потребности в безопасности по всей вероятности связан с тем, что личность с одной стороны, будучи нормативной, и исключающая употребление психоактивных веществ сталкивается с условиями нормативной среды. В то же время нормативная личность не имеет достаточного репертуара конструктивных поведенческих стратегий способных справляться с предъявляемыми требованиями среды, что по всей вероятности будет вызывать ощущение угрозы. Другими словами возможность осознания потребности в безопасности обеспечивается нормативным личностным статусом, в то время как реакцией патологического личностного статуса будет актуализация потребности в наркотике, который будет выступать в качестве

предмета удовлетворения базовой потребности в безопасности. Следует отметить, что в обеих группах потребность в наркотике остается достаточно на высоком уровне ( $51\% \pm 13,7\%$  и  $52,9\% \pm 8,2\%$ ). Согласно Е.П. Ильину (2002) у человека с опытом формируются мотивационные схемы (аттитюды, поведенческие паттерны) то есть знания о том какими путями и средствами можно удовлетворить ту или иную потребность. Возникновение потребности прямо ведет к появлению образа того конкретного предмета, который чаще всего удовлетворяет данную потребность (Иванников В.А., 1991). На наш взгляд в данном случае срабатывают мотивационные схемы патологического статуса «Я-наркоман», где в качестве предмета удовлетворения потребностного состояния выступает наркотик. Диссоциированность личности также объясняет наличие внутреннего конфликта в группе пациентов которые находятся на этапе психотерапии в отношении трезвой жизни ( $33,3\% \pm 12,9\%$  и  $56,4\% \pm 8,2\%$  при  $P < 0,01$ ) и удовлетворенность лечением ( $39,2\% \pm 13,4\%$  и  $68,6\% \pm 7,6\%$  при  $P < 0,01$ ). То есть актуализация потребности в трезвой жизни, а также удовлетворенность лечением, по всей видимости, обусловлены нормативной частью личности.

Также был проведен сравнительный анализ между пациентами, которые прошли этап психотерапии и пациентами, которые прошли этап социальной реабилитации (таблица 3).

Согласно полученным данным наиболее актуальными в группе пациентов которые находятся на этапе социальной реабилитации является потребность в принадлежности ( $43,6\% \pm 8,2\%$  и  $60\% \pm 10,1\%$  при  $P < 0,05$ ), а также в самоуважении ( $38,6\% \pm 8,0\%$  и  $53,3\% \pm 10,3\%$  при  $P < 0,05$ ). Данный факт подтверждает, что по мере редукции патологического личностного статуса чувство принадлежности и самоуважения приобретают нормативный характер. Большинство лиц в группе пациентов отделения социальной реабилитации находилась в статусе «нормативная зависимая личность». Это предшествующий статус перед «нормативной личностью» в континууме избавления от наркозависимости у abstinenta – больного наркоманией, то есть зависимого лица, сознательно контролируя свое состояние для полного воздержания от употребления наркотиков. От «нормативной личности» «нормативная зависимая личность» отличается еще актуальным в сознании сохранением физической зависимости и редуцированных, но не дезактуализированных в полной мере аддиктивных форм сопладания с потребностным состоянием, которые требуют больших усилий и контроля для профилактики и недопущения срыва и рецидива болезни. То есть это еще зависимая, но уже нормативная личность, контролирующая редуцированные приступы патологического личностного статуса «Я-наркоман» (Россинский Ю.А., Семке В.Я., Мусабекова Ж.К., 2006). Это также объясняет, что в группе пациентов, которые находятся на этапе социальной реабилитации снижается потребность в нар-

котике и в удовольствии. Так у пациентов в данной группе по сравнению с пациентами которые находятся на этапе психотерапии больше лиц у которых потребность в удовольствии попадает в зону внутреннего вакуума ( $24,3\% \pm 7,1\%$  и  $45,6\% \pm 10,2\%$  при  $P < 0,01$ ), также в первой группе пациентов в зону внутреннего вакуума попадает наркотик ( $17,1\% \pm 6,2\%$  и  $51,1\% \pm 10,3\%$  при  $P < 0,01$ ). Достоверные различия обнаружены и в отношении потребности в трезвой жизни, среди пациентов отделения социальной реабилитации реже отмечается лица у которых данная потребность попадает в зону внутреннего конфликта ( $56,4\% \pm 8,2\%$  и  $13,3\% \pm 7,0\%$  при  $P < 0,01$ ) и наоборот в группе пациентов отделения психотерапии больше лиц испытывающих внутренний конфликт в отношении данной потребности ( $37,9\% \pm 8,0\%$  и  $83,3\% \pm 7,7\%$  при  $P < 0,01$ ).

Таким образом, проведенное исследование ценностно-потребностной сферы наркозависимых лиц находящихся на различных этапах наркологической помощи позволяют сделать следующие выводы:

1. Среди наркозависимых лиц, которые находятся на этапе снижения вреда основными потребностями являются наркотик, и потребность в удовольствии. В то же время наркотик может выступать в качестве предмета удовлетворения потребности в принадлежности. С другой стороны удовлетворенность потребности в принадлежности может быть обусловлена патологическим характером ценностно-ориентационного единства наркозависимых в структуре личности, которых доминирует патологический / наркоманический статус. Доминирование патологического статуса также определяет снижение побудительной силы потребности в лечении в данной группе наркозависимых.

2. Среди пациентов досрочно прекративших лечение на этапе медикаментозной коррекции основной конфликтной зоной является лечение, что также определяется доминированием патологического статуса. Среди базовых потребностей чувство принадлежности и самоуважения приобретают патологический / наркоманический характер и являются удовлетворенными, в то время как потребность в безопасности дезактуализируется.

3. Среди пациентов, которые находятся на этапе психотерапии основным доминирующим статусом личности является «диссоциированная зависимая личность» при этом нормативная часть, вероятно, всего определяет актуализацию потребности в безопасности, а также потребность в принадлежности и самоуважении, в то время как патологическая часть личности актуализирует мотивационные схемы соответственно патологического характера.

4. Среди пациентов отделения социальной реабилитации доминирующим статусом является «нормативная зависимая личность» где на фоне актуализированной потребности в принадлежности и самоуважении отмечается снижение побудительной функции наркотика и дезактуализация гедонистических тенденций.

Таблица 3

Уровень соотношения «ценности» и «доступности» наркозависимых лиц, находящихся на этапе психотерапии группы 1 ( $n=140$ ) и наркозависимых лиц, находящихся на этапе социальной реабилитации группы 2 ( $n=90$ )

Ценность/потребность	Характер соотношения	Группа 1 ( $n=140$ )	Группа 2 ( $n=90$ )	P
Безопасность	внутренний конфликт	42,1%±8,1%	51,1%±10,3%	
	внутренний вакуум	22,9%±6,9%	12,2%±6,7%	
	нейтральная зона	35%±7,9%	36,7%±9,9%	
Чувство принадлежности	внутренний конфликт	43,6%±8,2%	60%±10,1%	<0,05
	внутренний вакуум	7,1%±4,2%	10%±6,1%	
	нейтральная зона	49,3%±8,2%	30%±9,4%	<0,01
Самоуважение	внутренний конфликт	38,6%±8,0%	53,3%±10,3%	<0,05
	внутренний вакуум	1,4% 0,7<>5,3%	0% 0<>4,6%	
	нейтральная зона	60%±8,1%	46,7%±10,3%	
Удовольствие	внутренний конфликт	30%±7,5%	20%±8,2%	
	внутренний вакуум	24,3%±7,1%	45,6%± 10,2%	<0,01
	нейтральная зона	45,7%±8,2%	34,4%±9,8%	
Наркотик	внутренний конфликт	52,9%±8,2%	13,3%±7,0%	<0,01
	внутренний вакуум	17,1%±6,2%	51,1%±10,3%	<0,01
	нейтральная зона	30%±7,5%	35,6%±9,8%	
Лечение	внутренний конфликт	25,7%±7,2%	15,6%± 7,4%	
	внутренний вакуум	5,7%±3,8%	3,3% 1,5<>9,3%	
	нейтральная зона	68,6%±7,6%	81,1%± 8,0%	
Трезвая жизнь	внутренний конфликт	56,4%±8,2%	13,3%±7,0%	<0,01
	внутренний вакуум	5,7%±3,8%	3,3% 1,5<>9,3%	
	нейтральная зона	37,9%±8,0%	83,3%±7,7%	<0,01

*Литература:*

1. Валентик Ю.В. *Реабилитация в наркологии.* – М.: Прогрессивные биомедицинские технологии, 2001. – 36 с.
2. Вилионас В.К. *Психологические механизмы мотивации человека.* – М.: Издательство. МГУ, 1990. – 288 с.
3. Иванников В. А. *Психологические механизмы волевой регуляции.* - М., 1991. Ильин Е. П. *Мотивация и мотивы.* – СПб.: Питер, 2002. – 512 с.
4. Леонтьев А.Н. *Деятельность. Сознание. Личность.* – М., 1977.
5. Леонтьев Д.А. *Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности // 2-е, испр. изд. – М.: Смысл, 2003. – 487 с.*
6. Морогин В.Г. *Ценностно-потребностная сфера личности: концепция и методология исследования // Сибирский психологический журнал.* – 2006. – № 24.
7. Насиновская Е.Е. *Методы изучения мотивации личности. Опыт исследования личностно-смыслового аспекта мотивации.* – М., 1988.
8. Патяева Е.Ю. *Ситуативное развитие и уровни мотивации // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14, Психология.* –1983. – № 4. – С. 23-33.
9. Россинский Ю. А. и др. *Персонология больного наркоманией/В. Я. Семке, Ж.К. Мусабекова.* – Павлодар, 2006.
10. Халабуда Л., Семенов С., Домрачева А. *Мотивационные стратегии и их использование в психотерапевтических программах раннего этапа реабилитации наркоманов.* – www.narcom.ru.
11. Abraham H. Maslow. *Motivation and Personality (2nd ed.)* N.Y.: Harper & Row, 1970; СПб.: Евразия, 1999.

---

---

## ПРИМЕНЕНИЕ ФЕНОТРОПИЛА И ГИПОКСЕНА У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ В ПОСТАБСТИНЕНТНЫЙ ПЕРИОД

Л.Б. Кузембаева, В.П. Павленко, Н.Н. Успанов

На сегодняшний день клиническая наркология располагает достаточно большим арсеналом фармакологических средств и методов лечения патологической зависимости от алкоголя, однако итоговая результативность терапевтических усилий нередко оказывается недостаточной. Данная проблема побуждает наркологов к индивидуализации терапевтических программ за счет комбинирования препаратов и их комплексного использования.

### Цель исследования

Сравнение индивидуальной чувствительности к лечению психотропными средствами метаболического типа действия (фенотропила и гипоксена) у больных алкоголизмом в постабстинентный период.

### Задачи исследования

1. Рандомизировать и клинически охарактеризовать больных алкоголизмом II стадии (со сформировавшимся синдромом алкогольной зависимости средней степени тяжести по МКБ-10) в раннем постабстинентном состоянии (5-25 дни госпитализации в стационаре) с позиции изучения эмоциональных, когнитивных и личностных расстройств.
2. Оценить действие плацебо-терапии у больных алкоголизмом II стадии в раннем постабстинентном состоянии (5-25 дни госпитализации в стационаре).

3. Провести сравнительное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование эффективности ноотропных препаратов фенотропила и гипоксена у больных алкоголизмом II стадии в раннем постабстинентном состоянии (5-25 дни госпитализации в стационаре) по индивидуальной чувствительности к применяемой терапии.

4. Сформулировать рекомендации по рациональному использованию психотропных препаратов метаболического типа действия (фенотропила и гипоксена) у больных алкоголизмом II стадии в раннем постабстинентном состоянии (5-25 дни госпитализации в стационаре) в зависимости от индивидуальной чувствительности к применяемой терапии.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Было обследовано 204 больных с алкогольной зависимостью. Из всех больных были рандомизированы 80 пациентов мужского пола в возрасте от 33 до 40 лет ( $34,5 \pm 1,7$ ) с диагнозом зависимости от алкоголя II стадии (сформировавшаяся алкогольная зависимость по МКБ-10). Исследование проводили в постабстинентный период по окончании курса стандартной детоксикации. В группы были включены больные алкоголизмом, перенесшие синдром отмены алкоголя (СОА) средней степени тяжести.

Таблица 1

*Дизайн исследования ноотропных средств у больных алкоголизмом*

Препарат	Характеристика препарата	Число включенных больных (препарат/ плацебо) (чел.)
Фенотропил	Новый ноотроп, фенильный аналог пир-ацетама	20/20 (40)
Гипоксен	Антагипоксант с ноотропным типом действия; старое название – олифен	20/20 (40)
ВСЕГО		40/40 (80)

Методом случайной выборки проводили рандомизацию пациентов, выделяя 4 группы:

1-я группа – лица, получавшие фенотропил (20 человек);

2-я группа – лица, получавшие плацебо к фенотропилу (20 человек);

3-я группа – лица, получавшие гипоксен (20 человек);

4-я группа – лица, получавшие плацебо к гипоксenu (20 человек);

Для включения больных в исследование после курса детоксикации, согласно условиям Протокола исследования, проводили психологическое обследование. По результатам скринингового теста «Госпитальная шкала» отмечается, что для больных алкоголизмом в постабстинентном состоянии в большей степени характерно наличие субклинической формы тревоги. Субклиническая форма депрессивного эпизода в группе плацебо-терапии, скорее всего, объясняется характерологическими особенностями личности больных.

## **Клинические методы исследования наркологических больных**

Для постановки клинического диагноза у больных анализировали анамnestические сведения (анамнез жизни, перенесенные и сопутствующие заболевания, наркологический анамнез) и результаты объективного осмотра (психиатрический, неврологический и соматический статусы), проводилось стандартное клинико-лабораторное и психологическое обследование.

Методом случайной выборки проводили рандомизацию пациентов, выделяя в группы, получавшие: плацебо (капсулы или таблетки, содержащие глюкозу и крахмал), фенотропил (20 человек); гипоксен (20 человек).

Препараты назначали, начиная с 5-7 дня госпитализации, после купирования основных проявлений СОА. Все препараты назначали внутрь 3 раза в день после еды в следующих дозах: фенотропил - 100 мг (таблетки), гипоксен (капсулы по 250 мг). В качестве плацебо применяли капсулы или таблетки, внешне идентичные данным лекарственным формам исследованных препаратов (плацебо к каждой группе отдельно), содержащие крахмал и глюкозу. Курс назначения препаратов составлял 14 дней. Исследуемые психологические показатели, жалобы, основные показатели центральной и системной гемодинамики (артериальное давление, пульс, температура тела) регистрировали до введения (Д0), на 7-й (Д7) и 14-й (Д14) дни введения. Регистрацию ЭЭГ и ЭКГ проводили до введения препарата/плацебо и по окончании периода исследования.

Из исследования исключали пациентов с психотическими заболеваниями, не связанными с наркологической патологией, и пациентов с острым соматическим состоянием (острый инфаркт миокарда, инсульт, острое состояние после черепно-мозговой травмы и т.п.).

## **Характеристика исследованных групп больных с алкогольной зависимостью**

Диагноз и стадию заболевания устанавливали на основании наркологического анамнеза и психо-

логического обследования на мотивацию потребления алкоголя (тест МПА), составивший в общей группе больных  $69,1 \pm 4,9$  балла, что соответствует сформированной алкогольной зависимости. Для данного контингента больных в большей степени были характерны личностные, персонально значимые мотивы злоупотребления алкоголем ( $25,9 \pm 36,0$  баллов). Это накладывает определенный отпечаток на тип проявления синдрома отмены алкоголя, для которого характерны эмоциональные изменения (тревожность, снижение настроения, внутренние переживания, напряженность и т.п.).

Патологические мотивы злоупотребления алкоголем в данном случае представлены достаточно выраженным похмельем (шкала 7) и аддикцией (шкала 8), составляющих соответственно  $7,5 \pm 0,8$  и  $5,7 \pm 0,8$  баллов. При этом по шкале самоповреждения (шкала 9) количество баллов составляет  $18,3 \pm 1,6$ , что говорит о выраженной протестной реакции в отношении окружающей обстановки или ситуации, и характеризует уровень социальной дезадаптации, что хорошо сочетается с данными теста Холмса и Раге на определение степени стрессоустойчивости и социальной адаптации. При психологическом тестовом обследовании выявлено, что у больных алкоголизмом степень социальной адаптации и сопротивляемости стрессу только у 7,5% пациентов была высокой, в 5% случаев находилась на пороговом уровне. В 87,5% случаев стрессоустойчивость больных была низкой, что говорит о высокой (до 90%) вероятности возникновения какого-либо заболевания и выраженной социальной дезадаптации.

Выделенные группы больных статистически достоверно не различались между собой по возрасту, длительности заболевания и алкогольных экс-цессов (запоев), длительности светлых промежутков, давностью формирования абстинентного синдрома и толерантности.

## **Оценка клинической эффективности**

- на 7-й день исследования пациенты в группе, получающей фенотропил в 17% случаев (3 чел.)

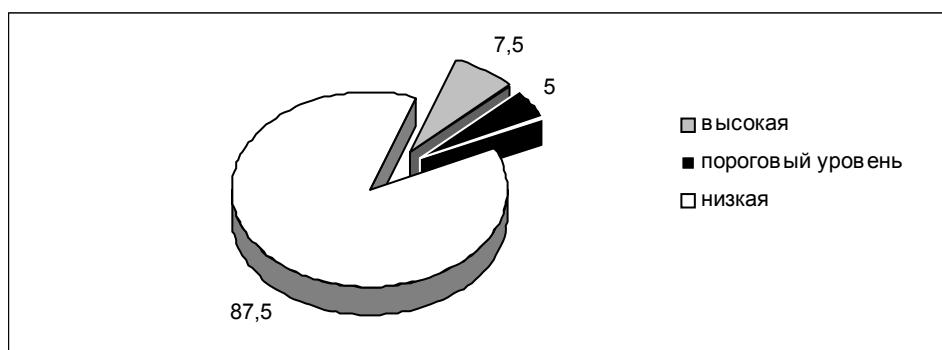


Рисунок 1. Степень социальной адаптации и сопротивляемости стрессу у больных алкоголизмом (в процентном выражении)

предъявляли жалобы, в 28% – жалобы были незначительные (5 чел.), в 56% случаев жалоб не было (10 чел.), из них 5% (1 чел.) после приема препарата пациент отмечал чувство бодрости, активности, приподнятости. В группе пациентов, получающих гипоксен, в 5% случаев (1 чел.) предъявляли жалобы на плохое самочувствие, в 11% случаев (2 чел.) пациенты предъявляли незначительные жалобы, в 84% случаев (16 чел.) жалоб не было, из них в 16% случаев (3 чел.) пациенты через 40-60 мин. после приема препарата отмечали резкое обострение светочувствительности, повышение активности, снижение влечения к алкоголю и появление спокойствия, чувство подъема сил, активности, нараста-

ющий легкий жар в голове в течение 3-3,5 часов. В одном случае отмечалось незначительное нарушение сна (засыпания), купированное плацебо-терапией через 3-4 дня. В плацебо-группе в 21% случаев (4 чел.) предъявлялись жалобы, незначительные жалобы предъявляли 53% пациентов (10 чел.), не было жалоб у 26% (5 чел.).

- к 14-му дню исследования в группе плацебо-терапии предъявляли незначительные жалобы 25% пациентов (4 чел.), в группе, получавшей фенотропил – 22% (4 чел.), в группе пациентов, получавших гипоксен, незначительные жалобы к концу курсового приема предъявляли 11% пациентов (2 чел.).

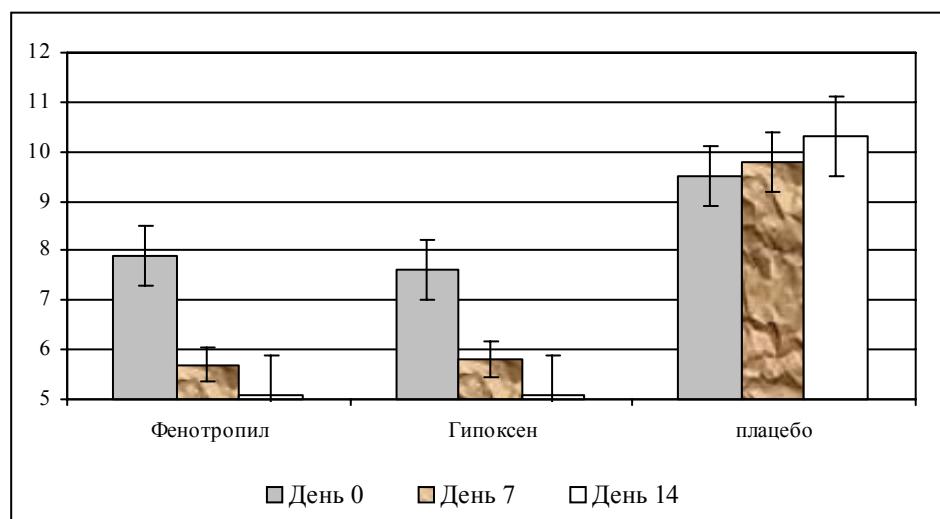


Рисунок 2. Госпитальная шкала тревоги (в баллах)

Таким образом, проведенное исследование показало в целом положительное действие фенотропила и гипоксена на динамику психологических показателей у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя в постабстинентном периоде. При этом отмечены следующие изменения в период курсового введения препарата:

- 1) снижение уровня невротизации, начиная с 7 дня; характерно для обоих препаратов;
- 2) снижение ситуативной и личностной тревожности, более выраженное в случае лечения гипоксеном;
- 3) снижение уровня депрессии в равной степени после применения фенотропила и гипоксена до нижней границы малого депрессивного эпизода;
- 4) умеренное повышение самочувствия при применении обоих препаратов, значительное повышение активности и настроения, главным образом после лечения гипоксеном;
- 5) значимое снижение влечения к алкоголю, в большей степени выраженное после курсового применения гипоксена;

6) выбывание пациентов из исследования в связи с алкоголизацией приходилась на 5-6 дни приема препаратов преимущественно в группе, получавшей фенотропил;

7) катамнестические данные показывают, что наименьшее число алкоголизаций наблюдалось в первые 10-20 дней в группе, принимавшей фенотропил и в дальнейшем в течение 3 месяцев;

8) отсутствие значимых изменений со стороны вегетативной нервной системы, сердечнососудистой системы, печени, системы крови в ходе курсового применения обоих препаратов;

Снижение выраженности таких расстройств, как невротизация (истощаемость), влечение к алкоголю, депрессивный эпизод и астения, улучшение самочувствия и повышение активности позволяют предполагать в дальнейшем положительную динамику этих показателей, что может способствовать формированию у пациентов стойких положительных эмоций. Отмечена хорошая степень переносимости и безопасности обоих препаратов (фенотропила и гипоксена), при этом проявление нестандартной реакции у ряда пациентов, получаю-

щих гипоксен (ощущение прилива сил, бодрости, повышение активности) в значительной степени может объясняться индивидуальной чувствительностью пациентов к действию ноотропных средств.

Учитывая вышесказанное, препараты фенотропил и гипоксен могут иметь перспективу применения в наркологии как компонент комплексной терапевтической программы при синдроме зависимости от алкоголя. При этом учитывая полученные данные, рекомендуется проводить курсовой приём фенотропила в дозе 100-200 мг в сутки, гипоксена 250-500 мг в сутки на фоне обязательной стандартной поддерживающей терапии и преимущественно в восстановительном (реабилитационном) периоде.

#### Литература:

1. Аведисова А.С. Тревожные расстройства / В книге: Александровский Ю.А. «Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение». - М: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – с. 66 – 73.
2. Аведисова А.С., Ахапкин Р.В., Ахапкина В.И., и др. Анализ зарубежных исследований ноотропных препаратов (на примере тирацетата) // Росс. психиатрич. журн. – 2001. – № 1. – с. 57 – 63.
3. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. - М., 1994. - 216 с.
4. Андреев Б.В. Ноотропные средства // Мир Медицины. – 1998. – № 8. – с. 25 – 28.
5. Андрианов В.П., Бойцов С.А., Смирнов А.В. и др. Применение антигипоксантов олифена и амтизола для лечения больных с хронической недостаточностью кровообращения 2б стадии // Терапевтический архив. – 1996. – № 5. – с. 74 – 78.
6. Анохина И.П. Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. – М.: Медпрактика-М, 2002. – Т. 1. – с. 33 – 41.
7. Аффективные нарушения при алкоголизме / Под ред. И.В. Бокий. – Л., 1983. – 65 с.
8. Беркалиев Т.Н., Гриненко Н.И., Крутицкий Е.М. и др. Плацебо-реактивность больных алкоголизмом // Обзорение психиатрии и мед. психологии. – 1994. – № 5. – с. 83 – 88.
9. Бокий И.В., Латин И.П. Алкогольный абстинентный синдром. – Л.: Медицина, 1976. – 119 с.
10. Боян Н.А. Психофармакотерапия аффективных нарушений у больных алкоголизмом препаратом золофт // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1997. – № 4. – с. 75 – 77.
11. Буров Ю.В., Ведерникова Н.Н. Нейрохимия и фармакология алкоголизма. – М., 1985. – 240 с.
12. Варнаховская И. Состояние производства и разработок ноотропных препаратов за рубежом и в России // Ремедиум. – 1997. – № 7. – с. 3 – 8.
13. Sahin K., Stoeffler A., Furtuna P. et al. Dementia severity and the magnitude of cognitive benefit by memantine treatment. A subgroup analysis of two placebo-controlled clinical trials in vascular dementia // Neurobiol. Aging. – 2000. – Vol. 21. – P. S27.
14. Modell W., Garrett M. Interactions between pharmacodynamic and placebo effects in drug evaluation in man // Nature. – 1960. – V. 185. – P. 538 – 539.

