



**Мотивационные и когнитивно-
поведенческие вмешательства
в реабилитации ВИЧ-инфицированных
потребителей опиатных наркотиков
с коморбидными психическими
расстройствами**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2012

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. В.М. БЕХТЕРЕВА

**Мотивационные и когнитивно-
поведенческие вмешательства
в реабилитации ВИЧ-инфицированных
потребителей опиатных наркотиков
с коморбидными психическими
расстройствами**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2012

АННОТАЦИЯ

В методических рекомендациях представлена структурированная комплексная программа проведения мотивационных, когнитивно-поведенческих вмешательств у ВИЧ-инфицированных наркозависимых больных и среди их ближайшего окружения. В работе изложены обоснование, принципы организации и основные техники консультативной работы. Описаны инструменты оценки состояния больных, а также планы тематических сессий. Показано, что применение программы, представленной в методических рекомендациях, позволяет улучшить психосоциальное функционирование больных и их семей, снижает риск возникновения срывов и распространения ВИЧ-инфекции, повышает эффективность проводимых профилактических и реабилитационных программ.

Методические рекомендации предназначены для врачей психиатров-наркологов, инфекционистов, клинических психологов, работающих в специализированных наркологических учреждениях и реабилитационных центрах.

Авторы: Р.Д. Илюк, к. м. н., руководитель отделения терапии больных с аддиктивными расстройствами; А.М. Шишкова, к. пс. н., клинический психолог отделения терапии больных с аддиктивными расстройствами

Организация разработчик: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. Отделение терапии больных с аддиктивными расстройствами

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

КПМКПСВ – комплексная программа мотивационных, когнитивно-поведенческих и семейно-ориентированных вмешательств

КПВ – когнитивно-поведенческое вмешательство

МИ – мотивационное интервью

ПАВ – психоактивное вещество

ПИН – потребитель инъекционных наркотиков

РП – рискованное поведение

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время можно констатировать, что в России параллельно, и в значительной мере взаимосвязано, развиваются две эпидемии – наркопотребление и ВИЧ-инфекция.

На первых этапах эпидемии (1996–1999 гг.) почти 90% пораженных ВИЧ были потребителями инъекционных наркотиков (ПИН). Эпидемия развивалась из-за рискованных форм поведения наркопотребителей, а именно совместного использования инъекционного инструментария и незащищенного секса. Несмотря на применяемые профилактические мероприятия, до сих пор большинство ПИН (по разным источникам 15–60%) практикуют общее использование иглол и шприцев, что поддерживает развитие эпидемии ВИЧ и не позволяет взять ее под контроль. В последнее время растет роль гетеросексуального пути передачи ВИЧ, а это в свою очередь способствует распространению инфекции среди широких слоев населения. У 2/3 опиатзависимых больных встречаются коморбидные психические расстройства. Эмоциональные расстройства являются наиболее частой формой психических расстройств, при наркозависимости – у 27% выявляется большая депрессия. Аффективная патология влияет на формирование рискованного поведения. Среди потребителей опиатов широко распространены расстройства личности, которые диагностируются в 28,9% случаев. Часто употребление ПАВ наблюдается у больных шизофренией и шизотипическими расстройствами. Систематическое употребление наркотиков при наличии психического расстройства резко повышает социальную опасность больных. Люди с психическими заболеваниями чаще, чем пациенты с другими диагнозами, оказывают сексуальные услуги за деньги или наркотики, также у них отмечается высокая частота совместного пользования инструментарием для инъекций и более редкое использование презервативов. Распространенность коморбидных психических расстройств у ВИЧ-инфицированных достигает 50%. Наибольшее значение придается психотическим и аффективным расстройствам, аддиктивным, когнитивным нарушениям и деменции. Постановка диагноза ВИЧ-инфекции является серьезной психологической травмой, что также может приводить к увеличению употребления ПАВ, а недостаток адаптивных возможностей способствует усилению рискованного поведения.

В связи с тем, что в настоящее время не существуют такого вида терапии зависимости от ПАВ, который мог бы считаться эффективным для всех наркобольшных, а аддикция возникает при определенном сочетании биологических, психологических и социальных факторов, современная парадигма предполагает интегративное воздействие на пациента, состоящее из медико-фармакологических и психосоциальных подходов.

На сегодняшний день в РФ практически не существует интегративных психотерапевтических программ для работы с ВИЧ-инфицированными наркозависимыми и их близким окружением, между тем наличие коморбидной патологии обуславливает сложный характер взаимоотношений между имеющимися расстройствами, снижает мотивацию отказа от ПАВ, ухудшает прогноз и увеличивает риск распространения инфекционных заболеваний и наркозависимости.

В настоящее время психологическое консультирование, когнитивно-поведенческая психотерапия являются главными компонентами комплексной терапии при наркомании. Эффективность этих методов в работе с аддиктивными больными является научно обоснованной и подтверждена многочисленными доказательными исследованиями [5, 8].

Основополагающими подходами, лежащими в основе предлагаемой программы, являются: техника мотивационного интервью, система когнитивно-поведенческой терапии и модель ARISE, представляющие собой стратегию последовательных психотерапевтических интервенций у родственников и близких пациентов.

Мотивационное интервью (МИ) представляет собой динамичный процесс работы с пациентом, в ходе которого становится очевидным преобладание отрицательных последствий употребления ПАВ, выявляются предпосылки и необходимость изменения поведения; формируется или усиливается мотивация на участие в лечебно-реабилитационных программах и сохранение трезвости. Подходы, используемые при МИ, основаны на убеждении, и являются больше поддерживающими, чем конфронтационными. Концепция МИ была разработана в ходе работы с алкогользависимыми людьми [7] и в настоящее время используется в работе с различными поведенческими расстройствами.

Выделяют следующие характеристики МИ:

1. МИ направлено на мобилизацию внутреннего потенциала пациента с целью побуждения его к изменению собственного поведения.

2. МИ направлено на выявление, усиление амбивалентности и осознание цены поведения.

3. Мотивация к изменению должна исходить от самого пациента, а не быть навязана ему извне.