## ВЫВОДЫ

1. У больных с алкогольной зависимостью в постабстинентный период включение в комплексную терапию препаратов с ноотропным типом действия (фенотропила, гипоксена) улучшает эмоциональное состояние больных и уменьшает у них личностные расстройства. При этом фенотропил и гипоксен действуют положительно на всех больных.

2. Все исследованные препараты с ноотропным типом действия значимо снижают мотивацию потребления алкоголя.

3. Изученные препараты фенотропил и гипоксен хорошо переносятся, безопасны для пациентов и могут рассматриваться в качестве компонента комплексной терапии алкогольной зависимости.

## СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БЫВШИХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

К.м.н. С.Н. Молчанов

С 1 февраля 2010 года на базе Республиканского центра медико-социальных проблем наркомании начал свою деятельность проект «Социальное сопровождение, как помочь в начале нового пути». Данний проект должен в «пилотном режиме» по-

дать пример расширения социальной работы в реабилитационных программах, проводимых на заключительном этапе реабилитации. Проект поддержан Региональной группой управления проектом СПИД в Центральной Азии.

На сегодняшний день реабилитация зависимых от ПАВ (психоактивных веществ) проходит в пять этапов.

Этап 1- Вне диспансерный. Мотивация на терапию в различных вариантах и программы снижения вреда;

Этап 2 – Стационарный. Программы детокс;

Этап 3 – Психотерапия. Стационарный вариант;

Этап 4 - Социальная реабилитация. Психотерапия, которая может проходить как в стационаре, так и амбулаторно;

Этап 5 – Противорецидивная терапия. Амбулаторная.

Смысл данных этапов, чтобы пациент, обратившийся за медицинской помощью, всегда оставался «в поле зрения», на деле это не всегда возможно в силу ряда причин. Но тогда результативность начинает снижаться и в итоге ресурсы (финансовые и людские), потраченные на лечение пациента, срабатывают с низким коэффициентом полезного действия.

Социальное сопровождение подключается на заключительных этапах реабилитации и органично вписывается в «далнейшее развитие свойств психологического здоровья, антинаркотической устойчивости», в основном 5 этапа. Оно предполагает длительную работу с пациентом, и в итоге он долго остаётся под присмотром специалистов, и риск рецидива значительно снижается. Так в чём же суть социальной работы?

**Социальная работа** — это «профессиональная деятельность социальных работников, которая способствует общественным изменениям и решению проблем человеческих взаимоотношений, а также содействует повышению возможностей и обеспечению равноправия людей в целях улучшения их благополучия. Используя теории поведения человека и развития общественных систем, социальная работа направлена на взаимодействие людей с их окружением. Фундаментом социальной работы являются принципы прав человека и социальной справедливости».

Или «это деятельность, направленная на решение социальных проблем конкретного индивидуума, социального слоя или социальной группы».

**Специалист по сопровождению** выступает в качестве посредника и представляет интересы клиента в службах помощи. В процессе информирования и обучения клиента использованию имеющихся ресурсов специалист по сопровождению проводит оценку его потребностей и осуществляет мониторинг прогресса ситуации. Специалист по сопровождению выявляет и работает с потребностями клиента по вопросам физического и психосоциального благополучия, образования, контроля над собственными факторами риска в отношении ВИЧ-инфекции, а также по вопросам, связанным с доступом к медицинским услугам и поддержке: лечению наркотической зависимости, консультиро-

ванию, юридической помощи и помощи в трудоустройстве и т.д.

Социальная работа имеет целью создание условий, которые бы благоприятствовали восстановлению или улучшению способностей человека или определенного сообщества самостоятельно обустраивать свою жизнь.

«Социальный работник видит свою задачу в том, чтобы человек, которому он помогает, смог обходиться без этой помощи и без социального работника, что и считается основным критерием профессионального успеха. Процесс, посредством которого этого пытаются достичь, называют по-разному: реабилитация, необилитация, реадаптация. Но главная цель всегда состоит в том, чтобы вернуть клиенту способность действовать самостоятельно в данном социальном контексте. Это очень важно т.к. завтра психолога, психотерапевта и социального работника рядом не будет, а иждивенческие настроения при некачественно пройденной программе остаются. Не в этом ли феномен того, что из года в год мы видим подчас одних и тех же пациентов, которые становятся зависимыми от лечебного учреждения, психологов и психотерапевтов т.к. самостоятельно, что-то решать, их никто так и не научил? А в некоторых реабилитационных программах даже поощряется полное послушание и культуры специалиста. Для этого будущих социальных работников учат разбираться в индивидуальной психологии клиентов, в характере связи человека с семейным и более широким социальным окружением, обучают приемам развития у своих подопечных активности и самостоятельности... В социальной работе центральной фигурой является клиент, а целью - освобождение его от нужды в социальных работниках».

Социальные работники используют адекватные, научно обоснованные способы решения проблем, которые обществом традиционно относятся к сфере частной жизни. При этом благодаря профессиональным навыкам, они частично могут восполнять неформальные межличностные контакты, такие как родственная поддержка или дружеский совет. Прошу обратить внимание, что очень важно использовать научные и валидные методы решения проблем (психологические, психотерапевтические, социальные). Так как иногда встречаются последователи иррациональных методик, использующие в своей работе паранормальные методы (заклинания, камча и т.д. и т.п.). В частной практике это возможно т.к. человек сам выбирает, за что он будет платить, но в государственной сфере это неприемлемо т.к. наносит большой урон престижу официальной медицины.

Деятельность социальных работников направлена на решение следующего комплекса задач:

- адаптацию клиентов к существующим общественным условиям, формирование у них активной позиции в решении собственных проблем;

- социальную помощь и социальное обеспечение нуждающихся;
- консультирование;
- социальную реабилитацию;
- социальный надзор и попечительство;
- содействие в получении медицинских и социальных услуг;
- заботу о создании условий для проявления способностей клиентов самостоятельно устроить собственную жизнь.

Реализация функций социального работника происходит как на уровне личных контактов с клиентом, так и опосредованно: в процессе решения задач, обусловленных взаимодействием клиента и службы помощи (или различных служб помощи).

Взгляды на функции социального работника могут изменяться со временем и иметь ряд отличий, связанных с региональными особенностями. Однако существуют четыре функции, которые в большинстве источников, включая различные пособия и профессиограммы, остаются неизменными.

### **1. Коммуникативная функция**

Реализация коммуникативной функции предполагает умение специалиста общаться с людьми разного возраста, уровня образования, различной социальной и культурной принадлежности и т.д. и в связи с этим требует наличия широкого диапазона коммуникативных навыков. Одной из наиболее сложных проблем, которые должен решать социальный работник в общении с клиентом, является двойственность коммуникативной позиции: с одной стороны, он как бы конструирует и направляет общение, с другой — нацелен на равноправные диалогические отношения. Результат работы в основном определяется тем, насколько успешно была решена данная ситуация. Если стратегия была выбрана неверно, то клиент и консультант могут прийти к неадекватному пониманию меры личной ответственности. Последствием также может оказаться профессиональное сгорание консультанта, не-продуктивное затягивание процесса сопровождения и формирование ложных ожиданий, как у клиента, так и у консультанта.

### **2. Педагогическая функция (функция наставника)**

Эта функция связана с обучающим аспектом деятельности специалиста, нередко выступающего в качестве консультанта или эксперта. Он обучает клиентов навыкам поведения в тех или иных ситуациях и осуществляет их правовое просвещение. Многие клиенты воспринимают социальных работников не только как представителей определенной службы, но и как помощников, советчиков или наставников, способных найти решение в сложной жизненной ситуации.

### **3. Организационная функция**

Эта функция связана с созданием социальных служб и управлением ими.

Социальный работник:

- а) привлекает к сотрудничеству различные учреждения государственного и неправительственного секторов и тем самым способствует организации и развитию деятельности по оказанию помощи и предоставлению услуг людям, социально незащищенным и уязвимым;
- б) разрабатывает и реализует проекты, влияющие на повышение качества жизни социально незащищенных и уязвимых людей, тем самым оказывая им поддержку.

### **4. Психологическая функция**

Эта функция реализуется в стремлении социального работника использовать внутренние ресурсы и способности клиента к борьбе с неблагоприятными социальными условиями жизни. Диагностические основы социальной работы связаны с выявлением истоков возникновения различных личностных деформаций и способов поведения, ведущих к социальной дезадаптации. Одновременно с этим в процессе работы выявляются условия, способствующие поддержке и реадаптации людей, эффективно решающих собственные социально-психологические проблемы. Все функции социальной работы взаимосвязаны и взаимообусловлены. На практике они всегда составляют единое целое. Социальная работа направлена на следующую аудиторию:

- уязвимые и социально незащищенные группы населения: потребители наркотиков, сексработники, бывшие осужденные, трудовые мигранты, беженцы, лица с ограниченными возможностями, безработные, лица, находящиеся в местах лишения свободы, люди, живущие с ВИЧ;
- сотрудники управленческих структур и неправительственных организаций.

Социальная работа осуществляется через систему служб и учреждений, в совокупности решающих задачу проведения в жизнь социальной политики государства.

Социальное сопровождение должно отражать подход к предоставлению услуг, при котором соблюдается право клиента:

- 1) на частную жизнь и конфиденциальность;
- 2) на внимательное, непредвзятое отношение и уважение;
- 3) на самоопределение и самостоятельность в выборе;
- 4) на получение медико-социальных услуг высокого качества.

Данные принципы предполагают наличие двух, как минимум, ключевых компонентов программы: специалиста по социальному сопровождению, работающего в специализированной организации - социальном бюро, куда клиент приходит, чтобы заявить о своих трудностях и обратиться за помощью, и набора услуг, доступных клиенту в результате данного обращения.

---

---

Программа социального сопровождения предполагает, что клиент остается в контакте со специалистом до тех пор, пока не будут определены пути решения проблем, с которыми человек обратился

в социальное бюро.

Другие принципы работы по социальному сопровождению будут изложены в следующей статье.

*Литература:*

1. Ромм М.В., Андриенко Е.В., Осьмук Л.А., Скалабан И.А. и др. Теория социальной работы // Учеб. пособие. – Новосибирск: Издательство НГТУ, 2000.
2. СПИД Фонд Восток Запад. Рекомендации по организации программ социального сопровождения для уязвимых групп // Практическое пособие для социальных работников. – Москва, 2007.
3. Шанин Т. Социальная работа как культурный феномен современности // Русский Журнал. – <http://old.russ.ru/journal/inie/970926/shanin.htm>.

## ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ НА АКТИВНОСТЬ АЛКОГОЛЬДЕГИДРОГЕНАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛИЗМОМ

В.П. Павленко

**Актуальность.** Формирование алкогольной зависимости обусловлено нарушением функционирования различных биохимических и физиологических процессов, многие из которых можно рассматривать в качестве первичных патогенетических факторов алкоголизма [1, 16]. К таким факторам можно отнести усиленное образование в печени ацетальдегида из этанола при его избыточном поступлении в организм [6, 15], дезорганизующее действие этанола на мембранны мозга, синтез в ткани мозга алкалоидов с морфиноподобным действием, торможение синтеза РНК и белков мозга, изменение функциональной активности нейромедиаторных систем мозга и другие метаболические последствия введения в организм этанола [2, 7, 8]. Из изложенного выше следует, что фармакологическая коррекция влечения к алкоголю может осуществляться посредством воздействия на различные биохимические процессы, протекающие в разных тканях, однако, естественно, на такие, которые играют существенную роль в формировании алкогольной зависимости. Возникает закономерный вопрос о значимости отдельных биохимических процессов для развития зависимости от этанола и, естественно, адекватных методов их выявления. Очевидно, что для этого недостаточно обнаружить сам факт влияния этанола на тот или иной биохимический параметр. В этом случае необходимо установить наличие причинно-следственной связи между изменением изучаемого параметра и соответствующим изменением алкогольной мотивации. В этом смысле наиболее целесообразным представляется изучение обменных процессов, связанных с феноменом предпочтения этанола животными и предрасположенности к его потреблению у человека.

В настоящее время можно считать установленным, что феномен предпочтения этанола животными и предрасположенность к его потреблению у людей, равно как этнические и индивидуальные различия в реакции на алкоголь связаны с интенсивностью обмена этанола в организме [5, 13, 14]. Внутриклеточная концентрация этанола и ацетальдегида в основном определяется активностью алкогольдегидрогеназы (АДГ) и альдегиддегидрогеназы (АлДГ), локализованных преимущественно в печени. Часть образующегося из этанола ацетальдегида может избежать обменных превращений в печени и транспортироваться в ток крови, достигая затем клеток мозга. Количество ацетальдегида, транспортируемого из печени в ток крови, зависит как от общей активности АДГ и АлДГ, так и от соотношения их активности в печени [4, 9, 10, 12].

Известно, что постановка диагноза: Алкоголизм (хронический алкоголизм) всегда представляет собой ответственное решение врача, однако в настоящее время такой диагноз основывается, главным образом, на сведениях, сообщенных о себе пациентом. Вследствие известных причин (моральных, юридических, медицинских) эти сведения нередко искажаются (симуляция или агgravация заболевания). В таких случаях выявление систематического злоупотребления алкоголем с помощью биохимических тестов становится единственным объективным способом постановки диагноза болезни [3, 11]. Таким образом, поиск надежных биохимических критериев систематического употребления алкоголя представляет собой актуальную задачу современной наркологии.

**Цель исследования** — определение активности АДГ в сыворотке крови людей, страдающих алкоголизмом.

**Материалы и методы исследования.** Были исследованы 160 больных алкоголизмом II стадии мужчин в возрасте 18–66 лет, госпитализированных в наркологические стационары Санкт-Петербурга (РФ) и Актобе (РК), и 89 здоровых добровольцев, проходивших плановые обследования в терапевтическом стационаре. Пациентов распределяли по группам в соответствии с различной длительностью заболевания. Исследования проводили в период ремиссии, состояние которой констатировали на основании отсутствия в крови и моче алкоголя, катамнестических данных и бесед с родственниками.

Активность АДГ в сыворотке крови больных алкоголизмом и здоровых добровольцев определяли с помощью модифицированного высокочувствительного метода определения активности АДГ [13, 14]. Принцип метода основан на способности АДГ катализировать две последовательные реакции:

- 1) окисление бутанола с участием НАД;
- 2) восстановление п-нитрозодиметиланилина (НДМА) посредством НАДН<sub>2</sub>, образовавшемся в ходе первой реакции.

НДМА, имеющий в растворе интенсивную желтую окраску, при восстановлении обесцвечивает-

ся. Об активности АДГ судят по скорости обесцвечивания НДМА, которую регистрируют на спектрофотометре при длине волны 440 нм. Определение активности АДГ каждой сыворотки проводили дважды, а в случае расхождения результатов измерения более чем на 10% — три раза и вычисляли среднюю величину изменения оптической плотности за 1 минуту.

Расчет активности АДГ производили по формуле:

$$0A = 320,5 \times DE_{440},$$

где: A — активность фермента, выраженная в единицах и рассчитанная на 1 л сыворотки крови. За единицу (Е) фермента принято то его количество, которое катализирует превращение 1 микромоля НАД в минуту при указанных условиях инкубации;

$DE_{440}$  — изменение оптической плотности инкубационной среды при 440 нм за 1 минуту;

320,5 — коэффициент расчета активности, выраженной в микромолях прореагировавшего субстрата (НАД) при указанных условиях инкубации.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Было выявлено, что активность АДГ достоверно определяется у всех обследованных больных алкоголизмом и у лиц контрольной группы, и у последних равняется в среднем  $1,19 \pm 0,07$  Е/л (табл. 1).

Таблица 1

*Активность АДГ сыворотки крови у больных с различными сроками давности алкоголизма*

Длительность заболевания	Количество обследованных (чел.)	Активность АДГ, Е/л
До 5 лет	48	$2,28 \pm 0,18^*$
6–10 лет	49	$3,64 \pm 0,25^*$
11 лет и более	63	$4,62 \pm 0,52^{**}$
Контроль (не злоупотребляющие алкоголем лица)	89	$1,19 \pm 0,07$

Примечание. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$  по отношению к контролю

Из данных таблицы 1 следует, что в сыворотке крови лиц, больных алкоголизмом, активность АДГ значительно выше, чем у лиц в контрольной группе. С увеличением длительности заболевания активность АДГ в сыворотке крови возрастает, то есть между длительностью злоупотребления алкоголем и повышением активности АДГ существует прямая зависимость. Этот результат находится в соответствии с данными других авторов [13], которые отмечают, что наиболее часто АДГ в сыворотке крови выявлялась при злоупотреблении алкоголем в течение 10–20 лет.

**Заключение.** Таким образом, наличие прямой зависимости между давностью алкоголизма и повышением активности АДГ в сыворотке крови по-

зволяет использовать алкогольдегидрогеназный тест в качестве самостоятельного дополнительного критерия для диагностики алкоголизма.

*Литература:*

1. Анохина И.П. Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. — М.: Медпрактика-М. — 2002. — Т. 1 — С. 33 – 41.
2. Ашмарин И.П., Стукалов П.В. Нейрохимия. М.: Медицина. — 1996. — 469 с.
3. Бажин А.А. Клиника, профилактика, лечение алкоголизма и наркоманий. — СПб.: Знание, 1999. — 118 с.

- 
- 
4. Балуда В.П., Баркаган З.С., Гольдберг Е.Д. и др. *Лабораторные методы исследования системы гомеостаза*. – Томск, 1980. – 310 с.
  5. Буров Ю.В., Веденникова Н.Н. *Нейрохимия и фармакология алкоголизма*. – М., 1985. – 240 с.
  6. Дейк К. *Алкогольная патология печени* // *Наркология*. – 2002. – № 4. – С. 21 – 23.
  7. Зиматкин С.М. *Метаболизм этанола в мозге* // *Нейрохимия*. – 1995. – № 2. – С. 19 – 23.
  8. Майер К.П. *Гепатит и последствия гепатита: Практическое руководство: Перевод с нем. / Под. ред. А.А. Шептулина*. – М.: Гэотар, 1999. – 432 с.
  9. Оленев С.Н. *Нейробиология - 95*. – СПб.: СПбГПМА, 1995. – 247 с.
  10. Сытинский И.А. *Этанол и обмен веществ*. – Минск, 1982. – 286 с.
  11. Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х. и др. *Наркология*. – М.: Бином – Невский диалект, 1998. – 318 с.
  12. Чернобровкина Т.В. *Энзимопатии при алкоголизме*. – Киев: Здоровья. – 1992. – 312 с.
  13. Шабанов П.Д. Калишевич С.Ю. *Биология алкоголизма*. – СПб.: Лань, 1998. – 272 с.
  14. Шабанов П.Д. *Основы наркологии*. – СПб.: Лань, 2002. – 560 с.
  15. Stewart S., Jones D., Day S.P. *Alcoholic liver disease: new insight into mechanisms and preventative strategies* // *Trends Mol. Med.* – 2001. – Vol. 9. – P. 408 – 413.
  16. Tabakoff B., Hoffman P.L., Lee J. M. et al. *Differences in platelet enzym activity between alcoholics and nonalcoholics* // *N. Engl. J. Med.* – 1988. – Vol. 318, № 3. – P. 134 – 139.

## ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ АКТИВНОСТИ КРЕАТИНКИНАЗЫ И ЕЁ ИЗОФЕРМЕНТОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

В.П. Павленко

г. Актобе

**Актуальность.** Креатинкиназа (КК) является цитоплазматическим ферментом, обеспечивающим ряд энергетических процессов. Осуществляя обратимую внутриклеточную реакцию дефосфорилирования АТФ с образованием АДФ и креатинфосфата, КК играет особо важную роль при мышечном сокращении. Креатинкиназный глобулярный белок состоит из двух субъединиц М и В типа, кодируемые неаллельными генами. Сочетание этих субъединиц дает три молекулярные формы: ММ-КК, МВ-КК и ВВ-КК, которые обладают выраженной организационной специфичностью. В тканях человека изоферменты распределены следующим образом: ВВ-изофермент является нейроспецифическим, МВ- – кардиоспецифическим, для скелетной мускулатуры характерен изофермент ММ-типа. Определение активности изоферментов КК во внеклеточной жидкости может служить показателем целостности тех или иных тканевых структур [6, 7, 8].

Имеющиеся в литературе данные об изменении активности КК при поражениях головного мозга и интоксикации этанолом носят несистематический и весьма противоречивый характер [4, 9, 10]. Следует отметить, что результатом хронического употребления этанола является полинейропатия и миопатия, обнаруживаемые у 60% больных алкоголизмом [2, 5]. С другой стороны, известно, что при экспериментальной денервации мышц в них могут появляться не характерные для мышечной ткани

МВ- и ВВ-изоферменты. Кроме того, алкоголизм характеризуется поражением миокарда [1, 3]. Поэтому изменение изоферментного спектра КК, отражающего степень поражения данных тканей, может служить важным диагностическим критерием алкоголизма.

**Цель исследования** – оценить изменения активности креатинкиназы и её изоферментов в сыворотке крови и закономерности происхождения этих изменений у лиц, страдающих алкоголизмом.

**Материалы и методы исследования.** Были исследованы 40 больных алкоголизмом II стадии мужчин в возрасте 18–66 лет, госпитализированных в наркологические стационары Санкт-Петербурга (РФ) и Актобе (РК), и 15 здоровых добровольцев, проходивших плановые обследования в терапевтическом стационаре. Пациентов распределяли по группам в соответствии с различными сроками задержания от алкоголя. Исследования проводили в острый период (состояние абstinенции) и в период ремиссии. Абстинентный синдром дифференцировали по степени тяжести как умеренный (I), средней тяжести (II) и выраженный (III). Состояние ремиссии констатировали на основании отсутствия в крови и моче алкоголя, катамnestических данных и бесед с родственниками.

Определение общей активности КК производили колориметрическим методом. Чувствительность метода составила 0,005–0,05 МЕ ферmenta в про-

бе. Разделение изоферментов КК осуществляли с помощью колончной хроматографии на сефадексе ДЭАЕ А-50. Элюцию изоферментов КК проводили ступенчатым методом, используя три буфера, которые содержали 100 мМ NaCl, 200 мМ NaCl и 400 мМ NaCl. В каждой фракции проводили определение активности КК. Определение белка проводили микробиуретовым методом. Контролем служили сыворотки крови 15 здоровых добровольцев.

**Результаты исследования и их обсуждение.**  
Исследование изменений активности креатинкиназы у больных алкоголизмом с абстинентным синдромом показало, что активность КК во всех трех группах была повышена в течение первых 7 дней после алкоголизации, причем имела место прямая пропорциональная зависимость между активностью фермента и степенью тяжести алкогольного абстинентного синдрома (таблица 1).

Таблица 1

*Динамика изменений общей активности креатинкиназы в сыворотке крови больных алкоголизмом*

Состояние обследованных лиц	Степень тяжести	Срок воздержания от алкоголя	Активность КК в крови, МЕ/л
Клинически здоровые обследованные лица (n=15)	-	-	25 ± 6
Алкогольный абстинентный синдром (n=20)	Умеренный (n=7)	1 сутки	44 ± 3 <sup>a</sup>
		2 суток	65 ± 7 <sup>a,б,г</sup>
		7 суток	33 ± 5
	Средней тяжести (n=7)	1 сутки	54 ± 4 <sup>a</sup>
		3 суток	140 ± 9 <sup>a,б,в,г</sup>
		7 суток	41 ± 5 <sup>a</sup>
	Выраженный (n=6)	1 сутки	53 ± 4 <sup>a</sup>
		3 суток	230 ± 31 <sup>a,б,в</sup>
		7 суток	46 ± 5 <sup>a</sup>
Ремиссия (n=20)	-	до 2 мес (n=8)	40 ± 4 <sup>a</sup>
	-	от 1 до 14 лет (n=12)	53 ± 3 <sup>a</sup>

*Примечание - буквами обозначены достоверные различия (p < 0,05): а — в сравнении с контролем; б — в сравнении с 1-м и 7-м днем AAC; в — в сравнении с 3-м днем умеренного AAC; г — в сравнении с 3-м днем выраженного AAC; n — число наблюдений*

Кроме того, обращает внимание факт, что максимальный подъем активности КК (в 3–9 раз выше контрольного уровня) определяли на 2–3 сутки абstinенции. К седьмым суткам активность КК снижалась, но не до контрольных значений, оставаясь повышенной на 40–75% от уровня здоровых добровольцев. Важно отметить, что повышенный уровень активности КК сохраняется и в период отдаленной ремиссии (от 2 месяцев до нескольких лет),

что указывает на возможное лабораторно-диагностическое значение данного показателя для установления диагноза хронический алкоголизм.

Изучение изоферментных спектров КК показало, что повышение активности КК происходит за счет всех трех изоформ КК. При этом наибольшее относительное увеличение отмечали для активности BB-КК и в меньшей степени для MB-КК и MM-КК (табл. 2).

Таблица 2

*Изоферменты креатинкиназы в сыворотке крови больных алкоголизмом*

Группа пациентов	Активность изоферментов креатинкиназы, МЕ/л		
	ММ-КК	МВ-КК	ВВ-КК
Контроль (не злоупотребляющие алкоголем лица)	25 ± 6	4 ± 1	0 ± 0
Больные алкоголизмом в период AAC	84 ± 10*#	32 ± 8*#	28 ± 7*#
Больные алкоголизмом в период ремиссии (от 1 до 14 лет)	26 ± 5	15 ± 4*	13 ± 3*

*Примечание - \*p<0,05 по отношению к контролю, #p < 0,05 по отношению группы с ремиссией.*

---

---

Длительное воздержание от алкоголя не приводит к нормализации активности КК в крови. Изоферментный спектр КК у таких пациентов был смещен в сторону увеличения содержания МВ- и ММ-изоформ. Содержание МВ-КК и ВВ-КК у больных в ремиссии было примерно равным и составляло 20–23% общей активности, в то время как у здоровых испытуемых содержание указанных изоферментов было на порядок ниже: 0–8% и 0–3% соответственно.

Такое резкое смещение изоферментного спектра в сыворотке крови в сторону МВ-КК и ВВ-КК можно объяснить двумя причинами. Во-первых, это возможное усиление переноса фермента из мозга в ток крови вследствие нарушенной проницаемости

ти мембранны клеток, формирующих гематоэнцефалический барьер или гистогематический барьер миокарда. Во-вторых, не исключена возможность дерепрессии гена, ответственного за синтез В-субъединиц КК в скелетных мышцах, который в норме не проявляет своей активности, но активируется при хроническом воздействии этанола.

**Заключение.** Активность КК сыворотки крови резко повышена в период абstinенции, причем активность фермента прямо пропорциональна тяжести алкогольного абстинентного синдрома. В период ремиссии существенно меняется изоферментный состав КК за счет повышения ВВ- и МВ-изоформ фермента. Указанные нарушения сохраняются продолжительное время (до нескольких лет).

*Литература:*

1. Анохина И.П. *Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ* // Вопр. наркологии. – 1995. – № 2. – С. 27 – 31.
2. Анохина И.П. *Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости* // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. – М.: Медпрактика-М. – 2002. – Т. 1 – С. 33 – 41.
3. Буров Ю.В., Веденникова Н.Н. *Нейрохимия и фармакология алкоголизма*. – М., 1985. – 240 с.
4. Сытинский И.А. *Биохимические основы действия этанола на центральную нервную систему*. – М.: Медицина, 1980. – 191 с.
5. Сытинский И.А. *Этанол и обмен веществ*. – Минск, 1982. – 286 с.
6. Чернобровкина Т.В. *Энзимопатии при алкоголизме*. – Киев: Здоровья. – 1992. – 312 с.
7. Шабанов П.Д. Калишевич С.Ю. *Биология алкоголизма*. – СПб.: Лань, 1998. – 272 с.
8. Шабанов П.Д. *Основы наркологии*. – СПб.: Лань, 2002. – 560 с.
9. Blum K., Payn T.E. *Alcohol and the addictive brain*. – N.Y.: Free Press, 1991. – 212 p.
10. Tabakoff B., Hoffman P.L., Lee J. M. et al. *Differences in platelet enzym activity between alcoholics and nonalcoholics* // N. Engl. J. Med. – 1988. – Vol. 318, № 3. – P. 134 – 139.

## ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

### ТИПЫ СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У ЛИЦ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ

Г.С. Абдирайымов, М.М. Нуркатова

Ситуация в Республике Казахстан характеризуется увеличением смертности в результате суицидальной активности среди населения. По данным международной статистики Казахстан входит в число стран с высоким коэффициентом суицидальности, занимая среди них первые места. Ситуация осложняется недостаточной инфраструктурой и, соответственно, недостаточной системой учета и наблюдения подобных случаев. Как правило, в область наблюдения попадают пациенты, имеющие психиатрический диагноз и состоящие на диспансерном учете психиатрических диспансеров. Однако эти лица составляют лишь малую часть от общего количества случаев совершения суицидальных попыток.

Сама проблема суицидальности имеет выраженную социальную основу как в причинах и факторах риска, так и в методах профилактики и реабилитации лиц с суицидальными тенденциями. Отдельно необходимо понимать, что социальный фактор сам по себе, не имея преломления через субъективную картину мира и представлений субъекта, не может стать решающим.

На сегодняшний день в социально-психологических науках наблюдается поворот к философским методологиям в изучении человеческого поведения и возрастающий интерес к исследованию содержательных особенностей индивидуального сознания личности как интегрированного и многомерного отражения реальности. Всё шире обсуждается вопрос о необходимости исследования индивидуальной специфики внутренней жизни, реконструкции субъективной картины мира девиантной личности. В ситуации ломки социальных стереотипов и набирающих силу новых социокультурных тенденций вопросы неблагоприятного формирования структур индивидуального сознания приобретают особую важность. Рассмотрение системы ценностных и смысловых установок способствует более глубокому анализу причин, мотивов поведения человека, его реакций на стрессовые ситуации, на развитие суицидального поведения в интересующем исследовании [1].

Нами проведено исследование на базе Республиканского токсикологического центра (г. Алматы). Объектами исследования стали лица, совершившие суицидальную попытку, но по психическому статусу соответствующие диагнозу «психического здо-

ровья». Сама попытка суицида расценивалась как аффективная реакция на стрессовую ситуацию.

**Целью исследования** стало изучение особенностей ценностно-смысловой сферы личности пациентов для выявления индивидуально-личностных факторов риска совершения суицидальных попыток.

Исследование проводилось в период с июня по декабрь 2009 г., количество респондентов составило 75 человек.

В исследовании были использованы ряд методов:

- a) полуструктурированное интервью для выявления причин и мотивов совершения суицидальной попытки;
- b) опросник на выявление отношения человека к социально-политическому положению в государстве [4];
- b) два стандартизованных теста на выявление особенностей ценностно-смысловой сферы:
  - тест смысложизненных ориентаций Д.А.Леонтьева [2];
  - методика Шварца на выявление ценностных ориентаций [4].

В данной статье мы рассмотрим данные, полученные в результате тестирования на выявление смысложизненной ориентации. Исследование проводилось с помощью методики исследования смысложизненных ориентаций, разработанной Д. А. Леонтьевым. Данный опросник был создан Леонтьевым Д.А. в то же время, что и его работы, посвященные экзистенциальному кризису российского (и ещё советского) общества. Опросник содержит 20 пунктов, представляющих собой полярные суждения относительно «качеств жизни» испытуемого, например: «Я обычно: ужасно скучаю – полон жизни и энтузиазма». Выделяется 5 факторов-шкал:

1. «Цели в жизни»;
2. «Процесс жизни, или интерес и эмоциональная насыщенность жизни»;
3. «Результативность жизни, или удовлетворенность самореализацией»;
4. «Локус контроля – Я (Я – хозяин жизни)»;
5. и «Локус контроля – жизнь, или управляемость жизни».

Первые три фактора образуют смысложизненные ориентации: цели в жизни (будущее), насыщенность жизни (настоящее) и удовлетворенность самореализацией (прошлое). Два оставшихся фактора характеризуют внутренний локус контроля как

общее мировоззренческое убеждение в том, что контроль возможен и человек способен осуществлять такой контроль. А. Серый совместно с А. Юпитовым несколько модифицировали обработку, благодаря чему они смогли выделить актуальные смысловые состояния [5].

Первый тип актуального смыслового состояния характеризуются низкими показателями осмысленности прошлого, настоящего и будущего. По субшкалам «Локус контроля – Я» и «Локус контроля – жизнь» также зафиксированы низкие баллы.

Второй тип отличают низкие показатели осмысленности настоящего и будущего и высокая осмысленность прошлого соответственно, низкие показатели выраженности «Локуса контроля – Я» и средние по шкале «Локус контроля – жизнь».

Третий тип представляет собой состояние с высокой осмысленностью настоящего и низкими показателями осмысленности прошлого и будущего. Показатели локуса внутреннего контроля себя и жизни такие же, как и у предыдущего класса.

Четвертый тип испытуемых характеризуется высокими показателями осмысленности прошлого и настоящего и низкой осмысленностью будущего. При этом наблюдаются средние показатели по субшкалам локуса контроля себя и жизни.

Пятый тип представляет собой состояние с выраженной осмысленностью целей и низкими показателями осмысленности настоящего и прошлого. Испытуемые демонстрируют низкие показатели локуса контроля жизни и средние – локуса контроля себя.

Шестой тип смыслового состояния характеризуется неудовлетворенностью своей жизнью в настоящем (низкая осмысленность настоящего процесса жизни), устойчивыми средними показателями локусов контроля – Я и жизни.

Седьмой тип испытуемых имеет высокие показатели осмысленности настоящего и будущего при низкой осмысленности прошлого. Локусы контроля – Я и жизни, как и в предыдущем состоянии, носят устойчивые средние показатели.

Восьмой тип смыслового состояния отражает положительный полюс осмысленности. В данном случае все три временных локуса имеют высокие показатели осмысленности. Данный класс состояния характеризуется высокими баллами по шкалам «Локус контроля – Я» и «Локус контроля – жизнь».

Полученные в ходе нашего исследования результаты представляем в таблице 1.

По всей выборке в целом наблюдается следующая картина:

- 1 тип ACC - 27%;
- 7, 8 тип ACC - по 16%;
- 6 тип ACC - 12%;
- 4,5 типы ACC - по 8%;
- 5 тип ACC - %.

Далее мы рассмотрим соотношение различных типов актуального смыслового состояния в зависимости от возрастных и гендерных факторов (рисунок 1).

Согласно рисунку 1 тип ACC максимально свойственен мужчинам в первых 3-х возрастных группах (от 16 до 45 лет), где отмечаются низкие показатели осмысленности прошлого, настоящего, будущего и низкие показатели, как внешнего, так и внутреннего локуса контроля. А так же высокий процент представленности 5 типа ACC, где достаточно активно выставляются планы и цели на будущее, но нет анализа и осмысления прошлого, а так же нет достаточного контроля и удовлетворенности настоящим. Данный тип ACC характерен для мужчин старшего зрелого возраста (старше 45 лет). Данный возрастной период характеризуется активным ведением профессиональной жизни, достижением определенных результатов с помощью уже достаточно проверенных способов и инструментов (в т.ч. психологических). Ближе к 50 годам ситуация меняется, человек достигнув определенных результатов словно останавливаясь замечает снижение эмоциональной удовлетворенности от происходящих событий, пытается найти объяснения в прошлом, что вызывает достаточно сильные переживания, очень часто связанные с сожалением о

Таблица 1  
Типы ACC (актуальное смысловое состояние)

№	Пол	Типы ACC							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1	М	3(37,5%)	1(12,5%)	0	1(12,5%)	2(25%)	0	0	1(12,5%)
	Ж	10 (26%)	3(8%)	4(10%)	3(8%)	4(10%)	2(5%)	7(18%)	6(15%)
2	М	3(37,5%)	0	2(25%)	1(12,5%)	1(12,5%)	1(12,5%)	0	0
	Ж	0	1(14%)	0	0	0	0	3(43%)	3(43%)
3	М	1(100%)	0	0	0	0	0	0	0
	Ж	0	0	0	1(14%)	0	3(43%)	2(29%)	1(14%)
4	М	0	0	0	0	1(100%)	0	0	0
	Ж	3(75%)	0	0	0	1(25%)	0	0	0
<i>ВСЕГО</i>		20 (27%)	5(7%)	5(7%)	6(8%)	6(8%)	9(12%)	12 (16%)	12(16%)

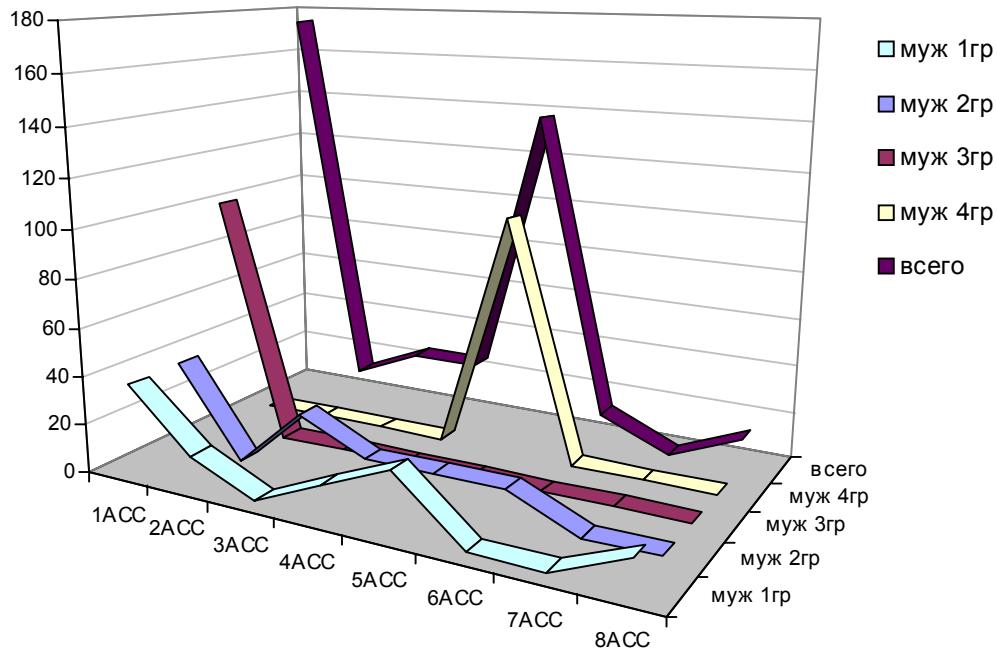


Рисунок 1. Типы ACC у мужчин в различных возрастных группах

прожитом и упущенном. В остальных возрастных группах примерно одинаковый процент составляют 3 и 4 типы. Кроме этого, мужчинам первых двух групп и особенно 4 группы (старше 46 лет) свойственен 2 тип ACC с хорошей осмыслинностью прошлого, но низкой осмыслинностью настоящего и будущего, низкими показателями по внутреннему локусу контроля и показателями ближе к среднему по внешнему самоконтролю. Третий тип (высокая осмыслинность настоящего и плохая осмыслинность прошлого и будущего) свойственен лишь для мужчин среднего возраста (от 26 до 35 лет), показатели локусов контроля этого типа так же снижены. 4 тип ACC не обозначился в данной выборке, однако выводов по этому факту мы не можем строить, так как объем выборки не большой. Для первой группы свойственны так же 5,7,8 типы ACC, (общим является высокая осмыслинность будущего, но осмыслинность настоящего и прошлого колеблется).

Результаты тестирования по женской группе свидетельствуют, что для женской выборки 1 тип ACC свойственен самой молодой и самой старшей группе выборки. Далее, по высоте оценок отмечаются 7 тип ACC для 2 и 3 возрастной группы (от 26 до 45 лет), где хорошо оценивается и осмысливается настоящее, строятся планы на будущее, но плохо осмысливаются события прошлого, что влияет на формирование стратегий поведения. Женщины 3 группы (36-45 лет) хорошо осмысливают прошлое, строят представления о будущем, но не контролируют текущие события, нет удовлетворенности настоящим (6 тип ACC). 43% жен-

щин 2 группы (26-35 лет) характеризуются 8 типом ACC, где одинаково хорошо осмысливаются все события прошлого, настоящего и будущего, чего мы не видели в мужской группе. Показатели локусов контроля так же как и в мужской популяции свидетельствуют о пассивной роли, недостаточном самоконтроле, отсутствии веры и способности самим влиять и управлять своей жизнью (рисунок 2).

Таким образом, в ходе исследования мы выявили ряд особенностей в системе смысложизненной ориентации, характерных для лиц, склонных к суицидальному поведению. На переднем плане выступает очень высокий процент несформированной системы смысложизненных ориентиров, проявляющихся в первом типе смысловой регуляции, как у мужчин, так и у женщин либо дисбаланс в смысловой направленности, как правило, характеризующийся очень высокой направленностью на будущее, (планы, цели, просто представления о будущем), но нет адекватной оценки происходящего. Или нет связи с прошлым, когда человек не находит решений и поддержки в своем прошлом опыте («не учится на ошибках прошлого» либо не осознает и не регулирует свои стратегии поведения). В соответствии с этим, попадая в эмоционально сложную, субъективно расцениваемую как безвыходную ситуацию, человек всеми силами старается максимально быстро оказаться в лучшей ситуации (рисуя благоприятные картины будущего), но не использует для этого ни свой прошлый опыт, не находя в нем закономерностей своего поведения. В итоге он не может найти возможные способы и

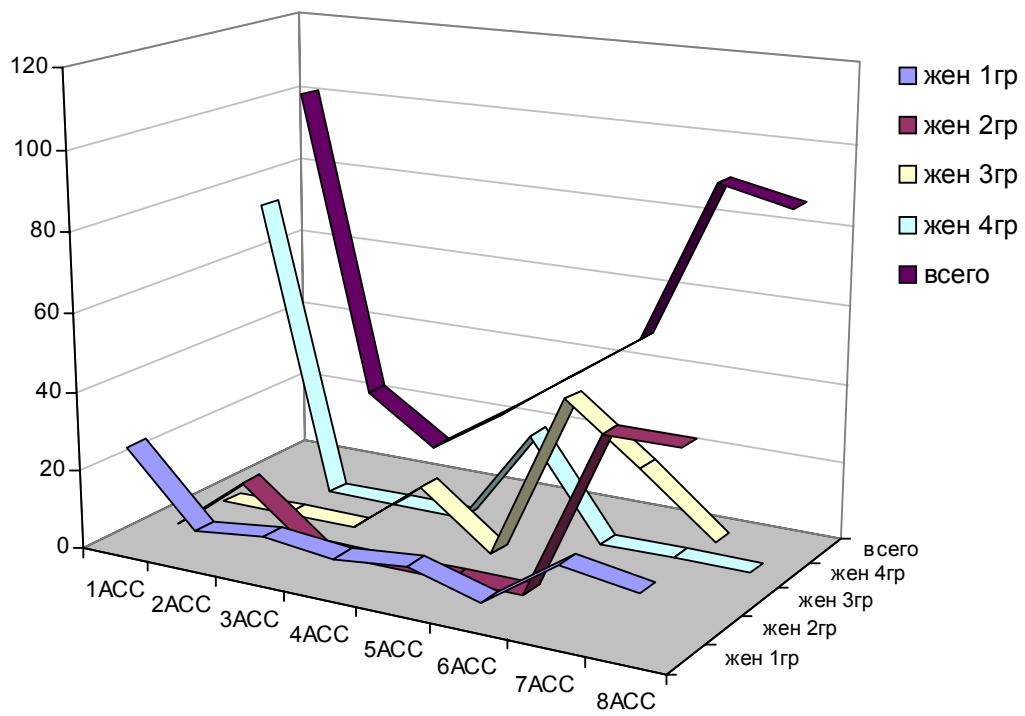


Рисунок 2. Типы ACC у женщин в различных возрастных группах

инструменты для разрешения проблемы или конфликта в настоящем. В итоге проблема в личных представлениях вырастает до огромных масштабов. Система самоконтроля очень слабая, не смотря на то, что исследование проводилось после совершения суициdalной попытки и большинство пациентов утверждали, что осознали ошибку своего поступка.

Самоконтроль представлен в виде внешнего локуса контроля, что свидетельствует о выжидательной позиции, ожидания помощи со стороны, разрешения ситуации без своего активного вмешательства. Это в свою очередь максимально ослож-

няет состояние суицидентов, поскольку не позволяет им обратиться к себе, своим собственным ресурсам.

Данные результаты позволяют нам выстроить систему оказания помощи, основные стратегии и мишени для работы. Соответственно целям будут подбираться те или иные методики и техники, позволяющие не только ситуативно разрешить насущную проблему, но так же наглядно продемонстрировать человеку его основные ошибки в поведении, а самое главное его слабые места в оценках и взаимоотношениях с окружающим миром и жизненными событиями.

#### Литература:

1. Братусь Б.С. Аномалии личности. - М.: Мысль, 1988. - С. II.
2. Карапашев В.Н. Методика Шварца для изучения ценностей личности: концепция и методическое руководство. — СПб.: Речь, 2004.
3. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). — М.: Смысл, 1992. – 16 с.
4. Inglehart R., Basanez M., Diez-Medrano J., Halmann L., Luijckx R. Human beliefs and values. – Mexico, 2004.
5. Sery A. Modification of Purpose-in-Life Test / A. Sery, A. Yupitov // 28 Congreso Interamericano de Psicología, Santiago, Chile, 2001. P. 127.

## АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ СУИЦИДАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ В г. АЛМАТЫ НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Г.С. Бердалина, В.М. Чеглакова, М.М. Нуркатова

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно в мире совершаются свыше 5 миллионов попыток самоубийств, из них свыше 500 000 случаев завершаются летально. В разные годы разные страны являлись «лидерами» по максимальным количествам самоубийств. Например, в 2000 году количество суицидов в Японии составляло 24,1 на 100 тысяч населения. По этому показателю Страна восходящего солнца уступала лишь России, где число самоубийств составляло 39,4 на 100 тыс. населения. В США данный показатель составлял 10,4 на 100 тыс. населения.

Россия в последние годы находилась в мировых лидерах по количеству самоубийств. Всего за период с 1995 по 2003 годы в России покончили с собой 500 тысяч человек. Но в последнее время в России наблюдается постепенное снижение количества случаев самоубийств. Если в 1992 году число суицидов возросло до 42 случаев на 100 тыс. населения, то к 2007 году – упало до 36 на 100 000 населения. По данному показателю Россия занимает четвёртое место в мире, Казахстан – пятое место (30 самоубийств в год на 100 тысяч населения).

Статистика самоубийств в мире представлена в таблице 1, из которой следует, что Китай лидирует по количеству самоубийств[1].

Из приведенной таблицы, следует, что по количеству случаев суицида первое место принадлежит Китаю, где на 100 тыс. населения приходится 56 случаев суицида.

Критическим порогом считается число суицидов, составляющее выше 20 на 100 тыс. населения. После стран Восточной Европы и России, Ка-

Таблица 1  
Число суицидов на 100 000 населения в 2007 году

Место	Страна	Число суицидов на 100 тыс. населения
1	КНР	56
2	Литва	42
3	Белоруссия	37
4	Россия	36
5	Казахстан	30
6	Венгрия	28,5
7	Латвия	26
8	Словения	26
9	Украина	25
10	Япония	24

захстан входит в группу стран с наивысшими проявлениями суицидального поведения. По данным Госкомстата, в последнее десятилетие число самоубийств в Республике Казахстан (РК) составляет 27-29 на 100 тыс. населения [2].

По данным Агентства Республики Казахстан по «сведениям об умерших по возрасту и причинам смерти» количество суицидов в Казахстане, в зависимости от возраста, в разные годы колеблется, но остается одинаково высоким. Данные по этому фрагменту представлены на рисунке 1.