4. Готовность к изменениям пациента является динамической характеристикой, которая формируется в процессе взаимодействия с психотерапевтом.

5. «Спротивление» и «отрицание» – это сигналы терапевту о необходимости изменить стиль взаимодействия.

6. Усиление самодостаточности пациента и его веры в способность измениться и достичь желаемых целей является неотъемлемой частью терапевтического процесса.

7. Терапевтические отношения являются партнерскими и основаны на уважении к автономности пациента.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) – это комплекс терапевтических мероприятий, направленных на уменьшение силы эмоционального реагирования и проявлений различных форм самодеструктивного поведения посредством коррекции ошибочных мыслей и иррациональных убеждений, лежащих в основе таких реакций. КПТ базируется на теориях классического обусловливания И.П. Павлова (формирование условных рефлексов на основе безусловных), социального научения Дж. Роттера и А. Бандуры (научение посредством моделирования поведения других людей), *оперантного обусловливания* Б.Ф. Скиннера («закон эффекта» – поведение контролируется его последствиями), которые дают объяснение формированию зависимости и являются методологической основой психотерапии.

Классическое обусловливание – форма научения, исследованная и доказанная И.П. Павловым, при которой новая форма поведения (реакция, стойкий ответ) возникает на нейтральный (условный) стимул за счет многократного повторяющегося на протяжении определенного времени сочетания условного раздражителя с безусловным стимулом, вызывающим безусловную реакцию.

Употребление ПАВ ассоциируется с внешними атрибутами, связанными с наркотизацией, особыми местами, где можно купить наркотики, с определенными людьми (потребителями наркотиков, приятелями, продавцами наркотиков), наличием денег, временем дня или недели (после работы, выходные дни), чувствами и внутренним состоянием (одиночество, скука, тревога). В соответствии с механизмом классического научения действие этих стимулов может вызвать влечение или тягу, за которыми последует употребление ПАВ.

Оперантное обусловливание – вид научения, в котором желаемое поведение закрепляется посредством негативного или позитивного подкрепления, следующего непосредственно за поведением, что ведет к формированию ассоциативных связей между поведением и его последствиями. Позитивное подкрепление основано на предъявлении стимулов (наград), которые усиливают поведенческую реакцию. Позитивное подкрепление при употреблении ПАВ возникает в результате воздействия аддитивных средств на центры положительных эмоций головного мозга, что сопровождается повышением настроения, психофизической выносливости, сексуальной активности, эйфорией, релаксацией. Негативное подкрепление поведения формируется за счет удаления негативных стимулов. В случае потребления ПАВ, к примеру опиатов, оно возникает при устранении физической боли, тревоги или предотвращении синдрома отмены. Восприятие позитивных и негативных последствий употребления может сильно различаться у разных людей.

Социальное научение. Научение по модели – это подражание кому-либо или следование чьему-либо примеру. Люди обучаются новым навыкам с помощью наблюдения за другими и впоследствии пытаются выполнить их самостоятельно. Научение по модели – это основной механизм, мотивирующий начало употребления ПАВ.

Научение лежит в основе поведенческой терапии, целью которой является устранение старого неэффективного поведения и научение новым стратегиям.

КПТ работает на поведенческом, когнитивном и эмоциональном уровне функционирования. При этом когнитивные выступают в роли основной детерминанты человеческих эмоций. В «когнитивии» входят такие образования, как убеждения, установки, информация

о личности и среде. Любые события, происходящие в жизни человека, преломляются через призму его субъективного восприятия, получая ту или иную значимость и эмоциональную окраску, вызывая специфические адаптивные реакции. Деадаптивные поведенческие реакции (включая злоупотребление ПАВ) являются результатом дисфункционального мыслительного процесса. Характерными чертами дисфункционального мышления являются: преувеличение, дихотомическое мышление, свехобобщение, необоснованные предположения, ошибочные умозаключения, – которые считаются так называемыми иррациональными убеждениями. При помощи техник КПТ происходит осознание дисфункциональных установок личности, что позволяет достичь изменения как эмоционального, так и поведенческого реагирования.

Модель ARISE [6] – является системой последовательных психотерапевтических интервенций с родственниками наркозависимых для привлечения больного к лечению. Работа с семьей – важная составляющая программы комплексной психотерапии. Злоупотребление наркотическими веществами хотя бы одним членом семьи неизбежно нарушает внутрисемейные взаимоотношения. Сформировавшиеся в результате болезни близкого деадаптивные механизмы семейного взаимодействия в дальнейшем могут препятствовать процессу выздоровления больного, а также негативно влиять на психическое и соматическое здоровье его окружения [1, 3, 4]. Дезорганизация семьи, негативные коммуникации между родителями и детьми оказывают патогенное действие на течение заболевания. В настоящее время установлено, что у перенесших передозировку потребителей опиатных наркотиков в семьях выявляется более дисфункциональные отношения. Их характерной особенностью являются более напряженные взаимоотношения с матерями, чем с другими членами семьи [2]. Также необходимо отметить, что наркопотребители в России, в отличие от наркозависимых за рубежом, в основном живут в родительских семьях. Семейный конфликт может послужить причиной как намеренной передозировки (например, суицид), так и ненамеренной: при попытке скрыть факт своего злоупотребления, когда наркотик втайне вводится дома. Коррекция межличностных отношений, устранение родительско-детских конфликтов, обостренных эмоциональных реакций, обид и оскорблений в семьях

наркозависмых играют важную роль в профилактике передозировок ПАВ.

Необходимость участия семьи в психотерапевтическом процессе обусловлена еще и тем, что число контактов больных наркоманией с их родительскими семьями больше, по сравнению с общей популяцией [9, 11], и зачастую именно родственники больного первыми обращаются за помощью к специалистам и способствуют вовлечению больного в психотерапевтическую программу. При использовании модели ARISE привлечение больных в программу составляет 83%.

Эффективность терапевтических программ с активным участием близких больного значительно выше, по сравнению с психотерапевтическими программами, ориентированными исключительно на больного наркоманией.