Изучение мотиваций аутоагрессивного поведения является одной из актуальных проблем современной психиатрии. Риск совершения самоубийства зависит от сложного сочетания и взаимодействия клинических, ситуационных и личностных

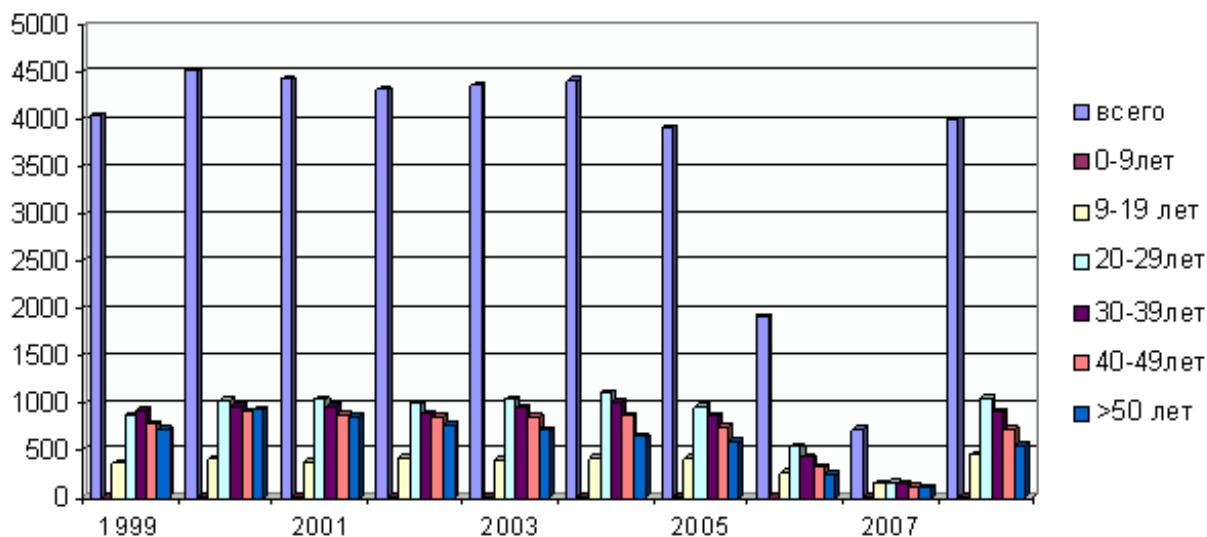


Рисунок 1. Динамика суицидов в РК в зависимости от возраста за период 1999 - 2008 гг.

факторов, доля преобладания которых, в каждом конкретном случае неодинакова.

По данным Республиканского центра токсикологии (РЦТ) ежегодно около тысячи человек, совершивших попытку самоубийства путем отравления, доставляются в отделение токсикологии бригадами «Скорой помощи». При отравлениях средней степени тяжести, пациенты госпитализируются в отделение. Они получают специализированную

помощь токсикологов и обследуются психиатром для выяснения причины суицида, оценки психологического состояния, оказания помощи в случае сохранения депрессии и суицидальных намерений. Тяжелые отравления составляют контингент реанимации. Динамика количества случаев доставки в стационары лечебных учреждений с отравлениями, как попыткой совершения суицида, показаны на рисунке 2.

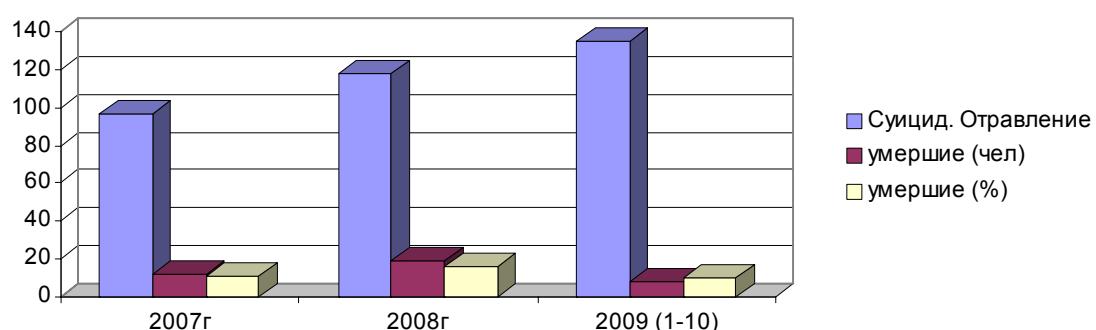


Рисунок 2. Динамика фиксированных случаев самоотравления и смертности в Республиканском центре токсикологии за период с 2007 года по октябрь 2009 года

Как видно из данных, представленных на рисунке 2, количество случаев госпитализации неуклонно растет (2007 г. - 97 случаев госпитализации, 2008 г. - 118, по состоянию на 01.12.2009 г. - 185 случаев). Количество лиц, поступивших в стационар с попыткой суицида, колеблется в течение рабочей недели от 2-3 человек до 5-6 человек за сутки. В праздничные и выходные дни это количество увеличивается. Например, в майские праздники в отдельные дни поступало по 8-10 человек. Чаще всего это связано с увеличением количества потребленного алкоголя. Алкоголь усиливает эмоции и ослабляет контроль поведения в критических или эмоционально значимых конфликтных ситуациях. Проще говоря, люди плохо контролируют свои поступки, что они делают, когда их захлестывают эмоции - не анализируют ситуацию, не думают о последствиях, забывают об ответственности за близких и родных людей, о своих родителях, детях. Как правило, на следующий день, пропрэзвев, такие пациенты сожалеют о своей попытке суицида, раскаиваются, уверяют, что никогда больше не совершают суицида. Объясняют случившееся выплеском эмоций и алкогольным опьянением. Это - наиболее частые варианты суицидальных попыток. В медицине подобные состояния относятся к аффективным расстройствам настроения (по Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), причиной которых может стать ситуация, которая для человека становится стрессом. Попытки суицида в состоянии алкогольного опьянения составляют до 80% от общего их количества. Еще одна особенность, наблюдаемая нами в отде-

лении – это значительное преобладание суицидальных попыток среди женщин, о чем свидетельствует частота госпитализаций - 80% женского населения. Как реакция на психотравмирующую ситуацию развивается состояние психической дезадаптации. При этом, у разных личностей возникают разные состояния: тревоги, тоски, отчаяния, безысходности. По мере неразрешения психотравмирующей ситуации состояние дезадаптации продолжает нарастать и усиливаться, на пике болезненных переживаний у человека могут появиться суицидальные мысли, которые сначала носят пассивный, а затем активный характер [3].

При лёгкой степени отравления после оказания неотложной квалифицированной медицинской помощи пациенты не госпитализируются. После осмотра и консультации психиатра, оказания пациенту психологической помощи и при условии, что суицидальных намерений у него больше нет, пациент в сопровождении родственников, направляется домой под дистанционное наблюдение дежурного токсиколога. Если у человека сохраняются нерешенные психологические проблемы, ему рекомендуется обращение к психологу, часто вместе с членами семьи (родителями или супругом).

На рисунке 3 представлены характеристика исследуемого контингента по возрастному признаку.

Рассматривая возрастные категории лиц, совершивших попытку суицида, следует отметить, что в исследуемом фрагменте преобладает возраст от 18 до 25 лет (40%), лица в возрасте от 25 до 40 лет составляют 33%. На подростково-юношеский возраст (14-17 лет) приходится 14% попыток суицида.

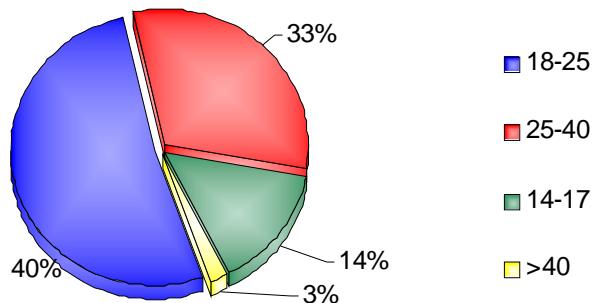


Рисунок 3. Характеристика лиц, совершивших попытки суицида, по возрастному признаку

Невысок и стабилен процент суицидов в связи с психическим заболеванием. Всего лишь 6% от числа лиц, совершивших данные действия, составляют психически нездоровье люди, чаще всего больные шизофренией, у которых заболевание обостряется весной и осенью, усиливаются депрессии и это может послужить причиной их повторных суицидальных попыток. Чаще всего депрессия встречается в рамках эндогенного психического процесса и дополняется бредовой и галлюцинаторной симптоматикой, например, бредом преследования, самообвинения, собственной неполноты. Галлюцинации в виде «голосов» могут приказывать убить себя, угрожать страшной расправой в случае неповиновения и толкать больного на суицид.

Небольшой процент (менее 2%) составляют очень пожилые люди, уставшие от старости, одиночества и болезней и решившиеся на суицид. Так же есть категория больных, знающих свой соматически тяжелый и часто неизлечимый современной медициной диагноз, (таких как онкология, системные заболевания, болезнь Бехтерева), уставших мучиться от болезни и совершающих из-за этого суицид.

В зависимости от глубины и содержания психотравмы - с одной стороны и конституциональными и личностными параметрами - с другой стороны, выделяются разные типы суицидальных реакций: призыв, протест, обида, шантаж, отчаяние, самонаказание, страх наказания, желание умереть, самоповреждение и иные.

У истероидных личностей попытки суицида носят демонстративный характер с целью «напугать» близких и родных и не имеют истинного желания умереть, а порой неосознанно или сознательно преследуют манипулятивные цели. Например, одна пациентка от того, что муж не захотел ей купить шубу, наглоталась таблеток, послав ему предварительно SMS сообщение и оставил незапертой входную дверь.

У юных девушек толчком к суициду, как правило, служит разрыв взаимоотношений по инициативе парня. Восточный вариант: поехали, показали невесту родителям или «украл», но потом

отказываеться от женитьбы. Ещё большая трагедия для молоденьких девушек – незапланированная беременность и отказ молодого человека от будущего ребёнка. В мусульманских семьях - это настоящий позор и часто причина суицида. У юношей реже, но тоже встречается причина - разрыв взаимоотношений или ссора с девушкой. Нередки случаи, когда самоубийство совершилось из-за запретов на брак в связи с разной национальной принадлежностью молодых. У взрослых замужних женщин одной из наиболее распространенных причин является измена мужа, появление у супруга любовницы, уход мужа из семьи, развод. В таких случаях чаще всего с целью отравления используются таблетированные медикаментозные препараты, среди них безусловный лидер - димедрол, затем различные снотворные препараты. Из немедикаментозных средств - уксусная кислота, что объясняется доступностью приобретения и дешевизной стоимости. В 2008 году из 118 попыток отравления с целью суицида в 16,2% (19 чел.) случаев имел место летальный исход. В 2009 году закончились летально 8 случаев самоубийства.

Поздний срок поступления в стационар, высокая токсическая доза препарата, алкогольное опьянение, отсутствие адекватной помощи на догоспитальном этапе (обязательно необходимо промывание желудка через зонд), приём концентрированной 70% уксусной кислоты в количестве 50-100 мл, привели к летальным исходам. Пациенты, совершая попытку суицида через отравление, наивно полагают, что смерть наступит немедленно и легко. Но при отравлениях уксусной кислотой больные получают тяжелые осложнения такие как: пищеводно-желудочные кровотечения вследствие химического ожога, экзотоксический шок, гнойные осложнения в виде трахеобронхита, пневмонии, медиастинита, панкреатита, перитонита, острой почечно-печёночной недостаточности. От тяжёлых осложнений часть пациентов умирает, хотя они уже глубоко сожалеют и раскаиваются в содеянном. В 2007 году от отравлений уксусной кислотой умерли 12 человек, что составляет 11% от общего количества

(97 случаев). В 2008 году - 19 летальных исходов из 118 пациентов - это 16% и в текущем 2009 году за 10 месяцев четверо умерших от уксусной кислоты На сегодняшний день (начало ноября) в отделении на лечении находятся четыре пациента с отравлением уксусной кислотой. Но подавляющее большинство пациентов (98,3%), поступивших с отравлениями с целью самоубийства, после проведения адекватной дезинтоксикационной и симптоматической терапии остаются живы.

Проведенный анализ психопатологических механизмов аутоагрессивных тенденций у лиц с психическими расстройствами и у людей, совершивших суицид в аффективном состоянии или по демонстративно-шантажным мотивам, позволяет получить представление о характере личностных особенностей и патологическом поведении, а также определяет дифференцированную направленность лечебно-профилактических мероприятий по профилактике суицидов.

*Литература:*

1. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. – М.: Миклош, 2008. - 280 с.
2. Алтынбеков С.А. Депрессии и суицидальное поведение. - Алматы: Саясат, 2007. - 25 с.
3. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства. //Ж. Социальная и клиническая психиатрия. 1996. № 4. С. 14-20.

## **ФОРМЫ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ОСУЖДЕННЫХ ЛИЦ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ СОТРУДНИКОВ ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

Е.К. Каирханов

Аутоагрессивные поведения у осужденных, как правило, носят демонстративный характер и кратковременно облегчают их переживания. Одним из видов аутоагрессивного поведения является самоповреждения, предусматривающие причинение вреда своему здоровью с замыслом достичь определенных целей. Совершаются аутоагрессивные поступки у осужденных в исправительных учреждениях и являются наиболее частым видом травматизма у них, в условиях изоляции и длительного отрыва от семьи и привычной профессиональной деятельности. Мотивами аутоагрессивного поведения осужденных при этом, часто служат возможность получения определенных льгот от администрации, направление в больницы исправительных учреждений, способ самоутверждения, нарушение «воровских» традиций, стремление вызвать сочувствие у окружающих, гомосексуальная связь, снятие стресса, тоска по родным, измена близкого человека и распад семьи, психические заболевания и т.д. [1, 2].

Нами проведен анализ анкетирования 39 сотрудников системы исполнения наказаний, работающих в колонии строгого режима. Из них, опрошено со средним образованием – 21 человек (53,8%), с не законченным высшим – 6 человек (15,3%), с высшим образованием – 12 человек (30,7%). Проводился опрос работников режимной службы – 33 сотрудника, оперативной части – 4 человека, медицинской части – 2 человека.

Возраст сотрудников колебался в пределах: до 25 лет – 15 человек (38,4%), от 25 до 45 лет – 24 человека (61,5%).

Стаж работы в уголовно – исполнительной системе сотрудников колебался до 5 лет у 25 человек (64,1%), от 5 до 10 лет – 8 человек (20,5%), от 10 лет и более – 6 человек (15,3%).

На вопрос, насколько часто осужденные совершают аутоагрессивные действия по отношению к себе иногда - ответили 79,4% от числа опрошенных лиц, довольно часто - 20,5% респондентов.

Наиболее распространенными видами аутоагрессивных поступков у осужденных, по данным опроса сотрудников, являются: самоповреждения – 32 (82%), голодаюка у 5 (12,8%), искусственный вызов различных заболеваний у 2 (5,1%)

По мнению сотрудников колонии, основными причинами, побуждающими осужденных совершать самоповреждения, 26 человек (66,6%) сотрудников системы исполнения наказаний, указали на получение осужденными возможности добиться поблажек от администрации исправительного учреждения, 11 человек (28,2%) - на несогласие с назначенным наказанием внутри учреждения, 7 человек (17,9%) - на конфликт с администрацией, 5 человек (12,8%) - на стремление вызвать сочувствие, 5 человек (12,8%) - на психические заболевания, 4 человека (10,2%) - на способ самоутверждения, 2 человека (5,1%) - на измену близкого человека, 2 человека (5,1%) - на тоску по родным,

---

---

1 человек (2,6%) - на желание попасть в больницу и 1 человек (2,6%) - на снятие стресса.

Таким образом, при анкетировании сотрудников исправительного учреждения строго режима о формах аутоагрессивного поведения выявлено, что самыми распространенными формами аутоагрессивного поведения осужденных являются са-

моповреждения. Основными причинами их побуждения, по мнению участников опроса, являются возможность добиться осужденными поблажек от администрации исправительного учреждения, несогласие с наказанием внутри учреждения, за совершение правонарушений во время отбывания наказания.

*Литература:*

1. Волков В.Н. *Медицинская психология в ИУ*. - М.: Юридическая литература, 1989. – 256 с.
2. Сторожук В.Т., Имангазинов С.Б., Мухаев Р.И., Ермолаев О.В. *Хирургическая тактика при колото-резаных повреждениях живота у осужденных: Методические рекомендации*. - Павлодар, 1996. – 9 с.

## ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

### ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Н.М. Садыков

Преодоление эмоционального стресса после того, как пациент узнал, что он инфицирован ВИЧ, приспособление к изменениям в укладе жизни, связанным с ВИЧ, присоединение к числу пациентов службы оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным в большинстве случаев соответствуют стадиям клинического течения заболевания. Рубежи, знаменующие переход от одной стадии к другой, часто сопровождаются сильными эмоциональными переживаниями ВИЧ – инфицированного лица. Знание этого дает медицинскому работнику возможность оказать пациенту адекватную психологическую поддержку, провести обучение и выразить свое участие.

Современные исследования в области психологии развития человека показали существенные различия в восприятии женщинами и мужчинами собственной личности, которые имеют важные последствия для практической медицины [1]. Хотя можно только строить предположения о том, являются ли эти различия и большей степени эволюционными и независящими от культурного происхождения или же они характерны для определенных сообществ и экономических слоев, понимание же этой теории, вероятно, делает медицинских работников более внимательными и восприимчивыми при работе с ВИЧ-инфицированными людьми.

Хотя любое общее суждение, касающееся пола, часто оказывается неверным в конкретном случае, два основных положения, которые были выведены в результате этого исследования, могут помочь медицинским работникам понять, в чем приспособительная реакция женщин к состоянию ВИЧ-инфицированности или заболеванию СПИДом часто отличается от подобной реакции у мужчин. Первое положение заключается в том, что женщины чаще воспринимают себя как личность в контексте своих взаимоотношений с другими людьми. Второе - состоит в том, что мужчины нередко боятся близких отношений, тогда как женщины чаще страшатся расставания [2]. Например, нередко можно услышать, что ВИЧ-инфицированные мужчины испытывают страх стать зависимыми от окружающих при прогрессировании заболевания, в то время как ВИЧ-инфицированные женщины часто в большей степени беспокоятся о том, что они при прогрессировании болезни не смогут в должной мере ухаживать за теми, кто от них зависит. При этом, безусловно, каждый человек боится быть покинутым и умереть и одиночестве. Может быть, эти

г. Павлодар

различия могут показаться простыми или очевидными, но в клинической практике они проявляются неожиданно ярко.

Мужчины часто теряют самоуважение, если они не могут продолжать работать, или чувствуют озлобление и стремятся отдалиться от других людей, которых они считают себя обязанными содержать. В то же время женщины чаще теряют самоуважение, если они лишаются возможности ухаживать за другими людьми. Многие ВИЧ-инфицированные женщины - матери-одиночки, и они глубоко переживают, если теряют способность ухаживать за детьми или обеспечивать семью так, как считают необходимым. Ради того, чтобы не остаться в одиночестве женщины могут смириться с тем, что служат объектом нападок или даже насилия, могут подавлять свой собственный гнев. Знание этих особенностей женской психологии помогает медицинскому работнику понять, как он может действовать - на пользу или во вред адаптации пациентки. Это позволит ему найти правильный подход к каждой ВИЧ-инфицированной женщине, которая пытается приспособиться к превратностям течения ВИЧ-инфекции и оппортунистических заболеваний.

Благоприятным обстоятельством является то, что женщины, которые приспособливаются к жизни с ВИЧ-инфекцией и СПИДом, могут быть настолько озабочены судьбой близких людей, что решатся на кардинальные изменения собственного поведения. Например, откажутся на время беременности от давней привычки употребления наркотиков или начнут обсуждать проблемы опеки и усыновления своих детей – это проблемы, которые пугают женщину и обсуждения которых она предпочла бы избежать. Или же ВИЧ-инфицированная женщина может взять на себя ответственность приводить своих детей или партнеров в службы медицинской помощи, несмотря на большое расстояние или значительные препятствия (к числу которых относится утомление самой женщины или плохое состояние её здоровья). Кроме того, женщины могут демонстрировать поразительную находчивость в поиске дополнительных средств к существованию для своих близких.

Практический врач, который понимает, что сила такой мотивации часто берёт начало на глубинном уровне самосознания, и что это не просто обычное желание «поступать хорошо», осознает как важно найти время для того, чтобы выразить восхищение той самоотверженностью, которую проявляет па-

циентка. Это поможет установлению с ней доверительных отношений и укреплению союза ради решения общих проблем. Но особенности женской психологии имеют и свою оборотную сторону. ВИЧ-инфицированная женщина может начать или продолжить употребление наркотиков, боясь потерять партнера, употребляющего наркотики; поддерживать негармоничные или даже сопровождающиеся насилием взаимоотношения из-за страха перед их разрывом: испытывать вину за то, что она тратит время, которое могла бы посвятить другим, на свои собственные нужды; проявить неспособность к внутренней мотивации и полноценной заботе о себе самой и ситуации независимости, когда «никто», кроме самой женщины, не выигрывает от её усилий.

Женщины, которым пришлось жить в нищете или многократно в своей жизни испытывать чувство беспомощности по другим поводам, ещё меньше уверены в своих силах, или, на более глубоком уровне, в том, что они «достойны жить». Многие медицинские работники понимают, что подтверждение необходимости или даже «выдача разрешения» ВИЧ-инфицированной женщине заботиться о собственном здоровье может со временем стать важнее, чем наставления о том, каких конкретных форм поведения ей необходимо придерживаться. В определенных обстоятельствах, таких как необходимость достижения договоренности с половым партнером об использовании профилактических мер безопасности, медицинский работник может даже проявить некоторую настойчивость и, не осуждая прошлого поведения пациентки, побудить её более решительно взяться за охрану собственного здоровья.

Один медицинский работник, который способен установить доверительные отношения с пациентом, должен также осознать и принять тот факт, что прочность их взаимоотношений способствует повышению мотивации у ВИЧ-инфицированного лица в такой же степени, как и лекции о вирусной нагрузке. Другой же медицинский работник может выразить неудовольствие или досаду по поводу несоблюдения пациентом режима приёма препаратов или других медицинских рекомендаций и обнаружить, что пациент больше к нему не придет, потому что он отнёс этот разговор на свой счет, истолковав его в контексте своего восприятия как разрыв взаимоотношений с врачом.

Больная СПИДом женщина, которая чувствует вину за любое время, потраченное на свои нужды, в большей степени ощутит поддержку со стороны медицинского работника, если он сначала признает важность её беспокойства по поводу заботы о других людях, а затем, исходя из этого беспокойства, мягко напомнит ей, что она не сможет продолжать заботиться о близких людях, если не будет, прежде всего, заботиться о своем здоровье. Только в условиях взаимоотношений, когда ВИЧ-

инфицированная женщина чувствует, что к её ценностям проявляется уважение, и когда установлен достаточный уровень доверия, медицинский работник наиболее эффективно сможет указать женщины на мешающие адаптации формы поведения так, что это будет восприниматься пациенткой как забота и поддержка со стороны врача, а не как критика и отказ в помощи.

У ВИЧ-инфицированных лиц часто встречается ряд психических расстройств, которые требуют диагностики и лечения. У серопозитивных женщин и мужчин, выше, чем у населения в целом, вероятность заболеть в течение жизни большим депрессивным расстройством и пограничным расстройством личности. При этом способность пациентами соблюдать расписание посещений врача и сложные режимы приёма препаратов может снизиться. Для серопозитивных мужчин и женщин с нелеченными психическими расстройствами, связанными с импульсивным поведением или причинением себе вреда, возможно участие в действиях, связанных с высоким риском заражения инфекциями, передающимися половым путём. При этом возникает опасность передачи ВИЧ другим людям и опасность заражения другими заболеваниями, передающимися половым путём (ЗППП).

Большие депрессивные расстройства могут быть не диагностированы, поскольку медицинские работники нередко представляют себя на месте пациента и думают, что «в таких обстоятельствах у меня тоже была бы депрессия». После установления диагноза такие расстройства часто лечат недостаточными дозами антидепрессивных препаратов, слишком низкими для того, чтобы лечение было эффективным. Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, иногда не рассматриваются как факторы, усугубляющие депрессию, и биполярное расстройство часто не распознается в фазе депрессии.

Практическому врачу, который лечит ВИЧ-инфицированного больного, необходимо учитывать несколько специфических моментов, связанных с психиатрией. Среди женщин, находящихся в местах заключения, наблюдается более высокая распространённость психических расстройств и расстройств, обусловленных употреблением психоактивных веществ, чем среди женского населения в целом и даже, чем среди заключенных-мужчин. В регионах с высокой распространённостью ВИЧ-инфекции частота случаев ВИЧ-инфекции среди людей, страдающих хроническими душевными болезнями, выше, чем среди населения в целом [3]. Симптомы психоза у ВИЧ-инфицированного пациента также необходимо отличать от проявлений делирия. Нужно исключить неврологические причины изменений настроения и душевного состояния, хотя сейчас имеются данные, что у больных, получающих лечение ингибиторами протеа-

зы, нейрофизиологические нарушения, обусловленные ВИЧ-инфекцией, наблюдаются реже [4]. В начале эпидемии ВИЧ-инфекции частота случаев суицида у ВИЧ-инфицированных была намного выше, чем среди населения в целом. Однако в последнее время наблюдается тенденция к её снижению [5]. Суицидальные мысли могут носить защитный характер, символизируя, что человек продолжает полностью контролировать своё состояние; эти случаи необходимо отличать от случаев активного суицидального поведения. В настоящее время наблюдается тенденция снижения частоты суицидов среди ВИЧ-инфицированных людей. Это может быть обусловлено антиретровирусной терапией, которая, помимо повышения продолжительности жизни и вселения надежды, способствует улучшению когнитивной функции и улучшению состояния пациентов с органическими психическими расстройствами [2].

*Литература:*

1. Courno F, McKinnon K. *HIV seroprevalence among people with severe mental illness in the U.S.: a critical review.* Clin Psycol Rev 17:259- 69, 1997.
2. Ferrando S., Van Gorp W., McElhinney M., et al. *Highly active antiretroviral treatment in HIV infection: benefits for neuropsychological function.* J AIDS 12: F65- 70, 1998.
3. Gilligan C. *In a different voice.* Cambridge: Harvard University Press, 1982.
4. Marzuk P., Tardiff K., Leon A., et al. *HIV seroprevalence among suicide victims in New York City, 1991-1993.* Am J Psychiatry 154: 1720- 5, 1997.
5. Surrey JL. *The 'Self-in-Relation': A Theory of Women's Development. Work in Progress Series,* The Stone Center, Wellesley College, 1982.

Среди межчеловеческих отношений, в которых состоит серопозитивный пациент, одно из самых важных мест занимают его взаимоотношения со своим врачом. Развитие этих отношений может оказывать значительное влияние на жизнь ВИЧ-инфицированного лица, причем это влияние оказывает не только информация, сообщаемая врачом о ВИЧ-инфекции и её лечении, но и то, как врач её преподносит, и как он относится к самому ВИЧ-инфицированному пациенту.

Таким образом, имеются психосоциальные особенности жизни у каждого ВИЧ-инфицированного человека, учёт которых позволит улучшить качество медицинской помощи этой категории больных. Медицинские и социальные работники могут взять их за основу для создания обширной не только медицинской, но и социокультурной программы, которая будет направлена на оценку и решение проблем ВИЧ-инфицированных.

---

## **ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.**

### **ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ С СЕМЬЕЙ ПО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ПАВ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ**

Е.Л. Иванов, П.Г. Брыжахин, С.Д. Сулейменова,  
В.Н. Онгарова, З.С. Хаирбаева

г. Семей

Проблема раннего приобщения к употреблению психоактивных веществ становится сегодня одной из центральных проблем в нашем обществе. По мнению исследователей, если в самое ближайшее время не будут осуществлены меры на государственном уровне, сбудется прогноз независимых экспертов ВОЗ, согласно которому при нынешнем темпе наркотизации к 2060 году 80% подростков и молодёжи станут потребителями наркотиков.

По оценкам экспертов наркомании подвержены в основном подростки и молодёжь. По статистике, основными потребителями наркотиков являются люди от 14 до 30 лет. Поэтому проблема распространения и употребления наркотиков в молодежной и образовательной среде приобрела особую актуальность и требует совместных решительных действий, как со стороны государства, так и со стороны общества.

В сложившейся ситуации профилактика употребления психоактивных веществ (ПАВ) в молодежно-подростковой среде приобретает приоритетное значение, а к числу значимых субъектов профилактики наркомании среди детей, подростков и юношества следует отнести их ближайшее окружение - семью, родителей. С учетом актуальности проблемы наркотизации молодёжи и понимания того, что, во-первых - родители составляют первую общественную среду ребенка, закладывают основы его физического и психического здоровья, играют важнейшую роль в формировании жизненных ориентиров; во-вторых - родительская общественность является многочисленной, активной и наиболее заинтересованной в здоровье своих детей частью общества, поэтому одним из перспективных направлений деятельности наркологического диспансера по вопросам вторичной профилактики ПАВ в подростковой среде является работа с родителями.

Родители должны стать наиболее активными субъектами не только первичной, но и, что более важно, вторичной профилактики употребления ПАВ подростками. Несмотря на понимание большинством родителей их основополагающей роли в воспитании и развитии своих детей, в современном обществе имеют место следующие группы проблем:

1. Значительная часть родительской общественности склонна рассматривать наркоманию как сугубо индивидуальную проблему отдельных людей.

К сожалению, среди населения велика доля равнодушия, позиционной нейтральности и терпимости к происходящим вокруг негативным явлениям, родители очень часто подвержены ошибочной иллюзии, состоящей в уверенности в том, что беда наркомании не может коснуться их ребенка.

2. Вторая группа проблем связана с отсутствием знаний, навыков и современных социально адаптированных стратегий поведения у взрослой части населения, не позволяющим им оказывать необходимое воспитательное воздействие, психологическую и социальную поддержку детям.

По оценкам специалистов большинство современных семей характеризуются неблагоприятным психологическим климатом, неустойчивым типом взаимоотношений, дезориентациями ближайших и перспективных семейных целей, сведениеммысли жизни к парадигме pragmatичности. К сожалению, значительная часть современных родителей занята, прежде всего, проблемой заработка денег и не уделяет достаточного времени общению со своими детьми, не обладает высоким уровнем психолого-педагогической и правовой культуры, в результате чего, подростки оказываются одинокими и психологически беспомощными в связи с утратой связи со старшим поколением.

Обращает на себя внимание недостаточная информированность детей и родителей о квалифицированной бесплатной консультативной и лечебно-диагностической, реабилитационной помощи детям и подросткам, больным наркоманией и превентивной помощи лицам, лишь приобщающимся к употреблению ПАВ.

3. Большинство родителей стремится скрыть факт употребления ребёнком ПАВ и решать возникшие проблемы в первую очередь через медицинских специалистов. Причём, в основном, население ориентировано на анонимную наркологическую помощь. Многие при этом стремятся прибегать к услугам частнопрактикующих специалистов, что иногда в целом только загоняет проблему в тупиковое положение. Выявление лиц с наркотическими проблемами и до настоящего времени вызывает большие трудности, в результате чего фактически вся лечебно-профилактическая и реабилитационная работа в области наркологии касается явных, запущенных случаев наркомании, токсикомании и алкоголизма.

Таким образом, родители, даже серьезно обеспокоенные волной ранней наркотизации, являются практически беспомощными и мало организованными в осуществлении конкретных профилактических воздействий и относятся к ним негативно или безучастно, равнодушно.

На решение указанных проблем необходимо направить усилия наркологического диспансера при организации профилактической антинаркотической работы с семьей.

**В ситуации вторичной профилактики в условиях наркологического диспансера помочь семье должна быть:**

а) *дифференцированной*, т.е. учитывать особенности семьи, характер её внутрисемейных взаимоотношений и проблем, отношение взрослых членов семьи к наркоситуации и к проблеме «Мой ребенок и наркотики»;

б) *активной*, т.е. носить превентивный характер как в плане просветительства о проблеме наркотиков в том районе, где проживает семья, так и в плане помощи семье на уровне семейных консультаций, создания групп поддержки семьи и добровольной взаимной поддержки родителей;

в) *действенной*, т.е. результат должен выражаться в широком континууме изменений отношения семьи к проблеме «Мой ребенок и наркотики».

**Вторичная профилактика зависимости от ПАВ** касается лиц, которые уже испытывают на себе влияние проблемы, связанной с употреблением спиртных напитков и наркотических средств, но не обнаруживают признаков болезни.

**Цель вторичной профилактики** – максимально сократить продолжительность воздействия ПАВ на человека, ограничить степень вреда, наносимого злоупотреблением ПАВ, как потребителю, так и окружающей его микросреде – учащимся образовательного учреждения и семье, предотвратить формирование хронического заболевания. Комплекс мероприятий вторичной профилактики направлен на полное прекращение дальнейшей наркотизации и восстановление личностного и социального статуса.

**Основными принципами вторичной профилактики являются:**

1. *Комплексность* (организация воздействий на различных уровнях (подростки, семья, педагоги); совместная работа в данном направлении врачей-наркологов, родителей, психологов и педагогов, правоохранительных органов и других специалистов).

2. *Адресность* (учет возрастных, индивидуальных и личностных особенностей).

3. *Массовость*.

4. *Позитивность информации*.

5. *Минимизация негативных последствий*.

6. *Личная заинтересованность и ответственность родителей*.

7. *Максимальная активность подростков, употребляющих ПАВ и их родителей* (использование широкого диапазона интерактивных видов деятельности: тренингов, ролевых игр, моделирования ситуаций и т.д.).

8. *Устремлённость в будущее* (формирование потребности в здоровом образе жизни).

**Основные направления профилактической работы с родителями несовершеннолетних, употребляющих ПАВ:**

- *информирование родителей о случаях наркотизации и алкоголизации несовершеннолетнего лица; о целесообразности внутрисемейного контроля наркотизации на основе доврачебных диагностических тестов употребления наркотиков;*

- *предупреждение внутрисемейного вовлечения детей в раннюю алкоголизацию, случаев эмоционального отвержения детей и жестокого обращения с ними: семейное консультирование, привлечение групп родительской поддержки, специалистов комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав, служб социальной защиты населения, органов внутренних дел для оказания помощи «проблемной» семье;*

- *оказание помощи семье в конфликтных ситуациях* (ребенок начал наркотизацию; уходит из дома; прошел антинаркотическое лечение, находится на реабилитации и т.д.);

- *консультирование по вопросам «семейного примирения», информирование родителей о целесообразности внутрисемейного тестового контроля наркотизации, помочь семье в установлении контактов со специалистами, с группой родительской поддержки, оказание коррекционной помощи по программам тематических семинаров-тренингов «Как жить с ребёнком, который начал употреблять ПАВ».*

- *внедрение обучающих программ-тренингов активной психологической защиты для учащихся среднего и старшего школьного возраста.*

**Основные формы и средства антиалкогольной антинаркотической помощи семье в условиях наркологического диспансера:**

а) *лекционная форма* – через родительские собрания, семинары, практические занятия, тренинги;

б) *индивидуальное семейное консультирование* родителей из «проблемных» дисфункциональных и конфликтных семей по предупреждению ранней алкоголизации, наркотизации, безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних и молодежи;

в) *выявление родителей группы «риска» алкоголизации и наркотизации и обеспечение им поддержки в оказании социальной и медико-психологической помощи;*

г) *социальное вмешательство в семью* при асоциальном образе жизни в семье, жестоком обра-

щении с ребенком, при вовлечении его в раннюю алкоголизацию, наркотизацию, безнадзорное существование;

д) *оказание помощи родителям в возвращении ребенка в семью (семейное примирение)* в случае ухода ребенка из дома;

#### **Концептуальные основы работы с несовершеннолетними лицами, злоупотребляющими ПАВ, в условиях кабинета семейной реабилитации**

Учитывая, что злоупотребление наркотиков относится к заболеванию, возникающему на фоне жизненно-личностного или социального (семейного) неблагополучия, имеет системный характер расстройств, включающих болезненные нарушения в организме зависимого человека, психические расстройства, нарастающие расстройства личности, - становится очевидным, что данная проблема не может быть решена только на основе чисто медицинского подхода, с использованием ограниченных лечебных мероприятий. Необходима разработка и внедрение комплексных и дифференцированных реабилитационных программ, включающих медицинские, психологические и социальные мероприятия, проводимые совместно с семьей.

В зависимости от тяжести заболевания реабилитационная программа может реализовываться продолжительностью от нескольких месяцев до нескольких лет. При её разработке необходимо учитывать специфику детского и подросткового возраста: неравномерность созревания, незавершенность формирования личности, психологическую и социальную неустойчивость, значение для ребенка других лиц.

Таким образом, содержание реабилитации должно определяться не только самим заболеванием, но и возрастом, к которому относится его формирование. Научной основой концепции реабилитации являются представления о жизненном цикле и жизненном пути ребёнка, подростка и базирующаяся на них психологическая модель личности, в своем функционировании неразрывно связанная с основными значимыми другими лицами из ближайшего социального окружения, то есть семьи.

**Целью реабилитации** несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ, является их возвращение к жизни в обществе на основе восстановления физического и психического здоровья, отказа от психоактивных веществ, восстановления (или формирования) его нормативного личностного и социального статуса.

Для достижения указанной цели, на наш взгляд, необходимо решать следующие **задачи реабилитации**:

1. Формирование у несовершеннолетних осознанной мотивации на включение в реабилитационный процесс, продолжительное участие в нём и окончательный отказ от употребления наркотиков и других ПАВ.

2. Осуществление комплекса терапевтических мероприятий, направленных на устранение патологического влечения к психоактивным веществам, устранение психических и соматических нарушений, предотвращение срывов и рецидивов.

3. Восстановление семейных отношений, коррекция взаимоотношений и коммуникативных связей со значимыми другими лицами и с ближайшим социальным окружением.

Реабилитация предполагает использование следующего ряда **принципов при реализации программ**:

а) *добровольное согласие несовершеннолетнего и его родителей* (законных представителей) на участие в реабилитационных мероприятиях;

б) *прекращение приема ПАВ*;

в) *конфиденциальность*;

г) *системность реабилитационных мероприятий*, то есть объединение и координация комплекса педагогических, психологических, медицинских, социальных и иных реабилитационных мероприятий и интеграция усилий всех заинтересованных лиц;

д) *этапность реабилитационных мероприятий* (начальный, развернутый, завершающий этапы);

е) *позитивная направленность реабилитационных мероприятий* (формирование чувства доверия, коллективизма, честности, трудолюбия и др. посредством использования приемов поддержки, поощрения и т.д.);

ж) *ответственность*;

з) *включение в реабилитацию родителей и других членов семьи*;

и) *дифференцированный подход* к реабилитации различных групп несовершеннолетних;

к) *социальная и личностная поддержка несовершеннолетних по окончании курса реабилитации*.

В структурном отношении реабилитационный процесс можно разделить на три взаимосвязанных блока:

- I блок, предшествующий основной программе реабилитации;
- II блок основной программы реабилитации;
- III блок, реализуемый после завершения основной программы реабилитации.

**Основная цель мероприятий I блока** – первичное и специализированное консультирование и мотивационные действия.

Оказание консультативной помощи должно начинаться с *диагностики внутрисемейных отношений* и учитывать определенный алгоритм действий:

- оценка семьи и особенностей внутрисемейных отношений;
- установление зависимости ситуации в семье с началом наркотизации и девиантным поведением детей и подростков;
- диагностика состояния несовершеннолетнего в связи со злоупотреблением ПАВ или формированием зависимости.

## II БЛОК – основная программа реабилитации



**III БЛОК** мероприятий начинает осуществляться перед выходом несовершеннолетнего из реабилитационной программы и продолжается после её завершения. Он направлен на обеспечение преемственности поддерживающих и противорецидивных мероприятий, оказание социальной поддержки, возвращение детей и подростков в благополучные семейные отношения и образовательную среду.

Несовершеннолетнее лицо и после завершения реабилитационной программы будет иметь возможность вернуться в реабилитационную структуру или посещать её время от времени, например, в каникулы.

Показателем эффективности программы является:

- воздержание от употребления ПАВ;
- восстановление и укрепление физического здоровья;
- возврат несовершеннолетнего в общество и возобновление функционирования в нормативном окружении;
- положительная мотивация на здоровый образ жизни;
- выработка у подростков противонаркотического иммунитета;

- восстановление позитивных внутрисемейных взаимоотношений у подростков, ранее употреблявших ПАВ.

Эффективность реабилитационного воздействия оценивается на основе специального тестирования, а также данных мониторинга. Оценка имеет системный характер.

Семья, родители, микросоциальное окружение – важные участники профилактического процесса. Работа с семьей должна быть направлена на формирование её ресурсов, помогающих выработать у детей и подростков антинаркотический иммунитет. Иными словами, меры профилактической работы с родителями должны быть направлены на повышение их психолого-педагогической компетентности, позволяющей оказывать необходимое воспитательное воздействие и психолого-социальную поддержку детям, правовой культуры, формирование ресурсов и навыков преодоления стрессовых ситуаций, на устранение факторов риска, на стимулирование антинаркотической мотивации. Все это позволит активизировать внутренний профилактический антинаркотический потенциал семьи.

---

---

## ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ

### ОСОБЕННОСТИ ВОЛЕВОЙ РЕГУЛЯЦИИ У НАРКОЗАВИСИМЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Е.Б. Байкенов

Одной из наиболее актуальных проблем психотерапевтической реабилитации наркологических больных остается низкий уровень или отсутствие мотивации к терапии и к излечению (Райзман Е.М., 2009). В то же время психологические факторы, влияющие на формирование у наркозависимых лиц лечебной мотивации, не получили до настоящего времени достаточного освещения в современной литературе (Соловьева С., 2003). Как указывает В.К. Вилюнас (1990) сложные явления, к каким относится мотивация, не могут быть описаны сразу, требуя перевода сложного комплекса взаимосвязанных данных в некоторую последовательность изложения. При решении такой задачи неизбежны как предварительное расчленение этого комплекса, так и выбор некоторого порядка в освещении выделенных аспектов. Так исследователи анализируют процесс мотивации на примерах волевой регуляции (Ах Н., 1905; Божович Л.И., 1968; Кикнадзе Д.А., 1982; Куль Ю., 1983; Хекхаузен Х., 1985; Иванников В.А., 2006), также выделяют личностно-смысловой аспект мотивации (Божович Л.И., 1968; Леонтьев А.Н., 1977; Братусь Б.С., 1980), отмечая при этом тесную взаимосвязь между смысловыми образованиями и волевой регуляцией деятельности (Иванников А.А., 2006). По мнению В.А. Иванникова (2006) главной психологической функцией воли является усиление мотивации и совершенствование на этой основе сознательной регуляции действий.

Целью настоящего исследования является изучение особенностей волевой регуляции у наркозависимых лиц, находящихся на стационарном лечении.

В исследовании приняли участие наркозависимые лица, находящиеся на лечении в Республиканском научно-практическом центре медико-социальных проблем наркомании ( $n=227$ ). Настоящее исследование предполагало выделение следующих подгрупп:

- подгруппа № 1 - пациенты, досрочно прекратившие лечение на первом этапе медико-социальной реабилитации (этап медикаментозной коррекции) ( $n=32$ );
- подгруппа № 2 – пациенты, прошедшие этап интенсивной психотерапии и реабилитации ( $n=140$ );

- подгруппа № 3 – пациенты, находящиеся на этапе социальной реабилитации ( $n=55$ );

Исследование проводилось с помощью методики «Способ диагностики волевых расстройств» (Шостакович Б.В., Горинов В.В., Пережогин Л.О., 2001).

Результаты исследования показали что среди пациентов, досрочно покинувших программу, чаще встречаются лица, у которых отсутствуют расстройства преднамеренной регуляции ( $31,3\% \pm 16,0$  и  $14,3\% \pm 5,7$  при  $P < 0,05$ ), а также меньше лиц со средним уровнем (сомнительно) расстройств данного характера ( $53,1\% \pm 17,2$  и  $75\% \pm 7,1$  при  $P < 0,05$ ). Преднамеренная регуляция включает организацию психических процессов в соответствии с ходом деятельности и способность оказывать сопротивление рефлекторным действиям. Одним из признаков данного действия является отсутствие вынужденности поведения, в отличие от волевого действия, которое совершается по необходимости.

В данной группе пациентов реже встречаются лица у которых отсутствуют расстройства по шкале «Мотивы и влечения» ( $21,9\% \pm 14,3$  и  $55,7\% \pm 8,2$  при  $P < 0,01$ ) и больше лиц, имеющих расстройства пограничного уровня (сомнительно) по данной шкале ( $75\% \pm 15,0$  и  $41,4\% \pm 8,1$  при  $P < 0,01$ ). Мотивы и влечение включают переживание собственно волевого акта, имеющего осознанную цель и сопровождаемое осознанным представлением о средствах и последствиях достижения цели, осознание свободы воли (Ясперсу К., Spence S., Libet B., 1996).

Пациенты, прервавшие лечение на этапе медикаментозной коррекции не, осознают истинных мотивов своих действий и последствий этих действий. Так, например, в исследованиях Россинского Ю.А., Мусабековой Ж.К., Семке В.Я. (2006) указывается, что пациент заявлял о своём намерении досрочно прервать лечение, приводя много доводов о необходимости этого и заявляя, что это никак не связано с влечением к наркотику, однако основным мотивом данного поведения является употребление наркотика. В то же время, несмотря на неосознаваемый характер ведущего мотива, психические процессы, обеспечивающие деятельность, направленную на достижение данного мотива, остаются хорошо организованными.

---

---

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СТАДИЙ ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ У НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛИЦ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Е. Б. Байкенов

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

Прохазка и Ди Клементе (1986) наличие или отсутствие мотивации рассматривают как готовность к изменениям. Авторы в своем исследовании выделили множество фаз готовности к изменению: отсутствие осознания проблемы; становление проблемы; начало лечения; поддержание лечебных целей; рецидивы. Попавший в зависимость, как правило, проходит по несколько раз эти циклы, так как у него неоднократно бывают рецидивы (Prochaska & Di Clemente, 1986).

Целью исследования явилось изучение распространенности стадий изменения поведения на различных этапах наркологической помощи. В исследовании приняли участие наркозависимые лица, находящиеся на различных этапах наркологической помощи в количестве 268 человек. Настоящее исследование предполагало выделение следующих групп наркозависимых:

1) группа № 1 – это наркозависимые лица (n=41), которые являются резидентами программ снижения вреда, сформированная на базе НПО «Туран» (г. Павлодар) и НПО «Жардем» (г. Аксу, Павлодарская обл.);

2) группа № 2 – это наркозависимые лица, находящиеся на стационарном лечении, в Республиканском научно-практическом центре медико-социальных проблем наркомании (n=227).

В ходе исследования группа пациентов стационара была подразделена на следующие подгруппы:

- подгруппа № 1 - пациенты, досрочно прекратившие лечение на первом этапе медико-социальной реабилитации (этап медикаментозной коррекции) (n=32);

- подгруппа № 2 – пациенты, прошедшие этап интенсивной психотерапии и реабилитации (n=140);

- подгруппа № 3 – пациенты, находящиеся на этапе социальной реабилитации (n=55);

Для выявления стадий изменения поведения нами был использован «Опросник для исследования стадий психотерапии URICA» (The University of Rhode Island Change Assessment Scale, 1980).

Результаты исследования показали, что у пациентов которые находятся на этапе снижения вреда, по сравнению с больными, находящимися на стационарном лечении, лиц, на стадии предразмыщения больше (100% (доверительный интервал – 89,2 $\pm$ 100% и 48,9 $\pm$ 6,5% при P<0,01). Соответственно, мы не выявили в данной группе лиц, находящихся на стадии размыщения, когда человек начинает всерьёз рассматривать возможность изменения своего вредного для здоровья поведения. Также мы не выявили в данной группе лиц, находящихся на стадии действия, характеризующейся стабильным сохранением нового стиля поведения, и лиц, находящихся на стадии сохранения (период с момента явного поведенческого изменения до тех пор, когда нежелательное поведение окончательно преодолено). Следует отметить, что среди наркозависимых лиц, находящихся на стационарном лечении, достоверно чаще встречаются лица на стадии действия (0% и 33,5 $\pm$ 6,1% при P<0,01) и на стадии сохранения (0% и 12,3 $\pm$ 4,2% при P<0,01).

Также был проведен сравнительный анализ наркозависимых лиц, находящихся на различных этапах стационарного лечения: этап медикаментозной коррекции; этап психотерапии и этап социальной реабилитации.

Несмотря на отсутствие достоверных различий среди пациентов, прошедших этап психотерапии, по сравнению с пациентами, досрочно прервавшими лечение, отмечается тенденция к увеличению числа лиц, находящихся на стадии действий (15,8% (доверительный интервал 3,1 $\pm$ 39,8%) и 34% $\pm$ 9,1%).

Некоторые достоверные различия обнаружены между группами пациентов, прошедших этап психотерапии и завершивших на этом лечение, и пациентами, продолжившими лечение в отделении социальной реабилитации. Так в группе пациентов отделения социальной реабилитации гораздо меньше (по сравнению с пациентами, прошедшими этап психотерапии) лиц, находящихся на стадии предразмыщения (55,7% $\pm$ 8,2 и 25,5% $\pm$ 11,5% при P<0,01), и больше лиц на стадии размыщения (3,6% (доверительный интервал – 1,8 $\pm$ 8,2%) и

12,7%±8,8 при Р<0,05) и сохранения (7,1%±4,2% и 23,6%±11,2% при Р<0,01).