Модель ARISE базируется на следующих допущениях:

- Больной наркоманией и его семья находятся во взаимозависимости и оказывают влияние друг на друга.

- Аддиктивное поведение одного из членов семьи, на первый взгляд кажущееся необъяснимым, выполняет определенную функцию в семье, которая может быть исследована только при анализе семейной истории и ситуации.

- Семейная система способна к саморегуляции.

- Включение в терапевтический процесс как можно более широкого круга родственников является благоприятным, поскольку это позволяет снять ограниченность диадных взаимоотношений, а также увеличивает семейный потенциал и креативность.

Даже в случае отказа самого больного от лечения необходимо мотивировать его близких на участие в психотерапевтическом процессе, что будет способствовать профилактике у них нервно-психических и соматических заболеваний и значительно повысит вероятность обращения больного за помощью в последующем.

Интеграция вышеизложенных психотерапевтических техник в единую структурированную программу позволяет более эффективно мотивировать наркозависимых и их родственников на участие в лечебно-реабилитационных мероприятиях, проводить коррекцию поведения, связанного с употреблением и риском распространения ВИЧ-инфекции, продлевать сроки и повышать качество ремиссий участников медико-социальных программ.

Эффективное применение описанных в данной программе техник возможно лишь с учетом степени осознания пациентом существующих у него проблем. Поэтому, перед проведением каких бы то ни было терапевтических вмешательств терапевту следует определить на какой стадии изменения поведенческого стереотипа (Prochaska J.O., DiClemente C.C.) находится конкретный пациент.

Модель изменения поведенческого стереотипа. Модель изменения поведения свидетельствует о том, что процесс изменения определенного поведения состоит из нескольких стадий: 1. Предосознание. – 2. Осознание. – 3. Решение. – 4. Действие. – 5. Поддержание. – 6. Рецидив.

Определение стадии изменения поведенческого стереотипа является принципиально важным, поскольку каждая стадия характеризуется определенными особенностями и предполагает применение соответствующих техник со стороны специалиста.

1. Стадия предосознания. («Проблема? Какая еще проблема?») Пациенты на этой стадии: не осознают наличие каких-либо проблем, связанных с употреблением наркотиков и/или рискованным поведением; не обеспокоены собственным употреблением наркотиков и/или рискованным поведением; игнорируют чьи бы то ни было аргументы о том, что они делают что-то вредное.

2. Стадия осознания. («Иногда я думаю, что мое поведение действительно приносит множество проблем мне и моим близким. С другой стороны, многие мои знакомые ведут себя еще хуже».) Люди на этой стадии амбивалентны: они наслаждаются употреблением наркотиков и РП, но иногда они обеспокоены возрастающими финансовыми и другими затратами; они постоянно спорят сами с собой о том, существуют у них проблемы или нет.

Зависимые от ПАВ зачастую находятся на стадии предосознания или осознания. Пациент, находящийся на первых двух стадиях, не готов к планированию конкретных терапевтических мероприятий. Основная работа на данных стадиях должна быть направлена на формирование мотивации к лечению.

3. Стадия принятие решения. («Я собираюсь с этим что-нибудь сделать...») Пациенты на этой стадии: готовы к тому, чтобы изменить свое поведение; зачастую осознают, что цена последствий превышает удовольствие; понимают, что, так или иначе, изменение необходимо.

4. Стадия действия. («Я больше не употребляю наркотики...») Пациенты на этой стадии: начинают процесс изменения; нуждаются в обучении навыкам совладающего поведения.

5. Стадия поддержания. («Пока у меня все получается».) Люди на этой стадии: меняются и работают над сохранением изменений.

6. Стадия рецидива. («Вчера я сорвался и не знаю, что мне теперь делать...») На этой стадии люди возобновляют злоупотребление ПАВ. Во время рецидивов пациенты возвращаются на одну из ранних стадий и затем могут вновь стремиться к прекращению зависимости. При этом линейная прогрессия наблюдается редко.

Пациенту, находящемуся на стадии принятия решения, необходимо помочь в формулировании реалистичных целей. На последующих стадиях, когда человек начал предпринимать конкретные действия и пытается изменить свое поведение, осуществляется переход непосредственно к психотерапевтическим мероприятиям.

Целью настоящей работы явилось создание структурированной комплексной программы психотерапевтических вмешательств, основанной на техниках мотивационного интервью (МИ), когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), последовательных МИ и КПТ интервенций в семьях пациентов (в рамках модели ARISE – A Relational Intervention Sequence for Engagement), адаптированной для работы с ВИЧ-инфицированными наркозависимыми, а также их с ближайшим окружением.

Задачи программы:

- мотивация пациента и его родственников на участие в диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятиях;
- оценка психического, соматического состояния и социального функционирования пациента и его близких;
- коррекция психического состояния пациента;
- выработка навыков самоконтроля и адаптивного поведения пациента и его родственников;
- коррекция поведения, связанного с употреблением ПАВ (помощь в прекращении/снижении частоты и количества употребления, в зависимости от целей пациента);
- изменение поведения, связанного с риском распространения ВИЧ-инфекции (внутривенное введение наркотиков, рискованные сексуальные практики).

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА МОТИВАЦИОННЫХ И КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ОПИАТНЫХ НАРКОТИКОВ

Программа состоит из трех этапов: этапа *мотивации на лечение*, на котором также осуществляется первичная диагностика состояния обратившегося за помощью, этапа *проведения когнитивно-поведенческих вмешательств* и этапа *поддержки*. На всех этапах рекомендуется работа как с самим наркозависимым, так и с его близкими. Эффективное применение описанных в данной программе подходов возможно лишь с учетом степени осознания пациентом существующих у него проблем. Поэтому перед проведением каких бы то ни было терапевтических вмешательств психотерапевту следует определить, на какой стадии изменения поведенческого стереотипа находится пациент.

1. Этап мотивации на лечение. Мотивация на лечение больного, страдающего зависимостью от ПАВ, является основополагающей задачей терапевтического процесса, определяющей успешность дальнейших мероприятий.