Таким образом, разный уровень готовности к изменению поведения на различных этапах нарко-

логической помощи указывают на необходимость дифференцированных мотивационных технологий к группам наркозависимых лиц, находящихся на соответствующих этапах наркологической помощи.

## АУТОАГРЕССИВНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ – АКТУАЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Е.К. Каирханов

г. Павлодар

Автоагрессивные повреждения – это умышленное причинение вреда своему здоровью с намерениями достижения определенных целей. Оно имеет одну направленность - нанесение себе минимальных повреждений с максимальной демонстрацией аффективного состояния перед окружающими [1].

В условиях отбывания наказания в местах лишения свободы, изоляции, длительного отрыва от семьи и привычной профессиональной деятельности у осужденных происходят психологические расстройства. При этом возникает изменение личности и психики человека, нередко стимулирующее у спецконтингента отклоняющееся поведение в виде автоагрессивных поступков. Одним из проявлений данных поступков являются самоповреждения. Их изучение необходимо как для сохранения здоровья осужденных лиц, так и для профилактики нарушений ими режима и дисциплины в исправительных учреждениях. Состояние оперативно-режимной обстановки в исправительных учреждениях также может явиться причиной совершения лицами отбывающими сроки наказания нанесения автоагрессивных повреждений.

Анализ ситуаций, в которых осужденные лица прибегали к аутоагрессии, показал, что это не только форма импульсивного реагирования на психогенно-травмирующие факторы (протест) и принуждения администрации к выполнению поставленных задач или условий (шантаж), но и форма защиты от различных посягательств негативно настроенных осужденных (при нарушении «норм и традиций преступного мира»), психологического давления, которому подвергается личность, преследуемая из-за положительных установок на перевоспитание, принуждения к гомосексуальному партнерству, уклонения от уплаты долга, нарушения данного слова, психологической несовместимости и даже как подражательство. При этом мотивами аутоагрессии служат получение определенных льгот, направление в больницы исправительных учреждений, смена коллектива, отказ от трудоустройства на производстве или дисциплинарного наказания в штрафном изоляторе и помещении камерного типа и т.д. [2].

Автоагрессивные поступки в виде самоповреждений возникают в основном в момент сложной для личности ситуации, например:

- а) при изменении условий режима отбывания наказания (изоляция в штрафном изоляторе и помещении камерного типа);
- б) при отказе изменить вид режима отбывания наказания на более легкий, при отказе в досрочном освобождении, в свидании с родственниками и других льгот;
- в) при конфликте в отряде, бригаде с другими осужденными лицами или администрацией исправительных учреждений.

Такое состояние должно быть своевременно установлено и приняты соответствующие предупредительные меры в виде наблюдения за изменением поведения осужденного, его действиями и высказываниями. Такая бдительность должна быть не только со стороны медработников, но, прежде всего, со стороны оперативно-режимных сотрудников учреждений [3].

Исследования ряда авторов показывают о наличии в исправительных учреждениях более 60% осужденных, имеющих различные психические аномалии, в том числе психопатии [4, 5]. По данным Медицинского управления Министерства внутренних дел Республики Казахстан (МВД РК), психические расстройства занимают третье место в структуре заболеваемости среди спецконтингента после травм и туберкулеза. Даже без включения столь распространенных в среде лиц, находящихся в заключении, наркологических расстройств (наркомании, алкоголизм) общая и первичная заболеваемость психической сферы превышают в 5 - 6 раз заболеваемость населения Республики в целом [6].

Следует отметить значение психопатии при налесении автоагрессивных самоповреждений и её проявление имеет место чаще в вариантах возбудимом и истерическом. Для возбудимого варианта психопатии характерны взрывчатость, конфликтность, эгоизм, злопамятность, нетерпимость к мнению окружающих. Реакция этих лиц проявляется на фоне эмоционального напряжения в виде аффек-

тивных по малозначительным поводам и несоответствующей силе раздражителя сопровождающаяся иногда против самих себя [6].

Автоагрессивные повреждения не всегда являются следствием только нервно-психических нарушений, а иногда совершаются сознательно, преследуя определённую цель [7]. Довольно часто имеют место случаи, когда осуждённые лица, отрицательно настроенные, собираются в больницах исправительных учреждений для выработки единой тактики действий и консолидации своих сил, информируя друг друга с целью поддержки «традиций» преступной среды, проводят разбор конфликтных случаев среди осужденных и т.д. [7, 8].

#### *Литература:*

1. Сторожук В.Т., Имангазинов С.Б., Мухаев Р.И., Ермолаев О.В. Хирургическая тактика при колото-резаных повреждениях живота у осужденных: Методические рекомендации. - Павлодар, 1996. – 9 с.
2. Волков В.Н. Медицинская психология в ИУ. - М.: Юридическая литература, 1989. – 256 с.
3. Имангазинов С.Б., Ермолаев О.В. Первая медицинская помощь при ранениях груди и живота у осужденных: Методические рекомендации. - Павлодар, 1996. – 5 с.
4. Антонян Ю.М. Личность осужденных, имеющих психологические аномалии и их поведение в местах лишения свободы // Проблемы повышения эффективности применения основных средств исправления и перевоспитания осужденных. Сб. научных трудов. - Рязань: ВШ МВД СССР, 1984. - С. 64-77.
5. Волков В.Н. Организация психиатрической помощи осужденным // Специальные вопросы организации медицинского обеспечения в ИУ. Сборник лекции № 2. - Домодедово: ВИПК МВД СССР, 1985. - С. 3-19.
6. Тулькубаева Р.К. О состоянии и мерах по дальнейшему улучшению организации психиатрической и наркологической помощи прикрепленным контингентам // Организация медицинской помощи лицам, содержащимся в следственных изоляторах, исправительно-трудовых учреждениях и личному составу органов внутренних дел МВД Республики Казахстан. - Алматы, 1994. - С. 37-40.
7. Волков В.Н. Медицинская психология в ИУ. - М.: Юридическая литература, 1989. – 256 с.
8. Волков В.Н., Макеев А.А. Симуляция психических расстройств осужденными и меры по их профилактике в ИУ // Актуальные вопросы и положительный опыт медицинского обеспечения в ИУ. - Домодедово, 1987. – С. 42-53.

Следует отметить, что наиболее трудным даже для практически здоровых осужденных является начальный период пребывания в следственных изоляторах и в местах отбывания наказания.

Таким образом, автоагрессивные повреждения являются актуальной проблемой в тюремной медицине. При этом необходимо участие в лечебном процессе врача-психиатра с момента установления факта самоповреждения для коррекции проводимой терапии. Немаловажное значение в успехе оказания медицинской помощи имеет взаимодействие медицинского персонала с оперативно-режимными сотрудниками учреждений.

## **АСТЕНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ГЕРОИНА С РАЗЛИЧНЫМ СТАЖЕМ УПОТРЕБЛЕНИЯ**

А.А. Кусаинов

г. Павлодар

#### **Материалы и методы исследования**

Работа основана на исследовании 140 пациентов РНПЦ МСПН (г. Павлодар, РК), с диагнозом: Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Пациенты были разделены на 2 группы, в зависимости от стажа употребления. В основную группу вошли пациенты с общим стажем наркотизации более 5 лет. В группу сравнения были включены пациенты с общим стажем наркотизации не более 1 года. Возраст пациентов составлял от 18 до 32 лет. Средний возраст больных на момент обследования составил в основной группе  $18,9 \pm 2,5$  лет, в группе сравнения аналогичный показатель составил  $25,8 \pm 1,2$  года.

Материалами исследования являлись стандартные формы истории болезни стационарного больного (форма № 003У). Использовался клинико-психопатологический метод для диагностики психических и поведенческих расстройств, вследствие употребления ПАВ, при квалификации основного синдрома с указанием базисных аргументов; экспериментально-психологический метод, который включал в себя субъективный опросник астении MFI – 20.

#### **Результаты и обсуждение**

В структуре астенических расстройств (у пациентов обеих групп) отмечалось преобладание фи-

зической астении, пониженной активности, снижение мотивации.

Среди больных героиновой наркоманией, участвовавших в исследовании, можно было выделить 2 основных типа (варианта) астенического синдрома. Для ряда пациентов более характерными были повышенная возбудимость, раздражительность, эмоциональная неустойчивость, нетерпеливость, несдержанность и ослабленный самоконтроль, что позволяло отнести этих пациентов к группе с так называемым гиперстеническим вариантом астении. Для другой группы пациентов был характерен гипостенический вариант астенического синдрома. При этом у большей части пациентов основной группы (41%) регистрировался именно гипостенический вариант астении. В группе сравнения аналогичный вариант астении регистрировался у 17,7% пациентов. Достоверность различий со-

ставила  $P < 0,01$ . Для группы сравнения (лиц с общим стажем наркотизации не более 1 года), наиболее характерным являлся гиперстенический вариант астении. По данному показателю были получены следующие данные: 38,6% у пациентов группы сравнения, и 26,9% в основной группе. Достоверной разницы в различии нами получено не было.

## Выводы

Таким образом, на основании полученных результатов можно сделать вывод, что в процессе хронической интоксикации у пациентов в продолжение наркотизации происходит постепенное формирование гипостенического варианта астении с характерными клиническими симптомами, такими как вялость, адинамия, анергия в сочетании с абулией.

# ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНО-МНЕСТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ С РАЗЛИЧНЫМ СТАЖЕМ НАРКОТИЗАЦИИ

А.А. Кусаинов

г. Павлодар

## Материалы и методы исследования

Работа основана на исследовании 140 пациентов РНПЦ МСПН (г. Павлодар, РК), с диагнозом: Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Пациенты были разделены на 2 группы. В основную группу вошли пациенты с общим стажем наркотизации более 5 лет, в группу сравнения вошли пациенты с общим стажем наркотизации не более 1 года. Возраст пациентов составлял от 18 до 32 лет. Средний возраст больных на момент обследования составил в основной группе  $18,9 \pm 2,5$  года, в группе сравнения аналогичный показатель составил  $25,8 \pm 1,2$  года

Материалами исследования являлись стандартные формы истории болезни стационарного больного (форма № 003У). Использовался клинико-психопатологический метод для диагностики психических и поведенческих расстройств, вследствие употребления ПАВ, при квалификации основного синдрома с указанием базисных аргументов; экспериментально-психологический метод, который включал в себя специально подобранный нами опросник, состоящий из верbalного опросника Айзенка, теста Лурии, батареи лобной дисфункции и краткой шкалы психического статуса (MMSE).

## Результаты и обсуждение

По данным верbalного опросника Айзенка коэффициент интеллекта составил следующие

показатели: основная группа  $107,1 \pm 4,7$ , в группе сравнения аналогичный показатель составил  $103,3 \pm 4,5$ . По результатам данного теста, а также по результатам теста Лурии, батареи лобной дисфункции и краткой шкалы психического статуса (MMSE), достоверной разницы различия нами получено не было.

При исследовании мышления мы отмечали наиболее часто встречающиеся качественные расстройства у пациентов обеих подгрупп исследуемой группы. Наиболее часто регистрируемым симптомом являлось резонерство.

У пациентов основной группы данный вид расстройства регистрировался у 28 пациентов (35,9%), в группе сравнения данный показатель отмечался у 10 пациентов (16,1%). Достоверность различий, также была выявлена по вязкости мышления. В основной группе данный показатель составил 19,2% (15 человек), в группе сравнения данный показатель был ниже более чем в 2 раза и регистрировался у 8,1%, (у 5 человек). Снижение уровня обобщения и абстрагирования с достоверностью различий между основной и группой сравнения представлено следующими показателями: в основной группе данный симптом регистрировался у 28,2% (22 человека), в группе сравнения аналогичный симптом составил 19,4% (12 пациентов),

По таким показателям, как ригидность, эгоцентричность, нарушение логики, снижение

уровня обобщения и абстрагирования, достоверных различий между группами не наблюдалось, хотя увеличение частоты встречаемости всё-таки регистрировалось.

## Выводы

Как следует из полученных данных, интеллект в процессе хронической интоксикации не претерпевает значительных изменений. Результаты теста Лурдия позволяют нам сделать вывод о том, что долгосрочная память в процессе хронической интоксикации практически не страдает, однако изменения в краткосрочной интоксикации имеют тенденцию к ухудшению, что, вероятно, связано со сро-

ком наркотизации. Отсутствие достоверности различий между пациентами основной группы и группы сравнения может косвенно свидетельствовать об отсутствии выраженных органических изменений ЦНС у героиновых наркоманов и даже у лиц со значительным стажем наркотизации.

Данные, полученные при исследовании мышления у наркозависимых лиц с различным стажем употребления героина, позволяют нам сделать вывод о том, что в процессе наркотизации происходит постепенное нарушение мыслительной сферы, характеризующееся формализацией, склонностью к использованию шаблонов, упрощению ассоциаций с компенсаторным резонёрством.

## ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ НАРКОЗАВИСИМЫХ (Краткий обзор)

Т.В. Пак

г. Павлодар

### Доказательная психотерапия

В 80-е годы прошлого столетия была создана уникальная технология для оценки эффективности лечебных и профилактических вмешательств, получившая название доказательной медицины (evidence based medicine). Теоретической основой доказательной медицины является клиническая эпидемиология, выделяющая следующие критерии достоверности любого исследования: метод случайной слепой выборки испытуемых в группы сравнения (слепая рандомизация); достаточная величина и численность выборки; метод двойного или тройного слепого контроля. Стандартом процедуры оценки эффективности любого вмешательства является рандомизированное контролируемое испытание (РКИ).

Процесс случайной слепой выборки («ослепление») устраняет систематическую ошибку субъективной оценки результата. К.Ф. Schulz с соавторами, проанализировав 250 клинических испытаний, пришел к выводу, что для достоверности статистических результатов процесс ослепления должен быть адекватным с применением двойного или тройного слепого метода контроля.

Принцип рандомизации решает проблему репрезентативности и полноты генеральной совокупности, на которую переносятся полученные в процессе контролируемого испытания результаты. Проведенные исследования показали, что отсутствие рандомизации или её неадекватное проведение приводят к переоценке эффекта либо к его недооценке.

Достаточную численность выборки обеспечивает процедура мета - анализа. Мета-анализ – это

статистическое обобщение нескольких, адекватно проведенных, рандомизированных контролируемых испытаний по аналогичной теме. Форма, в которой представляется мета-анализ, называется систематическим обзором (СО). По мере появления новых исследовательских данных систематический обзор постоянно обновляется и является основным инструментом доказательной медицины.

Следовательно, рандомизированные контролируемые испытания являются универсальной технологией исследований эффективности различных форм клинических (медицинских и парамедицинских) вмешательств, в том числе - психотерапевтических. Обобщение нескольких рандомизированных контролируемых испытаний в форме систематических обзоров (мета - анализов) занимает приоритетное место среди исследований по степени их научной доказательности.

В процессе рандомизированных контролируемых испытаний эффективность любого вмешательства оценивается следующими вариантами:

- 1) эффективность вмешательства действенна;
- 2) эффективность вмешательства отсутствует без причинения вреда;
- 3) эффективность вмешательства отсутствует с причинением вреда;
- 4) эффективность данного вида вмешательства не определена.

Последний вариант оценки эффективности имеет место, если в рандомизированном контролируемом испытании не получен статистически значимый или достоверный результат. Более достоверные данные об эффективности вмешательства, в

том числе психотерапевтического воздействия, предоставляет систематический обзор нескольких рандомизированных контролируемых испытаний, так называемый мета-анализ.

На практике нередко исследуются косвенные или промежуточные параметры эффективности психотерапевтического процесса. Такие, как нейрофизиологические, биохимические и другие, которые не позволяют достоверно определить исход данного вмешательства. При этом клинически значимыми исходами, на которые ориентирована доказательная медицина, являются следующие: выздоровление, улучшение состояния, состояние без изменений, ухудшение состояния, инвалидизация, смерть, а также изменение уровня качества жизни.

K. Grawe и соавторы опубликовали фундаментальный мета-анализ, отличающийся своим качеством и количеством испытаний, посвященный анализу эмпирических исследований эффектов и эффективности психотерапии. В рамках данного глобального исследования K. Grawe получил данные систематического обзора и интегративные выводы:

- поведенческие, поддерживающие методы психотерапии значительно эффективнее помогают пациентам преодолевать проблемы, чем раскрывающие;
- тренинг социальной компетентности повышает уровень уверенности;
- методом конfrontации успешно преодолеваются фобии и страхи;
- аутогипноз уменьшает болевые ощущения;
- семейные проблемы преодолеваются системным изменением структуры семьи;
- восстановлением активности и изменением нерациональных мыслей эффективно лечится депрессия;
- поведенческий тренинг помогает пациентам с алкоголизмом повысить самоконтроль в ситуациях актуализации патологического влечения.

За рубежом многие психотерапевтические методы прошли технологию исследования эффективности, результаты обобщены в базах данных систематических обзоров и рандомизированных контролируемых испытаний. Ниже мы приводим некоторые из них:

а) мета - анализ трех рандомизированных контролируемых испытаний с 444 участниками индивидуальной психодинамической психотерапии при лечении шизофрении: «Имеющиеся данные не подтверждают эффективность использования психодинамической психотерапии для лечения больных шизофренией в стационаре; необходимо провести клинические испытания психоанализа для лечения больных шизофренией» (таковых не найдено);

б) 17 рандомизированных контролируемых испытаний по эффективности применения антидепрессантов в сравнении с психологическим консультированием в лечении нервной анорексии: «Комплексное лечение антидепрессантами в сочетании с психологическим консультированием эффективнее,

чем только психотерапия; наличие у больных предпочтения психотерапевтического лечения медикаментозному; при сочетании психотерапии и лечения антидепрессантами предпочтение психотерапии уменьшалось»;

в) мета - анализ 9 рандомизированных контролируемых испытаний по гипнотерапии в отношении воздержания от курения в сравнении с 14 различными контрольными методами лечения: «гипнотерапия не имела больший успех лечения в сравнении с другими методами, а также при отсутствии какого - либо лечения; эффективность гипнотерапии в отношении прекращения курения не была подтверждено в РКИ»;

г) 26 РКИ по групповой поведенческой психотерапии в отношении прекращения курения: «Получены достоверные данные о том, что групповая психотерапия эффективнее, чем группы самопомощи и другие, менее интенсивные виды вмешательств; для сравнения эффективности групповой психотерапии с интенсивным индивидуальным консультированием (intensive individual counselling) доказательных данных недостаточно».

На современном этапе изучения эффективности психотерапии на основании систематических обзоров ряд авторов, в том числе Калмыков Е.С., Кхеле Х. (2000), обобщили следующие выводы:

1. Многие изученные психотерапевтические подходы оказывают очевидное влияние на различные состояния пациентов. Данные результаты психотерапевтических изменений не только статистически значимы, но и клинически эффективны. Психотерапевтическое воздействие способствует купированию симптомов и динамике процесса выздоровления, а также развитию новых стратегий сопротивления с жизненными трудностями.

2. Результаты психотерапии, как правило, являются достаточно пролонгированными. Новообразования, достигнутые в процессе психотерапии, сохраняются в течение длительного периода времени, ввиду того, что функциональным феноменом психотерапии является развивающая её способность. При этом необходимо отметить, что определенные проблемы, например, наркотическая зависимость, являются трудно курабельными состояниями и имеют тенденцию к рецидиву.

3. Сравнительная эффективность различных методов психотерапии имеет меньше отличий: когнитивно - бихевиоральные подходы демонстрируют некоторое превосходство над традиционными методами верbalной (дискуссионной) психотерапии применительно к определенным видам психических (психологических) расстройств. Для определенного типа проблем длительность психотерапевтического воздействия может быть непродолжительной – краткосрочной или среднесрочной, тогда как для ряда проблем и расстройств необходимо длительное психотерапевтическое лечение.

4. В настоящее время ряд психотерапевтов предпочитают эклектический или интегративный подходы в своей работе с клиентами. С одной стороны - данный факт демонстрирует отклонение от академической приверженности той или иной психотерапевтической школе. С другой стороны - эти подходы позволяют найти дифференцированную стратегию в проекте психотерапии, учитывая запрос клиента, его личностные особенности, а также профессиональный уровень и практические навыки терапевта.

5. Такие критерии, как межличностные отношения, социальные факторы и эмоциональные особенности клиента, являются значимыми для эффективности многих видов психотерапии. Они оказывают динамическое влияние на улучшение состояния пациента. Психотерапевтические изменения (редукция депрессивных, тревожных расстройств, разрешение внутренних конфликтов, позитивная динамика в межличностных отношениях, формирование новых жизненных сценариев и др.) возможны только в условиях психотерапевтического пространства и психотерапевтического альянса, специфические параметры которых должны научно исследоваться.

6. Необходимо иметь в виду, что такие специфические переменные, как личность самого психотерапевта, личность пациента оказывают значимое влияние на эффективность психотерапевтического процесса. Из этого следует, что существует актуальная потребность в научном исследовании взаимосвязи (корреляции) между психотерапевтическим процессом и результатом психотерапии, основанном на систематическом обзоре эмпирических данных.

Таким образом, эффективность психотерапии исследуется методами доказательной медицины с обязательным изучением данных систематических обзоров, мета - анализов по соответствующим рандомизированным контролируемым испытаниям. В условиях отсутствия таких данных, необходимо спланировать и провести контролируемый эксперимент. В противном случае результаты эффективности и/или безопасности психотерапии не являются научно обоснованными и достоверными.

### **Основные подходы к оценке эффективности психотерапии наркозависимых лиц**

Настоящий этап развития психотерапии лиц, зависимых от психоактивных веществ, характеризуется разнообразием подходов и критериев определения эффективности. Качество психотерапевтических отношений как критерий эффективности психотерапевтического процесса поддается исследованию в ходе супervизии терапевтических сессий. Супervизия оценивает, прежде всего, профессиональные качества психотерапевта, а также исследует процесс психотерапии. В данной связи пер-

спективными представляются подходы, отслеживающие микро и марко результаты психотерапии, динамику специфических и неспецифических признаков: 1) изменения самочувствия; 2) изменения симптомов; 3) изменения структуры личности.

Лечение наркотической зависимости представляет собой серьезную проблему: рецидивы заболевания более вероятны, чем формирование ремиссии. Необходимо признать, что на результаты лечения наркотической зависимости оказывают влияние и другие факторы окружающей социальной среды: доступность наркотиков, негативное влияние референтной группы наркоманов, социальная неустроенность (отсутствие работы, жилья, дисфункциональные семейные отношения) и т.п. В связи с этим поиск новых факторов, связанных с эффективностью лечения, позволит прояснить механизмы рецидива и патологического влечения к наркотику, а также оптимизировать лечебные мероприятия. Общепризнанно, что результат лечения наркомании есть не полное выздоровление, а формирование и стойкость ремиссии. В настоящее время на постсоветском пространстве научных исследований по изучению эффективности психотерапии зависимостей от психоактивных веществ неоправданно мало. Данная проблема является актуальной и востребованной в аспекте изучения объективных характеристик психотерапевтического процесса и получения новых научных результатов.

### **Мета – анализ исследований эффективности психотерапии наркозависимых лиц**

Рядом исследователей изучались объективные характеристики, как самого процесса психотерапевтического воздействия, так и результатов психотерапии зависимых от психоактивных веществ (ПАВ).

Kleinmann (1990) в исследовании, изучающем потребителей кокаина и крэк - кокайна, обнаружил, что назначение врача является мощным фактором, влияющим на уровень нахождения пациентов в программе реабилитации и эффективность терапии в целом. Несмотря на очевидное влияние личностных качеств терапевта на эффективность лечения, результаты исследования не смогли выявить определенные «типы» терапевтов, которые были бы наиболее эффективны при лечении наркотической зависимости. Другой фактор, который оказывает влияние на результат психотерапевтического лечения - качество терапевтического альянса или отношения «терапевт - пациент». Позитивная корреляция между терапевтическим альянсом и исходом лечения имеет место в разнообразных лечебных программах, включая проблему употребления наркотиков (Connors et al., 1997). В целом, оценка терапевтического альянса со стороны пациента является более мощным фактором, влияющим на результат лечения, чем оценка терапевта. В другом контролируемом испытании по эффективности ле-

чения алкоголизма была выявлена отрицательная корреляция между количеством звучащих агрессивных и тревожных ноток в голосе терапевта во время первой встречи и вероятностью посещения следующих сеансов пациентом.

Согласно данным, собранным в рамках проекта MATCH, национального исследования психосоциальных типов лечения алкоголизма (выборка - 952 пациента), уровень терапевтического альянса, идентифицированный терапевтом или пациентом, позволял предопределять степень участия зависимых в программе, длительность воздержания от употребления ПАВ, количество употребляемого алкоголя в дни запоя. Результаты данного исследования выявили, что оценка терапевтического альянса на начальных этапах лечения является более определенным показателем, указывающим на исход лечения, чем позитивный рейтинг альянса на завершающих этапах программы.

Психосоциальный компонент, как критерий эффективности психотерапии потребителей наркотиков, активно исследуется в последние десятилетия. Большинство подобных исследований пришли к выводам, что индивидуальная и групповая психотерапия потребителей опиоидов, кокаина, алкоголя и марихуаны может считаться эффективным методом лечения. Фокусом интереса последних исследований стало изучение сравнительной эффективности различных моделей психотерапии наркозависимых.

В процессе исследования сравнительной эффективности поддерживающе-экспрессивной и когнитивно-поведенческой терапии в сочетании с наркологическим консультированием и только наркологического консультирования были получены следующие выводы: лица, зависимые от опиоидов, находящиеся на метадоновой терапии, с выраженной психопатологией получили больше пользы от профессиональной психотерапии в сочетании с наркологическим консультированием, в сравнении с участием только в наркологическом консультировании. На следующем этапе исследования результаты контролируемого испытания не выявили сравнительного преимущества одного вида психотерапии над другим.

Результаты другого контролируемого испытания показали, что в рамках реабилитационной (наркологической) программы и/или в условиях частного приёма у психотерапевта комплексное лечение с применением психотерапевтических подходов, метадоновой терапии и других лечебных методов является наиболее эффективным для лиц с опиоидной зависимостью.

Мета-анализ ряда контролируемых испытаний показал, что для пациентов с героиновой зависимостью, имеющих высокий уровень психопатологической симптоматики, психотерапия (когнитивно - поведенческая, поддерживающе-экспрессив-

ная и интерперсональная) в сочетании с метадоном или налтрексоном особенно эффективна.

В другом исследовании Национального института по проблемам злоупотребления наркотиками (NIDA) изучалась сравнительная эффективность психосоциального лечения кокаиновой зависимости в условиях стационара:

- а) когнитивная терапия;
- б) поддерживающе-экспрессивная терапия;
- в) индивидуальное наркологическое консультирование;
- г) групповое наркологическое консультирование.

*Выходы:* во всех исследуемых группах наблюдалось существенное снижение употребления кокаина; в группе индивидуального психологического консультирования в сочетании с групповым наркологическим консультированием уровень употребления кокаина снизился в большей степени в сравнении с тремя другими группами; эффективность лечения пациентов с выраженным психопатологическим симптомами в этих группах была ниже в сравнении с программой метадоновой терапии, т.е. психотерапия не способствовала повышению эффективности лечения пациентов с выраженным психопатологическим расстройствами.

Higgins в своем исследовании показал сравнительные результаты лечения наркомании, основанного на терапевтическом сообществе и на стандартном наркологическом консультировании. Сравнительные результаты контролируемого испытания: 68% пациентов в условиях терапевтического сообщества достигли 8-ми недельного воздержания в сравнении с 11% пациентов, которые получили наркологическое консультирование.

В исследовании, проведенном позже, изучались результаты метадоновой программы, где пациенты должны были писать расписки (поведенческое подкрепление) на воздержание от употребления кокаина. По сравнению с контрольной группой процент пациентов, находящихся в воздержании, прогрессивно вырос. Метод поведенческого подкрепления оказался высоко эффективным для привлечения пациентов в реабилитационные программы.

Iguchi с соавторами (1997) обнаружил, что выполнение задач, связанных с лечебным планом реабилитационной программы, обеспечивает более эффективное снижение употребления наркотиков, чем подкрепление, получаемое от чистых анализов мочи на наличие наркотиков.

Результаты исследования (Carroll et al., 1995) в группе с зависимостью от кокаина показали, что пациенты с депрессивными расстройствами дольше остаются в программе и получают больше пользы в отношении профилактики срыва, чем пациенты без депрессии. Десипрамин оказался эффективным препаратом, купирующим депрессивные симптомы и неэффективным в отношении снижения употребления кокаина.

Результаты исследования NIDA (Национальный Институт по проблемам злоупотребления наркотиками) показали, что психотерапия не является более эффективной стратегией для пациентов с выраженными психопатологическими расстройствами, чем наркологическое консультирование.

В другом исследовании Kleinman с коллегами сравнивали эффективность семейной терапии, поддерживающе-экспрессивной психодинамической и групповой терапии в отношении пациентов, зависимых от кокаина. Данные виды терапии проводились непрофессионалами. В выборке, в которой приняли участие потребители крэк-кокаина, отмечалось выраженное безразличие к лечению и отсутствие эффекта от выше перечисленных видов лечения.

Hoffman для лечения зависимости от кокаина применял комбинированную терапию (индивидуальную, семейную и групповую) с разной частотой. Результаты исследования указывают на то, что эффективность групповой и индивидуальной терапии выше, если сессии проводятся ежедневно, а не раз в неделю, что соответствует данным исследования Kleinman.

Altermann сообщил, что более 50% потребителей кокаина находились в воздержании спустя 6 месяцев после лечения по модели 12-шаговой программы, которая проводилась в условиях стационара или по дневному интенсивному режиму (5 дней в неделю на протяжении 1 месяца, затем 2 раза в неделю). Данные результаты исследования подтверждают необходимость интенсивного наркологического консультирования для зависимых пациентов на начальном этапе лечения и возможность дальнейшего снижения частоты сеансов на последующих этапах.

В проекте MATCH (Национального исследования психосоциальных типов лечения алкоголизма) исследовалась сравнительная эффективность когнитивно-поведенческой, мотивационной терапии и 12-шаговой программы в лечении алкогольной зависимости. Во всех группах сравнения пациенты значительно снизили уровень употребления алкоголя, и данные результаты сохранялись спустя 1 год после использования различных терапевтических подходов в лечении. Значительных различий сравнительной эффективности психотерапевтических методов не наблюдалось.

Мета-анализ исследований по изучению сравнительной эффективности лечения зависимости от марихуаны показал, что поддерживающе-экспрессивная психотерапия, групповая противорецидивная психотерапия, социальная поддержка, проводимая в течение 10-16 недель, способствовали достоверному снижению употребления марихуаны, редукции симптомов депрессии и тревоги, улучшению психического состояния пациентов, однако разницы между лечебными подходами выявлено не было. Сравнительные результаты в группах, где проводилась краткосрочная интервенция (одна сессия), оказались хуже.

## Заключение

На основании выше описанных систематических обзоров и мета-анализа исследований эффективности психотерапии в лечении наркоманий и алкоголизма нами сформулированы следующие выводы.

Эффективность психотерапии в лечении наркоманий зависит от ряда значимых параметров, оказывающих умеренное влияние на исход терапии. Наиболее важными из них являются: вид употребляемого наркотика; тяжесть наркотической зависимости; характер проблем, личностные качества и особенности пациента; степень выраженности психиатрических расстройств; личностные качества терапевта; наличие позитивного альянса с пациентом.

Психотерапевт, независимо от терапевтического подхода, должен обладать базисными знаниями о наркотиках и их эффектах, иметь чёткие представления о наркотической зависимости и её последствиях, о стиле жизни наркозависимых, а также владеть информацией о группах само- и взаимопомощи, их философии и доступности, иметь представление о других видах лечения, которые можно предложить пациентам.

Личностные качества психотерапевта оказывают влияние на успех терапии, назначение врача является мощным фактором, воздействующим на качество прохождения пациентом программы. Несмотря на это, контролируемые испытания не выявили определенные «типы» эффективного психотерапевта, возможно, данный факт мы объясняем гетерогенной структурой группы потребителей наркотиков.

Психотерапию и психологическое консультирование возможно использовать в различных лечебных условиях: стационарно в наркологических и психиатрических медицинских организациях; амбулаторно в поликлиниках и частных кабинетах; в исправительных учреждениях; в противорецидивных программах реабилитации; в терапевтических сообществах.

Психотерапия наиболее эффективна в условиях ее интеграции в длительные программы, направленные на прекращение употребления наркотиков и решение психиатрических проблем, сопровождающих наркотическую зависимость. А также психотерапия наиболее эффективна при наличии постоянного контроля анализов мочи на ПАВ, так как позитивная обратная связь со стороны терапевта по поводу отрицательных результатов анализов является мощным подкреплением для продолжения воздержания от употребления наркотиков.

Привлечение членов семьи в лечебный процесс является важным критерием эффективности, при этом необходимо учесть семейные факторы, систему семейных отношений и наличие степени дисфункциональности в семье.

Программы лечения и реабилитации наркотической зависимости значительно отличаются друг от друга по таким базисным параметрам: доступ-

ность медицинских наркологических и психиатрических услуг; уровень употребления наркотиков пациентами; уровень квалификации и профессионализма персонала; нозологические отличия и тип пациентов; использование психотропных препаратов в лекарственных схемах лечения; виды дополнительных терапевтических, в том числе физиотерапевтических услуг. Данные программные характеристики оказывают существенное влияние на эффективность психотерапии в лечении наркоманий.

Пациентам, зависимым от опиоидов или кокаина, требуется более интенсивное и длительное психотерапевтическое лечение, в сравнении с лицами, зависимыми от марихуаны или алкоголя.

Психотерапия как один из основных компонентов метадоновых программ наиболее эффективна для зависимых пациентов с умеренными или вы-

раженными психопатологическими расстройствами, т.е. психотерапия наряду с фармакотерапией (метадон или налтрексон) особенно эффективна для пациентов с героиновой зависимостью, имеющих высокий уровень психиатрической патологии.

Такие методы как когнитивно-поведенческая, поддерживающе-экспрессивная и интерперсональная психотерапия в метадоновых программах оказались эффективными для пациентов, страдающих наркотической зависимостью с клинически очерченными психиатрическими расстройствами.

В настоящее время исследования по сравнительной эффективности лечения наркотической зависимости не смогли определить преимущества одного вида психотерапии над другим, подобные научные результаты получены и при использовании психотерапии в лечении других психиатрических расстройств.

*Литература:*

1. Гончарская Г.В., Штыпель А.М. *Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях*. – Л., 1982.
2. Зорин Н.А. *Что такое клиническая реальность и как ее понимают отечественные психиатры*. LOGOS, 1998, № 1, С. 321 - 331.
3. Исурин Г.Л. *Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно - психических заболеваниях*. – Л., 1982.
4. Исурин Г.Л. *Механизмы психологической коррекции личности в процессе групповой психотерапии в свете концепции отношений / Групповая психотерапия*. – М., 1990.
5. Кайдановская Е.В. *Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях*. – Л., 1982.
6. Калмыкова Е.С., Кэхеле Х. *Психотерапия за рубежом: история и современное состояние. Психологический журнал*, 2000, том 21, № 2, с. 88.
7. Конончук Н.В., Семенова – Тян-Шанская Н.В., Константинова О.Ю. *Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно – психических заболеваниях*. – Л., 1982.
8. Кришталь В.В. *Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно – психических заболеваниях*. – Л., 1982.
9. Лукьянов В.Г. *Составляющие эффективности социально – психологического тренинга / Учебное общение как предмет социально - психологического исследования и коррекции*. - СПб., 1994.
10. Роджерс К.Р. *Становление личности. Взгляд на психотерапию / Перевод с англ. - М.; Изд-во «Эксмо-Пресс», 2001, с. 416.*
11. Роджерс К.Р., Кохут, Эриксон: личный взгляд на некоторые сходства и различия / Эволюция психотерапии. Том 3, «*Let it be...*», экзистенциально-гуманистическая психотерапия / Перевод с англ. - М.; Независимая фирма «Класс», 1998, С. 11 - 27.
12. Соложенкин В.В. *Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях*. – Л., 1982.
13. Таильков В.А. *Взаимоотношения врача и больного в процессе психотерапии неврозов. Автореф. дис. канд. Л., 1974.*
14. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнера Э. *Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины*. Медиа-Сфера, 1999.
15. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. *Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях*. – Л., 1982.
16. Luborsky L., Singer B. *Comparative studies of psychotherapies: Is it true that «everyone has won and all must have prizes»? Archives of General Psychiatry*, 1975, 32, 995-1008.
17. Grawe K., Donati R. & Bernauer F. *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe – Gottingen – Bern - Toronto - Seattle, 1994.
18. Klerman G. L., Weissman M. M., Rounsaville B. J. *Interpersonal psychotherapy of depression*, N.Y., 1984.
19. Eysenck H. J. 1952/ *The effects of psychotherapy; an evaluation*, Journal of Consulting psychology № 6.
20. Smith M.L., Glass G.V. 1977/ *Meta-analysis of psychotherapy outcome studies*, American Psychologist, № 32.
21. George E. Woody, M. D., Delinda Mercer, Ph. D., Lester Luborsky, Ph. D. *Textbook of Substance Abuse Treatment*. Edited by Marc Galanter, M. D., Herbert D. Kleber, M. D., The American Psychiatric Press, 2nd Edition, 1999, Washington, DC.

---

---

## **АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ, НЕСУИЦИДАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ У БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ**

А.С. Ракишева, Е.В. Чекушина, Т.И. Худенко

Героиновая наркомания продолжает оставаться одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем современности, прежде всего из-за её выраженной насыщенности агрессивными тенденциями, направленными как на самого себя, так и на социальное окружение. Актуальность этой проблемы возрастает по мере накопления клинических и теоретических данных, свидетельствующих о параллельном росте наркоманий, убийств, самоубийств, насильственных смертей, травм и несчастных случаев.

Распространению феномена аутоагрессивного поведения с суицидальными, несуицидальными проявлениями при героиновой наркомании способствуют следующие социально-демографические и социально - психологические особенности:

- нестабильное материальное положение при отсутствии трудовой занятости;
- дисгармоничное и дисфункциональное воспитание в родительской семье, с негибкой, ригидной линией поведения родителей, жестоким отношением с их стороны, безразличие и формализм со стороны членов семьи; отсутствие собственной семьи;
- дополнительных трудностей в социальной адаптации с низкой мотивацией к учебе, со стремлением к рискованному поведению и ориентации на аутоагрессивное поведение в детском и подростковом возрасте;

- преобладание деструктивного жизненного сценария с пренебрежением к интересам других, тяготением рутиной и повседневностью, отсутствием выраженных интересов к поиску нового, и как следствие - низкое качество жизни; преобладание среди психосоциальных стрессоров судебно-следственные ситуации и фактора разрыва семейных отношений, с меньшей интенсивностью ощущения благополучия жизни в целом.

Дополнительными факторами риска в формировании феномена аутоагрессивного поведения с суицидальными, несуицидальными проявлениями при героиновой наркомании являются:

- а) наследственная отягощенность по алкоголизму и наркомании;
  - б) наличие судимостей;
  - в) наличие сопутствующих соматических заболеваний;
  - г) менее длительный (до 5 лет) стаж наркотизации.
- Влияние феномена аутоагрессивного поведения с суицидальными, несуицидальными проявлениями при героиновой наркомании в период становления терапевтической ремиссии и при прохождении программы МСР представлено: более низким конструктивно-ассертивным поведением и более выражен внешне-протестными (открытыми) формами поведения и поведенческими (психопатоподобными) расстройствами; более выраженным отсутствием критики к болезни и отрицательной установкой на лечение.

## **ТУБЕРКУЛЁЗ И ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

А.Т. Сагатова, З.К. Абылқасимова

г. Павлодар

Пациенты психиатрических больниц относятся к одной из групп населения с высокой пораженностью туберкулёзом. Заболеваемость этого контингента в несколько раз выше показателя средней заболеваемости населения и составляет в среднем 180 на 100 тысяч населения, при этом высока заболеваемость туберкулезом среди больных шизофренией. Вместе с тем, проблема туберкулёза у больных, страдающих психическими заболеваниями, не получила достаточного изучения и освещения в медицинской литературе, а некоторые вопросы профилактики у этих больных нашли отражение лишь в единичных исследованиях.

В Павлодарском областном психоневрологическом диспансере (г. Павлодар, РК) профилактическому флюорографическому обследованию подлежат все госпитализируемые и длительно находящиеся на лечении пациенты.

За период с 2005 по 2009 годы выявлено 538 пациентов со специфическими изменениями в лёгких, что составило 0,8 – 1,0% от числа ежегодно поступающих в стационары лиц. Большинство из них – это мужчины в возрасте 50 лет и старше.

Из общего числа выявленных лиц 45% составляют лица, больные шизофренией, 20% – это пациенты, которые госпитализированы с симптомами

алкогольного психоза, 9% составляют больные эпилепсией, 1,6% - это больные туберкулёзом из числа пациентов с маниакально-депрессивными психозами.

Процент больных с туберкулёзом в активной форме составил 35,9 при длительности основного (психического) заболевания от 3 лет до 10 и более, в большинстве случаев у пациентов, страдающих шизофренией; в неактивной форме - 12,8%. Среди лиц с неактивными формами туберкулёза длительность основного заболевания составляла более 5 лет.

Большинство больных, у которых был диагностирован туберкулёз состояли на учете в психоневрологическом диспансере, но были случаи туберкулёза и у впервые взятых на учёт лиц.

Почти у  $\frac{2}{3}$  выявленных больных определялись курабельные формы туберкулёза лёгких: очаговая, инфильтративная, диссеминированная. Инфильтративная форма туберкулёза лёгких регистрировалась и у впервые выявленных больных с психическими заболеваниями, не состоявших на учёте в психоневрологическом диспансере. Обращает на себя внимание значительный удельный вес фиброзно-кавернозного туберкулёза, где флюорографические обследования проведены с промежутками до 3 лет в связи с тем, что утрачены контакты с пациентами из-за ведения дезадаптированного образа жизни или нахождения в местах заключения.

Среди лиц с неактивными специфическими изменениями в лёгких в большинстве случаев преоб-

ладают очаги и кальцинаты в лёгких и корнях, фиброзно-рубцовые изменения, цирроз лёгких. Пациенты психоневрологического диспансера кроме туберкулёзного процесса в лёгких различной активности страдали в половине случаев и другими двумя – тремя сопутствующими заболеваниями.

Анализ данных о характеристикае и частоте активации туберкулёза в зависимости от разных факторов показал, что среди этих больных были и те, у кого в разные годы имела место реактивация туберкулёзного процесса и в большинстве случаев у больных шизофренией, эпилепсией, а также на фоне хронического алкоголизма. Вероятной причиной выявления новых случаев, рецидивов туберкулёза при психических заболеваниях у исследуемого контингента является резкое снижение иммунитета к туберкулёзу, особенно у больных шизофренией при непрерывно длительном течении.

С учётом повышенного риска контингента лиц, поступающих в психоневрологический диспансер, в целях своевременной изоляции, раннего выявления больных, скрытой активности туберкулёзного процесса и предотвращения прогрессирования и рецидивов этим лицам проводится обязательный рентгено-флюорографический контроль, необходимый объём профилактических и противоэпидемических мероприятий, что позволяет снизить вероятность внутрибольничного заражения пациентов и медицинского персонала.

## К ВОПРОСУ О ЖЕНСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Г.А. Садвакасова

Общеизвестно, что психотерапия создавалась мужчинами и для мужчин, и в основе большинства психотерапевтических теорий лежат патриархальные взгляды. Но вместе с тем, среди клиентов и пациентов врача-психотерапевта большинство составляют женщины, да и среди психотерапевтов преобладают женщины.

В какой мере существующие психотерапевтические подходы могут быть «универсальны», а психотерапевтические методы, техники и программы подходит как для мужчин, так и для женщин? Для этого необходимо определить различия в социально нормированных стандартах успешности, самоутверждения и самореализации мужчин и женщин. Для этого необходимо определить различия в социально нормированных стандартах успешности, самоутверждения и самореализации мужчин и женщин.

Возможны следующие варианты:

- женщины во всем равны мужчинам и модели успешности идентичны;

- женщины добиваются успешности в жизни своим, особенным способом, через реализацию себя в первую очередь в роли матери и жены; существующие нормы и стереотипы кардинально препятствуют самоутверждению женщины;

- женщина «в норме» пассивна и подчинена мужчине.

Следовательно, необходимы новые нормы, стереотипы и способы реализации успешного поведения.

На сегодняшний день не существует явных доказательств ни одной из приведенных выше точек зрения. Однако, изучение особенностей успешного поведения мужчин и женщин, норм самоутверждения крайне важно.

В настоящее время в странах Восточной Европы и Средней Азии отсутствует социально принятый современный образ успешного женского по-

ведения, а без примера, образа для подражания теряется опора. Образ успешной женщины был всегда жестко ограничен рамками семьи. Реализуя себя в семье, женщина теряет социальную значимость – роль домохозяйки обесценивается обществом. Реализуя себя в деятельности вне дома, женщина ограничивает свою роль в семье, что также порицается. В сфере деятельности, особенно в престижных областях, существует скрытая дискриминация. Всё это порождает сложный противоречивый образ женской самореализации и успешности. Более того, социальное и экономическое положение в стране столь неблагоприятно, что реализация любой успешности как мужской, так и женской крайне сложна.

Несмотря на то, что условия самоутверждения и успешности женщины стали ещё более жесткими, в сложившейся ситуации есть свои положительные стороны. Появилась определенная свобода в выборе пути и способа самореализации. И в этом случае задача женской психотерапии должна состоять в осуществлении помощи и поддержки личности женщины на пути к успешности. Всё многообразие взглядов на женскую проблему, попытки осмысления и решения можно свести к признанию следующих положений: самоценности личности

женщины, её права на развитие, творчество, достоинство, свободу в проявлениях себя.

Как психотерапия может помочь осознанию и осуществлению новых возможностей женской самореализации? Возможно, с помощью раскрытия сущности, глубины и перспектив женского мира; создания нового образа женской успешности, используя новую мифологию и фольклор.

Модель психологии женщины, предложенная психологами Миллер и Гиллиган, получившая развитие в начале 1980-х годов, основана на глубоком понимании важности отношений с людьми в жизни женщин любого возраста. Ежегодно большое количество специалистов – психологи (исследователи и практики), психотерапевты (психологи и медики), психоаналитики вносят в неё новые дополнения.

Пришло время пересмотра основных концепций, лежащих в основе психологии женщины. Благодаря этому, появится возможность лучше понять женщину, её место в социальных институтах (особенно на работе и в семье) и оказать ей адекватную психологическую помощь в тех случаях, когда консультация психолога или психотерапия становится необходимой – в ситуации психологического стресса, при нарушениях функционирования психики.

## КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИИ У ЖЕНЩИН

Г.А. Садвакасова

В тематических исследованиях, проводимых ООН, говорится, что на сегодняшний день ощущается дефицит информации о женщинах, зависимых от наркотиков, сведений о прохождении ими лечения и об эффективных моделях и методиках терапии в различных политических и социально-культурных контекстах. По-прежнему существует потребность в изучении количественных и качественных аспектов эффективных методов лечения женщин, а также способов их корректировки с учётом конкретных условий различных стран.

Нами было исследовано 1759 пациентов РНПЦ МСПН, с ведущим диагнозом: Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Пациенты были разделены на две группы: 1563 мужчин и 196 женщин. Возраст пациентов составлял от 15 до 65 лет.

Среди социально-демографических и социально-психологических факторов риска, способствующих формированию опиоидной зави-

симости у женщин, проживающих в Казахстане, являлись:

- а) принадлежность к этническим группам;
- б) занятость в сферах широкого общения с различными слоями населения; конфликтные либо неудачные отношения в собственной семье, наркотизация партнеров;
- в) наличие трудностей в преодолении жизненных кризисов, социальной адаптации и неопределенное отношение к собственному здоровью и образу жизни – как следствие несформированной позиции внутреннего локуса контроля.

Среди клинико-психопатологических особенностей женщин с опиоидной зависимостью, в сравнительном аспекте, выделялись:

- более выраженная отягощенная наследственность по алкоголизму и наркомании;
- ранний возраст начала наркопотребления; предпочтение героина в качестве первого наркотика из опийной группы;
- потребление наркотиков в кругу близких;

- 
- 
- желание испытать новые, сильные ощущения; раннее обращение за стационарной и реабилитационной помощью;
  - длительное, в два раза дольше, чем у мужчин, нахождение в программе MCP;
  - наркотическое опьянение больше с аффективным компонентом;
  - более благоприятное течение абстиненции.

При анализе ремиссии в сравнительном аспекте выявлено, что у женщин с опиоидной зависимостью достоверные различия обнаружены в сроках воздержания от употребления психоактивных веществ от 2 до 3 лет, риск срыва в эти сроки увеличивается в 8 раз, по сравнению с зависимыми от опиоидов мужчинами; выявлен высокий риск срыва ремиссии при наличии ситуационно обусловлен-

ных факторов, способствующих патологическому влечению.