Специалисты, работающие с ВИЧ-инфицированными наркозависимыми, зачастую сталкиваются с феноменом отрицания наличия у них каких-либо проблем в связи с употреблением ПАВ и/или рискованным поведением. Сходные феномены можно обнаружить и при работе с родственниками больного. «Отрицание», как правило, срабатывает как при оценке тяжести заболевания близкого человека, так и в процессе осознания нарушений семейного и личного функционирования. Давление и конфронтация со стороны терапевта обычно препятствуют успеху. На данном этапе работы специалисту необходимо:

- установить доверительные отношения с пациентом и/или значимым близким, обратившимся за помощью;
- определить степень осознания больным и его близкими существующих проблем;
- мотивировать на участие в психотерапевтической (лечебной) программе больного и/или его близких.

В зависимости от того, обращается ли за помощью сам больной или контакту доступен только его значимый близкий, моти-

вационный этап должен проводиться по-разному. Эти различия описаны в соответствующих разделах: техники для мотивации, рекомендуемые в случае индивидуальной работы с больным; техники, рекомендуемые для мотивации больного при помощи значимых близких.

Вне зависимости от того, с кем консультант вступил в контакт, с больным или его близким окружением, при проведении мотивационного этапа неизменными являются два основных положения:

1. Создание атмосферы доверия, которая возможна лишь в ситуации эмпатичного и безоценочного принятия пациента. Консультанту важно «проникнуть» во внутренний мир пациента, быть способным тонко чувствовать и точно реагировать на переживания больного. Безоценочная, нейтральная позиция способствует созданию атмосферы взаимного уважения, располагающей к откровенной беседе. Понимание и сопереживание со стороны консультанта особенно важны для данного контингента, поскольку способны подарить надежду больным и их близким, зачастую находящимся в состоянии глубокого жизненного кризиса.

2. Использование стратегий, снижающих вероятность возникновения «сопротивления» со стороны пациента и его близких. «Сопротивление» представляет собой психологический механизм, основной задачей которого является минимизация отрицательных переживаний, возникающих в случае неприятной ситуации, опасности, боли, или устранение любого изменения, угрожающего существующему статусу пациента. «Сопротивление» часто возникает в ходе консультирования и препятствует работе. «Сопротивление» выражается в виде молчания, споров, перебивания, отрицания, игнорирования, уклонения от обсуждения наиболее важных проблем и зачастую является реакцией на содержание, а также стиль взаимодействия между пациентом и консультантом.

Сопротивление у пациента могут вызывать следующие действия со стороны консультанта:

- *использование закрытых вопросов, предполагающих дихотомический ответ «Да» или «Нет» («У вас есть проблемы со здоровьем?»; «Вы употребляете наркотики?»; «Вы предохраняетесь во время сексуальных отношений?»);*

- *позиция эксперта, стремление решать проблемы пациента («Я, как специалист, лучше знаю, как вам надо поступить»; «Вам*

надо выгнать его из дома, и только тогда он захочет изменить свое поведение»);

– *уговоры и убеждение, споры, поучение* («Я настоятельно прошу вас использовать презервативы во время сексуального контакта, ведь вы можете заразить вашего партнера»; «Я прошу вас прекратить давать ему деньги»);

– *морализирование, чтение проповедей, зывание к обязанностям* («Как же вы можете быть таким безответственным и не предохраняться, вы же ВИЧ-инфицированы»; «Вы просто обязаны помочь вашему ребенку справиться с этой проблемой»);

– *осуждение, критика, несогласие, обвинение* («Надо было раньше думать, вы сами виноваты»; «Если вы и дальше будете продолжать прощать ему его проступки, то ничего не изменится»);

– *наклеивание ярлыков* («Вы – наркоман»; «Для ВИЧ-инфицированных характерно...»).

Важно избегать ситуаций, которые могут вызывать или укреплять «сопротивление» пациента, поскольку чем оно сильнее, тем меньше вероятность того, что больной будет склонен к изменениям.

При работе с больным и/или его родственниками рекомендуется использовать следующие техники:

– *Открытые вопросы (ОВ)*. Применение ОВ позволяет избежать дихотомических или ранее заготовленных ответов и располагает к продолжительной беседе. «Расскажите, что именно тревожит вас?»; «Что вы чувствуете, когда говорите об этом?»; «Что вам дает употребление ПАВ?»; «Расскажите мне о том, что вас не удовлетворяет в употреблении ПАВ?»; «Как изменилась ваша жизнь, после того как вы узнали, что инфицированы?»; «Какими способами предохранения вы пользуетесь во время секса?»

– *Поощрение*. Данная техника повышает уверенность пациента в собственных силах и помогает двигаться дальше, а также поддерживает атмосферу взаимоуважения и доверия. «Здорово, что вы пришли сегодня»; «Это требует определенной смелости – говорить о том, что вы употребляете наркотики»; «Хорошо, что вы интересуетесь информацией по поводу ВИЧ, практикуете защищенный секс».

– *Рефлексивное слушание (РС)*. РС – активный стиль коммуникации между пациентом и консультантом, основной целью которого является контроль правильности получаемой информации.

Приемами РС являются: выяснение (использование уточняющих вопросов); перефразирование (формулирование сказанного пациентом своими словами) или дословное повторение; отражение чувств (копирование и выражение эмоционального состояния пациента). В процессе РС возникает обратная связь с мыслями и чувствами пациента. Необходимо выбирать и подчеркивать те высказывания, в которых выражается мотивация к изменению. «Если я вас правильно понимаю, для вас очень важны отношения с женой, и вы не хотели бы потерять ее из-за пристрастия к наркотикам»; «Уточните, пожалуйста, правильно ли я вас понимаю, сейчас вы имели в виду, что хотели бы больше времени уделять своему здоровью, но употребление ПАВ мешает вам в этом».

– *Обобщение.* Техника, позволяющая суммировать информацию, предоставленную пациентом. Основная задача обобщения – это систематизация мыслей, идей, мало связанных между собой утверждений и запутанных высказываний пациента. Обобщение способствует более глубокому пониманию проблем и побуждает к анализу значимых тем.

1.1. Техники мотивации, рекомендуемые в случае индивидуальной работы с больным. В случае если за помощью обращается больной наркоманией, в первую очередь необходимо определить, на какой стадии изменения поведенческого стереотипа находится данный пациент. Если пациент находится на первых двух стадиях, а именно – предосознания или осознания, для того, чтобы мотивировать его на лечение, рекомендуется использовать следующие стратегии.

1. *Исследовать значимые ценности и цели пациента и сопоставить их с наличными или гипотетическими последствиями его поведения* («Расскажите, что является наиболее важным в вашей жизни?»). Попросите пациента представить наихудшие последствия продолжения употребления и наилучшие последствия прекращения употребления наркотиков. Предложите пациенту заполнить бланк «Последствия употребления», который также может быть модифицирован для оценки последствий РП (Приложение 1). Эта процедура позволяет пациенту, возможно, впервые всерьез задуматься о последствиях поведения, связанного с употреблением ПАВ и РП, а консультанту – помогает оценить степень информированности пациента

в данном вопросе. Консультант может заполнять бланк совместно с пациентом или обсудить с ним результат, полученный в ходе самостоятельной работы. Осознание значительного перевеса негативных последствий употребления ПАВ (как краткосрочных, так и долгосрочных) над позитивными подталкивает пациента к принятию решения о необходимости изменения. Необходимо также обсудить с пациентом, какие альтернативные способы достижения позитивных последствий ему известны («Расскажите, пожалуйста, что еще придает вам уверенности в себе?»).

2. Выявить существующую амбивалентность в отношении поведения, связанного с употреблением ПАВ и риском распространения ВИЧ-инфекции. Амбивалентность – двойственное отношение, которое проявляется в высказываниях, чувствах, действиях, противоречащих друг другу. («С одной стороны, употребление ухудшает мое и без того слабое здоровье, но с другой – наркотики помогают мне справиться с тревогой»; «Мне не хотелось бы заразить кого-нибудь, но мне нравится заниматься сексом без презерватива»). Оценка всех «за» и «против» употребления ПАВ и РП проводится с помощью специального бланка (Приложение 2) и способствует более точной дифференциации противоположных тенденций. Попросите пациента оценить в баллах степень значимости каждого из его «за» и «против», при этом наибольший балл (10) будет означать выраженную значимость, а наименьший (1) будет говорить об относительной индифферентности. Затем вместе с ним подсчитайте общую сумму каждого «за» и «против» и обсудите полученный результат.

3. Усилить осознание пациентом противоречий между существующими целями и поведением («Эффективное лечение ВААРТ несовместимо с приемом ПАВ»).

4. *Инициировать «разговор об изменениях».* Индикатором успешного проведения мотивационного этапа является так называемый «разговор об изменениях», идущий со стороны пациента. «Разговор об изменениях» включает высказывания пациента, свидетельствующие: а) о негативных последствиях (недостатках) употребления/рискованного поведения; б) о преимуществе возможных изменений; в) о желании меняться.

5. *Поддерживать самодостаточность.* Важным мотивирующим фактором является уверенность в собственной способности к

изменению. Важно помочь пациенту выбрать направления изменений, а также поддержать предпринимаемые им усилия. («Это замечательное решение. Только вы сами можете изменить ситуацию к лучшему. Я постараюсь помочь, но только вы сами, как никто другой, знаете, как именно следует поступить, чтобы достичь желаемого результата»).

В самом начале работы с наркозависимым консультанту важно получить разрешение пациента на встречу с его близкими, предварительно объяснив ему, что вся информация, полученная во время ваших с ним бесед, строго конфиденциальна. Необходимо также подчеркнуть, что правило конфиденциальности распространяется и на информацию, полученную вами во время беседы с близкими больного. Если пациент соглашается, вы сами должны организовать встречу, а не предлагать ему сделать это.

В беседе с родственниками необходимо объяснить правило конфиденциальности, исследовать их понимание проблемы и отношение к ней, готовность участвовать в психотерапевтических мероприятиях. Важно подчеркнуть значимость участия членов семьи в терапевтическом процессе. Можно предоставить информацию о том, что, по данным статистики, эффективность лечебно-реабилитационных программ с активным участием близких больного значительно выше.

1.2. Техники мотивации больного при помощи значимых близких. В случае если первым за помощью обращается значимый близкий, рекомендуется:

1. Идентифицировать кризис, предшествовавший данному обращению к специалисту. Необходимо понять, почему помощь потребовалась именно сейчас, а не ранее. Прояснение этого вопроса, как правило, усиливает мотивацию к действию.

2. Изучить анамнез пациента, оценить тяжесть зависимости в данный момент и наличие коморбидной патологии, со слов значимого близкого.

3. Исследовать опыт предварительного лечения.

4. Исследовать предыдущие попытки значимого близкого мотивировать больного на лечение.

5. Акцентировать значимость участия близких зависимого в терапевтическом процессе.

6. Проинформировать о том, что мотивация больного к лечению является динамическим процессом, на который можно оказывать влияние.

7. Выяснить, кто еще из близких больного может оказать помощь, пояснив, что чем большее количество человек примет участие, тем выше вероятность успешности планируемых мероприятий.

8. Разработать *план интервенций* (смотри ниже) для привлечения больного к лечению и корректировать его в соответствии с результативностью предпринимаемых действий.

9. Подчеркнуть важность посещения терапевтических мероприятий вне зависимости от поведения больного.

Мотивационный этап проводится индивидуально и может занимать от 1 до 4 сессий в зависимости от степени осознания пациентом и его близкими проблем, связанных с употреблением ПАВ и ВИЧ-инфекцией, и от готовности к изменениям.

План интервенций по привлечению больного к лечению с помощью значимых близких

Интервенции, направленные на мотивацию больного на лечение с помощью близких, могут осуществляться в несколько этапов, различающихся по силе конфронтации значимых близких с больным.