Нами выявлены следующие клинико-психологические гендерно-зависимые особенности опиоидной наркомании у женщин в сравнительном аспекте:

а) более выраженные циклотимные черты личности, более высокий уровень невротизации и психопатизации;

б) различия в полоролевой идентичности зависимых от опиоидов женщин:

- смещение от андрогинности в сторону фемининности с наличием низкомаскулинных черт личности, таких как пассивность, безынициативность, конформность, как фактор риска формирования зависимости от опиоидов.

---

---

## **РЕЗЮМЕ**

### **УНИВЕРСАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ И КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ**

Т.В. Пак

Статья посвящена основным подходам к оценке эффективности психотерапии лиц, зависимых от ПАВ. Автором дается обзор критериев эффективности психотерапевтического процесса и психотерапевтической коммуникации, а также описываются универсальные механизмы психотерапии наркозависимых лиц.

### **МОТИВАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (учебно-методическое пособие)**

Б.Б. Джарбусынова, А.Л. Катков

В статье приведено обоснование необходимости мотивационной терапии на всех этапах оказания наркологической помощи. Описываются общие подходы и технологическое оформление мотивационной терапии зависимых от ПАВ. Достаточно подробно изложены требования к подготовке и квалификации специалистов, реализующих программы мотивационной терапии.

*Ключевые слова:* психоактивные вещества, зависимость, мотивационная терапия, методология.

### **КОНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ ТЕОРИЯ ШИЗОФРЕНИИ И ТРАДИЦИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ В ИЗУЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

А.С. Старицын, С.С. Кирилюк

Статья посвящена традициям отечественной психиатрии в изучении шизофрении и формировании конституциональной теории шизофрении.

*Ключевые слова:* шизофрения, конституция, организм.

### **ОСОБЕННОСТИ ЦЕННОСТНО-ПОТРЕБНОСТНОЙ СФЕРЫ НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛИЦ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Е.Б. Байкенов

В статье обсуждаются результаты исследования содержательного аспекта мотивации – ценностно-потребностной сферы наркозависимых лиц, находящихся на различных этапах наркологической помощи.

### **ПРИМЕНЕНИЕ ФЕНОТРОПИЛА И ГИПОКСЕНА У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ В ПОСТАБСТИНЕНТНЫЙ ПЕРИОД**

Л.Б. Кузембаева, В.П. Павленко, Н.Н. Успанов

На сегодняшний день клиническая наркология располагает достаточно большим арсеналом фармакологических средств и методов лечения патологической зависимости от алкоголя, однако итоговая результативность терапевтических усилий нередко оказывается недостаточной. Данная проблема побуждает нар-

---

---

кологов к индивидуализации терапевтических программ за счет комбинирования препаратов и их комплексного использования.

Все вышесказанное свидетельствует об актуальности патогенетического обоснования, апробации, внедрения системы клинико-психопатологической синдромальной рубрификации и дифференциации применения в наркологической практике новых лекарственных препаратов. Исследование направлено на включение в схему комплексного лечения больных алкоголизмом в постабstinентный период препаратов метаболического типа действия (фенотропила и гипоксена), способствующих уменьшению тревожности, депрессивности и невротизации больных, повышению их активности, самочувствия и настроения, а также нормализации показателей физического и психического здоровья в зависимости от индивидуальной чувствительности к ним.

## **СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БЫВШИХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ**

С.Н. Молчанов

В статье обосновывается необходимость работы по социальному сопровождению бывших потребителей инъекционных наркотиков, как фактора, повышающего результативность реабилитационных программ.

*Ключевые слова:* социальное сопровождение, специалист по сопровождению, реабилитация.

## **ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ НА АКТИВНОСТЬ АЛКОГОЛЬДЕГИДРОГЕНАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛИЗМОМ**

В.П. Павленко

В статье рассматривается вопрос нарушения функционирования различных биохимических и физиологических процессов. С увеличением периода злоупотребления алкоголем активность алкогольдегидрогеназы в сыворотке крови возрастает, то есть между продолжительностью заболевания алкоголизмом и повышением активности АДГ существует прямая зависимость.

## **ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ АКТИВНОСТИ КРЕАТИНКИНАЗЫ И ЕЁ ИЗОФЕРМЕНТОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ**

В.П. Павленко

У больных алкоголизмом активность креатинкиназы (КК) сыворотки крови резко повышена в период абстиненции, причем активность фермента прямо пропорциональна тяжести алкогольного абстинентного синдрома. В период ремиссии существенно меняется изоферментный состав КК за счет повышения нейроспецифической и кардиоспецифической (ВВ- и МВ-) изоформ фермента. Указанные нарушения сохраняются продолжительное время (до нескольких лет).

## **ТИПЫ СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У ЛИЦ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ**

Г.С. Абдирайымов, М.М. Нуркатова

В статье представлены результаты социологического исследования, раскрывающего особенности смысложизненных ориентаций у лиц, совершивших суициdalные попытки. выявляются значение показателей шкал временной жизненную ориентацию человека, а так же способ самоконтроля. Соотношение показате-

---

---

лей этих шкал объединяются в типы актуального смыслового состояния. Это позволяет определить слабые и сильные стороны личности, вывести закономерности в регуляции жизненных отношений

## **ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ НАРКОЗАВИСИМЫХ** **(Краткий обзор)**

Т.В. Пак

В статье дан обзор научно-теоретического и прикладного направлений доказательной психотерапии, а также методологии оценки эффективности психотерапии наркозависимых. Приведены систематические обзоры и мета - анализы по эффективности лечения лиц, зависимых от психоактивных веществ. Проанализированы и изучены сравнительные результаты эффективности отдельных видов психотерапии наркозависимых.

---

---

## THE RESUME

### **UNIVERSAL MECHANISMS AND CRITERIA OF EFFICIENCY OF PSYCHOTHERAPY AT DRUG-DEPENDENT**

T.V. Pak

The clause is devoted to the basic approaches to an estimation of efficiency of psychotherapy of the persons dependent on PAS. The author gives the review of criteria of efficiency of psychotherapeutic process and the psychotherapeutic communications, and also universal mechanisms of psychotherapy at drug-dependent are described.

### **THE MOTIVATIONAL THERAPY OF DEPENDENT FROM PSYCHOACTIVE SUBSTANCES (The educational-methodical manual)**

B.B. Dzharbusynova, A.L. Katkov

In the clause the substantiation of necessity of motivational therapy at all stages of rendering of the narcological help is resulted. The general approaches and technological registration of motivational therapy dependent on PAS are described. Requirements to preparation and are in detail enough stated to qualification of the experts realizing the programs of motivational therapy.

*Keywords:* psychoactive substances, dependence, motivational therapy, methodology.

### **THE CONSTITUTIONAL THEORY OF SCHIZOPHRENIA AND TRADITION OF DOMESTIC PSYCHIATRY IN STUDYING MENTAL DISEASE**

A.S. Staritsyn, S.S. Kirilyuk

The clause is devoted to traditions of domestic psychiatry in studying schizophrenia and formation of the constitutional theory of schizophrenia.

*Keywords:* schizophrenia, the constitution, an organism.

### **THE FEATURES OF VALUABLE-REQUIRED SPHERE OF DRUG-DEPENDENT AT VARIOUS STAGES OF THE NARCOLOGICAL HELP**

E.B. Bajkenov

In the clause the results of the research of substantial aspect of motivation - valuable-required sphere of drug-dependent who are being at various stages of the narcological help are discussed.

### **THE APPLICATION OF PHENOTROPIL AND HYPOXEN AT SICK WITH ALCOHOLISM IN THE POST-ABSTINENT PERIOD**

L.B. Kuzembayeva, V.P. Pavlenko, N.N. Uspanov

For today the clinical narcology has enough greater arsenal of pharmacological means and methods of treatment of pathological dependence on alcohol, however final result of therapeutic efforts quite often it appears insufficient.

---

---

The given problem induces experts in narcology to an individualization of therapeutic programs due to a combination of preparations and their complex use.

All aforesaid testifies to a urgency of a pathogenetic substantiation, approbation, introduction of the system of clinical-psychopathological syndrome heading and differentiations of application in narcological practice of new medical products. Research is directed on inclusion to the scheme of complex treatment sick by an alcoholism in the post-abstinent period of preparations of metabolic type of action (phenotropil and hypoxen), promoting to reduction of uneasiness, depressions and neurotization at patients, to increase of their activity, state of health and mood, and also normalization of parameters of physical and mental health depending on individual sensitivity to them.

## **SOCIAL SUPPORT OF FORMER CONSUMERS OF INJECTION DRUGS**

S.N. Molchanov

Necessity of work proves in the clause on social support of former consumers of injection drugs, as the factor raising productivity of rehabilitation programs.

*Keywords:* social support, the expert on support, rehabilitation.

## **THE INFLUENCE OF CHRONIC ALCOHOL ABUSE OF THE ACTIVITY OF ALCOHOL DEHYDROGENASE IN THE BLOOD SERUM OF THE PEOPLE SUFFERING FROM ALCOHOLISM**

V.P. Pavlenko

Due to the increasing time of alcohol abuse, the activity of alcohol dehydrogenase in the blood serum is increased, e.i. the direct dependence exists, between the duration of alcoholism and elevation of alcohol dehydrogenase activity.

## **THE ESTIMATION OF CHANGES IN THE ACTIVITY OF CREATINEKINASE AND ITS ISOZYMES IN THE BLOOD SERUM OF THE PATIENTS WITH ALCOHOLISM**

V.P. Pavlenko

At the patients with alcoholism creatinekinase activity in the blood serum is sharply increased in the abstinence period, while the activity of enzyme is directly proportional the severity of alcohol abstinence syndrome. In remission time isoenzyme content of creatinekinase is significantly changed because of elevation of neurospesific and cardiospecific isoenzymes. Abovementioned disturbances persist for a long time (up to several years).

## **TYPES OF LIFE-MEANING ORIENTATIONS AT PERSONS WITH SUICIDE TENDENCIES**

G.S. Abdirajymov, M.M. Nurkatova

In the clause the results of the sociological research opening features of life-meaning orientations at persons, made suicide attempts are presented. Come to light value of parameters of scales time vital orientation of the person, and as a way of self-checking. A parity of parameters of these scales are united in types of an actual semantic condition. It allows to define weak and strengths of the person to deduce laws in regulation of vital attitudes.

---

---

---

---

## **THE ANALYSIS OF CASES OF HOSPITALIZATION IN THE REPUBLICAN CENTRE OF TOXICOLOGY OF THE PATIENTS WHO HAVE MADE ATTEMPTS OF A SUICIDE**

G.S. Berdalina, V.M. Cheglakova, M.M. Nurkatova

In article cases of hospitalization in toxicological branch of the persons who have made attempts of suicides are analyzed. Motivations of suicides are analyzed, the motivation auto-aggressive typology is presented.

### **PSYCHOSOCIAL FEATURES OF HIV- INFECTED PATIENTS**

N.M. Sadykov

Questions concerning HIV-infected people: domestic problems, interrelation among other people, psychics and medical care features are discussed in this article.

### **THE DEMONSTRATIVE PSYCHOTHERAPY AT DRUG-DEPENDENT (The brief review)**

T.V. Pak

In the clause the review of scientific-theoretical and applied directions of demonstrative psychotherapy, and also methodology of an estimation of efficiency of psychotherapy of drug-dependent is given. Regular reviews and meta - analyses by efficiency of treatment of the persons dependent from psychoactive substances are resulted. Comparative results of efficiency of separate kinds of psychotherapy of drug-dependent are analysed and studied.

---

---

## **БИБЛИОГРАФИЯ К ЖУРНАЛУ «ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ» ЗА 2009 ГОД**

### **Редакторские статьи**

Катков А.Л. К стандарту макроструктуры системы наркологической помощи в Республике Казахстан, Том XV, № 1, 2009

Катков А.Л., Макаров В.В. Философские и научно-методологические основания интегративной психотерапии, Том XV, № 3, 2009

Макаров В.В., Катков А.Л. Роль и место психотерапии в лечении и реабилитации зависимых от психоактивных веществ, Том XV, № 1, 2009

### **Эпидемиологические исследования**

Джарбусынова Б.Б. Дифференцированная оценка психического здоровья населения Республики Казахстан (по материалам комплексного исследования 2003 года), Том XV, Специальный выпуск, посвященный III съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов Республики Казахстан, 2009

Юсопов О.Г., Аманова Ж.Ш., Мусабекова Ж.К. Взаимосвязь уровня психологического здоровья и потребления психоактивных веществ, Том XV, Специальный выпуск, посвященный III съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов Республики Казахстан, 2009

### **Психотерапия**

Алтынбекова Г.И. Психотерапевтические интервенции как фактор влияния на личностную структуру зависимых от психоактивных веществ, Том XV, № 3, 2009

Катков А.Л., Макаров В.В. Актуальные социальные контексты и условия формирования интегративного движения в психотерапии, Том XV, Специальный выпуск, посвященный III съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов Республики Казахстан, 2009

Макаров В.В., Катков А.Л. Основные тенденции развития психотерапии в Российской Федерации и в Республике Казахстан, Том XV, Специальный выпуск, посвященный III съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов Республики Казахстан, 2009

Мациевская Л.Л. Групповая психотерапия пограничных психических расстройств студентов медицинского ВУЗа, Том XV, Специальный выпуск, посвященный III съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов Республики Казахстан, 2009

Нургазина А.З. Актуальность психотерапии для врачей, Том XV, № 3, 2009

Пак Т.В. Универсальные механизмы и критерии эффективности психотерапии наркозависимых, Том XV, № 4, 2009

Раченкова И.Я. Психологическое содержание межнациональных конфликтов в процессе адаптации к новой культурной среде, Том XV, № 3, 2009

### **Психиатрия**

Алтынбеков С.А., Негай Н.А. Основные клинические характеристики лиц, направленных на амбулаторное принудительное лечение в психиатрические диспансеры Республики Казахстан, Том XV, № 1, 2009

Джарбусынова Б.Б., Катков А.Л. Мотивационная терапия зависимых от психоактивных веществ (учебно-методическое пособие), Том XV, № 4, 2009

Загидуллина В.Ф. Неврозоподобные психические расстройства при хронической свинцовой интоксикации, Том XV, № 1, 2009

Илешева Р.Г., Алтынбеков С.А., Бабыкпаева А.Т. Нозологическая структура психических расстройств у лиц, которым рекомендована ст. 17 УК РК, Том XV, № 2, 2009

Илешева Р.Г., Алтынбеков С.А., Бабыкпаева А.Т. Социodemографические данные в отношении подэкспертных, которым рекомендована ст. 17 УК РК 1997 г., Том XV, № 2, 2009

Иманбеков К.О. Структура дефицитарных расстройств при шизофрении (литературный обзор), Том XV, № 3, 2009

Русина Е.Ю., Столяревская С.А. Суицид – проблема личности или общества? Том XV, № 1, 2009

---

---

Старицын А.С., Кирилюк С.С. Конституциональная теория шизофрении и традиции отечественной психиатрии в изучении психического заболевания, Том XV, № 4, 2009

## **Наркология**

Алтынбеков К.С. Социodemографические данные исследования клинических особенностей аффективных нарушений при ассоциированных формах алкоголизма, Том XV, № 3, 2009

Алтынбекова Г.И. Психопатологические расстройства при опийной наркомании (обзорная статья), Том XV, № 3, 2009

Байкенов Е.Б. Особенности ценностно-потребностной сферы наркозависимых лиц на различных этапах наркологической помощи, Том XV, № 4, 2009

Беспалова Л.Ю. Диагностика ВИЧ - инфекции у опийных наркоманов, Том XV, № 2, 2009

Беспалова Л.Ю. Особенности астенического синдрома у ВИЧ - инфицированных лиц, зависимых от опиоидов, Том XV, № 2, 2009

Катков А.Л. Методология комплексной оценки качества наркологической помощи на этапе амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ в секторе добровольной наркологической помощи МЗ РК, Том XV, № 2, 2009

Катков А.Л. Методология комплексной оценки качества наркологической помощи на этапе стационарного лечения и реабилитации зависимых от ПАВ в секторе добровольной наркологической помощи МЗ РК, Том XV, № 2, 2009

Катков А.Л. Методология комплексной оценки качества наркологической помощи на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ в секторе добровольной наркологической помощи МЗ РК, Том XV, № 2, 2009

Катков А.Л. Методология комплексной оценки качества наркологической помощи - оценка общих характеристик системы управления качеством наркологической помощи на основных этапах ее оказания, Том XV, № 2, 2009

Катков А.Л. Методология комплексной оценки качества первичной наркологической помощи, оказываемой в секторе добровольной наркологической помощи МЗ РК, Том XV, № 2, 2009

Катков А.Л. Методология комплексной оценки качества первично-профилактической наркологической помощи, оказываемой в секторе добровольной наркологической помощи МЗ РК, Том XV, № 2, 2009

Катков А.Л. Оценка качества наркологической помощи на уровне ближайшего окружения зависимых от ПАВ, Том XV, № 2, 2009

Кузембаева Л.Б., Павленко В.П., Успанов Н.Н. Применение фенотропила и гипоксена у больных алкоголизмом в постабстинентный период, Том XV, № 4, 2009

Кусаинов А.А., Прилуцкая М.В. К вопросу о предпосылках возникновения наркомании, Том XV, № 3, 2009

Кусаинов А.А., Прилуцкая М.В. К вопросу о синдромологии опийной наркомании (литературный обзор), Том XV, № 3, 2009

Лукьяненко Ю.В., Лукьяненко Е.Ю., Котин А.В., Казакова А.В., Афанасьева М.В., Вязовой П.П. Особенности и преимущества семейного варианта стационарного лечения больных с наркотической зависимостью, Том XV, № 3, 2009

Молчанов С.Н. Социальное сопровождение бывших потребителей инъекционных наркотиков, Том XV, № 4, 2009

Павленко В.П. Влияние хронического злоупотребления алкоголем на активность алкогольдегидрогеназы в сыворотке крови людей, страдающих алкоголизмом, Том XV, № 4, 2009

Павленко В.П. Оценка изменений активности креатинкиназы и ее изоферментов в сыворотке крови у больных алкоголизмом, Том XV, № 4, 2009

Прилуцкая М.В. Актуальность исследования феномена интернет-аддикции в современной наркологии, Том XV, № 2, 2009

Ракишева А.С., Пазылхаир М.П., Шабалова Е.Н. Аутоаггрессивное (суицидальное, несуицидальное) поведение у больных опийной наркоманией (клинико-психопатологический аспект), Том XV, № 2, 2009

Садвакасова Г.А., Абеева А.Г., Пазылхаир М.П. Социально-демографические и социально-психологические особенности формирования опиоидной наркомании у женщин, проживающих в Казахстане, Том XV, № 2, 2009

## **Пограничная патология**

Абдирайымов Г.С., Нуркатова М.М. Типы смысложизненных ориентаций у лиц с суицидальными тенденциями, Том XV, № 4, 2009

---

---

Бердалина Г.С., Чеглакова В.М., Нуркатова М.М. Анализ состояния суициdalной активности в г. Алматы на примере Республиканского токсикологического центра, Том XV, № 4, 2009

Бохан Т.Г. Клинико-психологические аспекты стресса и стрессоустойчивости с позиции культурно-исторического подхода, Том XV, № 1, 2009

Бултачев Ж.Ж. Различия в распределении респондентов Аральской и Кызылординской зон по профессиональному и образовательному уровню, Том XV, № 1, 2009

Каирханов Е.К. Формы аутоагрессивного поведения осужденных лиц по результатам анкетирования сотрудников исправительных учреждений, Том XV, № 4, 2009

Нургазина А.З., Алтынбекова Ж.А. Депрессии в общемедицинской практике, Том XV, № 3, 2009

### **Пограничные расстройства**

Адылов Д.У. Индивидуальная работа целителей, Том XV, № 1, 2009

Адылов Д.У. Медицина и целительство, Том XV, № 1, 2009

Алтынбекова Г.И. Проблема адаптации в профилактике наркоманий, Том XV, № 3, 2009

Бултачев Ж.Ж. Сопоставление социально-демографических и социо-культуральных характеристик обследованных контингентов Приаральского и Кызылординского регионов, Том XV, № 1, 2009

Ельшибаева К.Г. Содействие снижению агрессии несовершеннолетних осужденных в пенитенциарных учреждениях, Том XV, № 1, 2009

Садыков Н.М. Психосоциальные особенности ВИЧ-инфицированных, Том XV, № 4, 2009

### **Психология здоровья. Валеология.**

Алтынбекова Г.И. Психопрофилактические подходы к проблеме зависимости от психоактивных веществ с точки зрения внутриличностных механизмов, Том XV, № 3, 2009

Иванов Е.Л., Брыжахин П.Г., Сулейменова С.Д., Онгарова В.Н., Хаирбаева З.С. Организация работы с семьей по вторичной профилактике ПАВ среди несовершеннолетних, Том XV, № 4, 2009

Лаврова Н.М., Лавров В.В. Родительская мотивация и супружеские отношения, Том XV, № 2, 2009

Присяжная Е.Э. Психологическая феноменология и процессуальные характеристики кризиса середины жизни, Том XV, Специальный выпуск, посвященный III съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов Республики Казахстан, 2009

### **Организация служб психического здоровья**

Айбасова Г.Х. Совершенствование нормативного регулирования деятельности по охране психического здоровья населения в системе здравоохранения Республики Казахстан, Том XV, Специальный выпуск, посвященный III съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов Республики Казахстан, 2009

### **Информация, обзоры**

Адылов Д.У. Целительство и религия, Том XV, № 1, 2009

Адылов Д.У., Акматов Н.А., Исмаилов Б.И. Критерии отбора целителей для работы в Центре народной медицины, Том XV, № 1, 2009

Байкенов Е. Б. Распространенность стадий изменения поведения у наркозависимых лиц на различных этапах наркологической помощи, Том XV, № 4, 2009

Байкенов Е.Б. Особенности волевой регуляции у наркозависимых находящихся на различных этапах медико-социальной реабилитации, Том XV, № 4, 2009

Болехан А.В., Жумашева А.Б., Зарубина И.В., Рылеев А.Ю., Цыган В.Н., Шабанов П.Д. Иммуномодулятор Трекрезан: профиль общей и иммунотропной активности, Том XV, № 1, 2009

Жумадилов Ж.Ш., Бекбосынов А.Ж., Асылханов Н.К. Влияние пептидных нейрорегуляторов на функциональное состояние эндотелия при ишемическом инсульте, Том XV, № 3, 2009

Иманбеков К.О. Стадии и этапы течения шизофрении (литературный обзор), Том XV, № 3, 2009

Каирханов Е.К. Аутоагрессивные повреждения – актуальная хирургическая проблема, Том XV, № 4, 2009

Кусаинов А.А. Астенические расстройства у больных с зависимостью от героина с различным стажем употребления, Том XV, № 4, 2009

Кусаинов А.А. Интеллектуально-мнестические нарушения у больных героиновой наркоманией с различным стажем наркотизации, Том XV, № 4, 2009

---

---

Кусаинов А.А., Прилуцкая М.В. Нейрофизиологические изменения у больных опийной наркоманией (литературный обзор), Том XV, № 3, 2009

Макаров В.В. Рецензия на учебное пособие П.И. Сидорова, И.Г. Мосягина, С.В. Маруняк «Психология катастроф», Том XV, № 1, 2009

Пак Т.В. Доказательная психотерапия наркозависимых (Краткий обзор), Том XV, № 4, 2009

Ракишева А.С., Чекушина Е.В., Худенко Т.И. Аутоагрессивное поведение с суицидальными, несуицидальными проявлениями у больных героиновой наркоманией, Том XV, № 4, 2009

Сагатова А.Т., Абылкасимова З.К. Туберкулёз и психические заболевания, Том XV, № 4, 2009

Садвакасова Г.А. К вопросу о женской психотерапии, Том XV, № 4, 2009

Садвакасова Г.А. Клинико-психопатологические и клинико-психологические особенности опиоидной наркомании у женщин, Том XV, № 4, 2009

Салимбаева М.М. Организация медицинского обслуживания в медико-социальных учреждениях (на примере ГУ «Павлодарский специализированный дом для психохронников»), Том XV, № 2, 2009

Цыган В.Н., Шабанов П.Д., Востриков В.В., Шинкарева О.Г., Соколов А.Г., Кузембаева Л.Б., Жумашева А.Б., Васильченко В.В. Рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое клиническое изучение эффективности и переносимости БАД «Трамелан» в качестве иммуномодулятора и антиастенического средства в постдетоксикационном периоде у больных с синдромом зависимости от алкоголя, Том XV, № 1, 2009

Юсопов О.Г., Мусабекова Ж.К. Особенности потребления психоактивных веществ среди детей младшего и старшего школьного возраста, Том XV, № 2, 2009

## **Юбилеи**

Марк Евгеньевич Бурно, Том XV, № 1, 2009