Этап 1 – «приглашение». На первом этапе конфронтация является наименьшей. В ходе этого этапа необходимо помочь значимым близким сформулировать «обращение» к больному, которым они должны будут сопроводить его приглашение на совместную встречу с консультантом. Также следует обсудить с другими, заинтересованными в выздоровлении больного, лицами (коллеги по работе, друзья) возможность посещения ими психотерапевтических сессий. Обращение к больному может звучать следующим образом: «Мы знаем, что тебе совсем не легко в последнее время, нам больно наблюдать то, что с тобой происходит, и поэтому мы обратились к психотерапевту. Он приглашает нас на совместную встречу, чтобы понять, как нам всем можно помочь. Даже если ты откажешься пойти с нами, мы все равно будем продолжать посещать психотерапию». Далее необходимо сообщить время и место планируемой встречи, а также номер телефона, по которому боль-

ной может обратиться за получением необходимой информации. Проинформируйте значимых близких, что данное обращение следует произносить, когда больной находится в трезвом состоянии. Предупредите их, что велика вероятность проявления агрессии с его стороны и что очень важно на нее не отвечать, а также не вступать в продолжительную дискуссию и пререкания с больным.

Этап 2 – «мобилизация социальной сети». Во время совместной встречи, вне зависимости от того проходит она вместе с больным или на ней присутствуют только значимые близкие, решившие участвовать в терапевтическом процессе, необходимо попросить каждого объяснить, почему он находится на консультации и что, по его мнению, является проблемой, требующей разрешения. При этом, консультанту важно занимать нейтральную позицию, не вставая на чью-либо сторону, и следить за тем, чтобы члены группы не переходили к взаимным обвинениям и оскорблениям. Попросите, что бы каждый говорил о том, что происходит именно с ним, а не комментировал действия другого. Например, не следует допускать, чтобы звучали такие высказывания: «Он убивает меня своим хамским поведением, когда приходит домой в свинском состоянии!» Подобное высказывание можно переформулировать следующим образом: «Если я правильно понимаю, вы хотели сказать, что чувствуете себя очень плохо, когда видите, как С. совершает какие-то действия, находясь в определенном состоянии. Не могли бы вы уточнить, что именно с вами происходит, и описать конкретную ситуацию, в которой это случается».

На данном этапе может присутствовать лишь один значимый близкий, обратившийся за помощью, но предпочтительным является присутствие большего числа заинтересованных в выздоровлении пациента лиц.

Совместное обсуждение с больным и его близкими актуальной семейной ситуации, как правило, способствует росту мотивации на лечение.

Если больной не присутствует на встрече, беседа сходным образом проводится с его близкими. Обсуждаются попытки, предпринимавшиеся ими в прошлом для привлечения больного к лечению, их готовность к последствиям, которые могут возникнуть в результате применения следующего шага в оказании влияния на больного. Важно выяснить:

– готовы ли близкие быть последовательными в собственных требованиях к больному;

– могут ли они, в случае отказа больного от лечения, предпринять меры, которые повлекут за собой негативные, с его точки зрения, последствия;

– способны ли они как группа оказывать поддержку друг другу вне зависимости от последствий предпринимаемых действий;

– осознают ли они, что больной имеет право выбрать «наркотики и болезнь».

Если группа принимает решение предпринять следующий шаг, то происходит переход к третьему этапу. Если группа не чувствует готовности к принятию столь решительных мер, консультанту следует мотивировать ее членов на посещение психотерапевтических занятий для родственников больных. Следует объяснить, что там они получают возможность обмениваться опытом с людьми, имеющими аналогичные проблемы, обучаться эффективным способам взаимодействия с больным и совладания с возникающими трудностями, и это, в свою очередь, поможет им и их близким, страдающим зависимостью, бороться с болезнью.

Этап 3 – «конфронтация с больным». Данная фаза является наиболее эмоционально тяжелой для ее участников. Поэтому консультанту следует заранее обсудить с ними все возможные варианты развития событий, выявить существующую тревогу и опасения; обсудить их предположения по поводу реакции больного и возможные ответные действия. Необходимо, чтобы каждый из участников сформулировал, что он готов предпринять, если больной снова откажется от лечения. Например: «Я больше не буду давать тебе деньги ни на какие нужды, будь то еда, проезд или одежда, если ты не обратишься за лечением», или: «Я уеду жить к родителям и заберу дочь с собой, пока ты не обратишься к врачу». При формулировании необходимо отслеживать реалистичность планируемых шагов.

Далее каждый из участников составляет письмо больному, в котором должны содержаться следующие элементы:

1) утверждения, описывающие любовь к больному и желание его поддержать («Я очень люблю тебя и хочу помочь тебе справиться с болезнью»);

2) описания трех-пяти примеров поведения больного, связанных с употреблением ПАВ, затрагивающих значимого близкого

лично и причиняющих ему страдания («Воровство вещей из дома для покупки наркотиков заставляет меня постоянно все перепрыгивать, не дает возможности ни на секунду расслабиться в собственном доме, заставляет вставать посреди ночи, брать сумочку с собой, когда иду мыться в душ»);

3) описание планируемых участником действий, несущих негативные последствия для больного;

4) требование обратиться за помощью.

Члены группы по очереди зачитывают письма друг другу, пытаясь смягчить, насколько возможно, все, что звучит агрессивно, оскорбительно и/или осуждающе. Выбирается очередность прочтения писем, в начало и конец отбираются наиболее «сильные» письма.

Далее необходимо провести ролевую игру, в которой кто-то должен сыграть роль больного. Во время прочтения писем не следует вступать в дискуссию с больным. После завершения чтения надлежит спросить его о том, какое он принимает решение. Желательно записать ролевую игру на видеоноситель, а затем обсудить.

Группа планирует встречу с больным, вне зависимости от того, согласен он на нее или нет. Зачастую это означает, что встреча оказывается неожиданной для больного, после того как он неоднократно отказывается принять в ней добровольное участие. Предварительное приглашение является необходимым, поскольку предоставляет больному возможность добровольного участия.

Консультанту необходимо запланировать следующую встречу с семьей вне зависимости от решения больного. Важно проработать полученный опыт и обсудить возможные варианты дальнейших действий. В том случае, если больной по-прежнему отказывается от лечения, необходимо мотивировать значимых близких на участие в терапевтических занятиях, отслеживать динамику развития внутрисемейных отношений.

Если больной обратился за помощью в результате описанных на различных этапах интервенций, то перед тем, как включить его в терапевтический процесс, важно провести индивидуальную работу с ним, целью которой будет являться усиление его собственной мотивации на лечение. Для этого следует использовать техники для мотивации, рекомендуемые в случае индивидуальной работы с больным.

После завершения этапа мотивации, в ходе которого проведена первичная оценка состояния пациента и его родственников, следует перейти к диагностическому этапу, проведение которого позволит наиболее адекватно спланировать терапевтические мероприятия.

1.3. Диагностические мероприятия. На данном этапе важно провести исследование соматических, аддиктивных, клинко-психологических, психопатологических, социально-поведенческих характеристик расстройств у пациентов. Также существенным является оценка психического состояния значимых близких больного и изучение особенностей взаимоотношений в семье. Детальное описание диагностических подходов изложено в Приложении 10.

2. Этап проведения когнитивно-поведенческих вмешательств (КПВ). Этап проведения КПВ представляет собой краткосрочный курс, состоящий из восьми тематических занятий для больных наркоманией, а также семи тематических занятий для их родственников. Продолжительность занятий составляет 1,5 часа. Тематические занятия чередуются с психотерапевтическими сессиями, где выбор темы предоставляется пациенту.

Тематические сессии четко структурированы по времени, форме проведения и содержанию. Промежуточные сессии имеют гибкую структуру и предполагают более активное участие пациента, что позволяет эффективно отслеживать его состояние и фокусироваться на решение актуальных проблем. Для больных данный курс может проводиться как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. Психотерапевтические занятия проводятся для пациентов и их родственников в форме групповой или индивидуальной терапии. Частота занятий может варьироваться в зависимости от места проведения и возможностей пациента. Так если больной находится в стационаре, то с ним необходима ежедневная работа, если пациент работает, то встречи следует проводить не реже чем 2 раза в неделю.

Индивидуальный план занятий разрабатывается с учетом актуальной жизненной ситуации пациента и может представлять собой:

– при возможности привлечения только самого больного – индивидуальную или групповую работу с больным наркоманией;

– при возможности привлечения только родственников больного – *индивидуальную или групповую работу с родственниками больного*;

– при возможности контакта с больным наркоманией и его родственниками – *индивидуальную или групповую работу с ними*.

На данном этапе усилия консультанта направлены на: выявление и изменение поведения, связанного с употреблением наркотиков и риском распространения ВИЧ-инфекции; коррекцию аффективных расстройств; формирование навыков саморегуляции; реконструкцию и восстановление нарушенных семейных взаимоотношений; восстановление нарушенного социального функционирования.

2.1. Структура тематических сессий. Каждая групповая сессия имеет стандартную структуру. Обычный сеанс терапии подразделяется на три сессии по 20 минут.

Первая сессия: оценка текущего состояния пациента, поиск путей решения текущих проблем, обсуждение домашнего задания, опыта применения практических упражнений.

Вторая сессия: обсуждение темы занятия, например: «*Оценка ситуаций высокого риска распространения ВИЧ*», обоснование предложенной темы, установление ее взаимосвязи с проблемами пациента, демонстрация и отработка нового навыка.

Третья сессия: оценка реакции пациента на предложенную тему. Формулирование домашнего задания. Обсуждение планов пациента на ближайший период времени и выявление потенциальных ситуаций высокого риска.

В зависимости от того, с кем проводится работа, с больным или его близкими, предполагаются некоторые различия в проведении тематических занятий. Соответственно, в разделе 2.3.2 приведены техники, рекомендуемые при проведении тематических занятий с пациентом, в разделе 2.3.5 описаны техники, рекомендуемые при проведении тематических занятий со значимыми близкими больного.

2.2. Техники, рекомендуемые при проведении тематических занятий с пациентом.

1. Прояснение собственных целей пациента и составление «плана изменений». При постановке терапевтических задач необходимо, во-первых, прояснить собственные цели пациента, во-

вторых, сформулировать цели пациента в соответствии с алгоритмом **КИПС**: поставленные цели должны быть **Конкретны, Измеримы, Приемлемы для пациента, Реалистичны, Структурированы** по времени.

Для того чтобы помочь пациенту перейти к реализации поставленных им целей, рекомендуется предложить ему заполнить бланк «План изменений» (Приложение 3). При этом чем более конкретно будет составлен такой план, тем больше вероятность его реализации. Анализ успешности выполнения и коррекция поставленных целей помогают пациенту планировать собственные действия и придают ему уверенности в собственных силах. Сходным образом план изменений может быть составлен и для родственников больного для коррекции выявленного неадаптивного поведения (стремления контролировать зависимого близкого).

2. Составление подробного распорядка дня. Составление почасового распорядка дня является необходимым компонентом терапевтического процесса, особенно на его ранних стадиях. Важно объяснить пациенту, что составление расписания и неуклонное следование ему поможет в достижении поставленной цели. В первую очередь, четкий график позволит ему структурировать активность, что значительно снизит вероятность пребывания пациента в ситуациях, связанных с риском употребления ПАВ или РП. Кроме того, следование составленному расписанию будет означать исполнение собственных планов, принятых путем рациональных размышлений. В то время как в отсутствие такового его действия могут быть продиктованы эмоциональными состояниями, зачастую связанными с неосознаваемым желанием вернуться к прежней (нежелательной) форме поведения. При составлении расписания необходимо, чтобы сам пациент, а не его родители или консультант, принимал окончательное решение относительно предстоящих мероприятий. Важно, чтобы пациент постепенно перешел к самостоятельному составлению расписания на день. Особое внимание следует обратить на составление расписания выходного дня. Это поможет выявить возможные альтернативы употреблению ПАВ и рискованному поведению.

3. Формирование представления об этапах развития зависимости от психоактивных веществ. Информирование пациентов повышает их способность оценивать тяжесть собственного состоя-

ния и побуждает к формированию представлений о возможной картине дальнейшего развития болезни. Это в свою очередь позволяет значительно усилить мотивацию на лечение и, как правило, помогает избежать «сопротивления».

4. *Функциональный анализ.* Одной из первых задач в КПВ является подробный анализ особенностей употребления ПАВ. Необходимо выяснить детали процесса употребления наркотиков пациентом. Для создания плана терапии необходимо понимать взаимосвязь употребления ПАВ и ВИЧ-инфекции с другими аспектами жизни пациента. Необходимо знать: *когда* и каким способом пациент употребляет наркотики; *где* пациент употребляет ПАВ; *с кем* употребляет ПАВ, практикует ли он незащищенный секс; *почему* употребляет ПАВ – факторы, которые могут спровоцировать влечение, «тягу»; *что произошло* в результате рискованного употребления ПАВ и/или занятий незащищенным сексом. Возможные дополнительные вопросы: «Что происходило, перед тем как вы употребили ПАВ?»; «Как вы себя перед этим чувствовали?»; «Когда появилась мысль употребить?» Функциональный анализ может быть использован для предупреждения ситуаций, связанных с употреблением ПАВ, и поведения, связанного с риском распространением ВИЧ (Приложение 4).

5. *Определение «триггеров» – условных стимулов:* конкретных мест, людей, вещей, времени суток эмоциональных состояний, ассоциирующихся у пациента с употреблением. В соответствии с механизмами классического научения, триггеры могут запускать мысли о наркотиках, способствовать появлению «тяги». Триггеры подразделяются следующим образом:

– *экстернальные* – люди: торговцы ПАВ, друзья по употреблению; места: бары, места «тусовки» и употребления; вещи: наркотики; принадлежности, связанные с употреблением (ложка, шприц); деньги; алкоголь; эпизоды употребления в кинофильмах; периоды времени: дни зарплаты, выходные, периоды праздного времяпровождения, время после работы, стрессовые события;

– *интернальные* – тревога, гнев, фрустрация, сексуальное возбуждение, скука, усталость.

Для определения триггеров, являющихся ключевыми именно для вашего пациента, предложите ему заполнить соответствующие бланки (Приложения 5, 6).

6. *Обучение техникам совладания с «тягой».* Тяга – сильное, труднопреодолимое желание, ощущение экстренной необходимости принять ПАВ. Многие пациенты характеризуют тягу как ощущение, сходное с чувством голода или жажды. Выраженный физиологический компонент тяги делает ее тяжело переносимой. Тяга по-разному переживается разными пациентами. Для некоторых переживания носят преимущественно соматический характер («У меня появляется определенное чувство в животе»; «Я чувствую сердцебиение»). Для других тяга больше переживается на когнитивном или эмоциональном уровне («Не могу выкинуть мысли об этом из головы»; «Меня все раздражает»).

Многие пациенты считают, что появление тяги неизбежно должно привести их к употреблению ПАВ. Необходимо выяснить, что помогало вашему пациенту в прошлом справляться со своей тягой, объяснить ему необходимость отслеживать ее появление. Пациенту важно научиться осознавать наличие тяги. После того как вы обсудили с ним, какие проявления тяги характерны именно для него, попросите пациента вести так называемый «Дневник тяги», где ему следует отмечать, насколько выраженной была тяга, как долго она продолжалась и что происходило перед тем, как она началась.

Как правило, употреблению наркотиков предшествуют определенные обстоятельства, выступающие в роли триггеров, запускающих мысли об употреблении, которые в свою очередь вызывают тягу. Если человек не предпринимает никаких действий по совладанию с тягой, то вполне вероятно, что за ней последует не что иное, как употребление ПАВ или РП.

Методы совладания с тягой к ПАВ можно разделить на две категории:

1) *когнитивные:* функциональный анализ; определение триггеров, анализ причин, по которым необходимо прекратить прием наркотиков; создание позитивных образов и картин;

2) *поведенческие:* использование таких навыков, как остановка мыслей и релаксация; переключение на другой вид деятельности; избавление от атрибутов, связанных с наркотиками; повторение вслух мотивирующих утверждений; запись в дневник мыслей и чувств; обращение за поддержкой.

Примеры техник совладания с тягой

А. «Остановка мыслей». Техника «остановка мыслей» помогает воспрепятствовать переходу мыслей об употреблении ПАВ или РП в полномасштабную тягу. Такую технику следует применять незамедлительно после осознания наличия мыслей об употреблении. Обучите пациента приему «щелчок»: «Носите резинку для волос на запястье вашей руки, как только вы отследили мысли об употреблении, оттяните резинку и щелкните себя по руке, сказав «нет», попытайтесь переключиться на размышления о чем-нибудь интересном для вас».

Б. Переключение на деятельность, не связанную с тягой, – уборка квартиры, занятия спортом.

В. Разговор о тяге (пациенту необходимо точно описать, как он чувствует тягу, в каком участке тела локализируются ощущения, можно использовать зрительные образы).

Г. Упражнение Бетти Эриксон (Приложение 7).

Д. Релаксация и прогрессивное мышечное расслабление.

7. *Обучение техникам совладания с негативными эмоциями.* Важно обсудить с пациентом его понимание связи эмоциональных состояний с употреблением ПАВ и рискованным поведением. Выясните, что он вкладывает в понятие «тревога», «агрессия», «депрессия». Попросите его описать соматические (например: учащенное сердцебиение, повышенное потоотделение), поведенческие (например: отказ от деятельности, суетливость), когнитивные (например: самоуничижительные мысли) проявления этих эмоций, уточните, какие из них характерны именно для него. Важно также попросить описать известные ему способы совладания с данными эмоциональными состояниями. Приведенные выше техники совладания с «тягой» могут использоваться при обучении совладанию с такими негативными эмоциями, как агрессия, тревога, депрессия и др. Также может быть использован функциональный анализ для определения ситуаций, в которых наиболее часто возникают такие эмоции.

8. *Обучение самонаблюдению.* Самомониторинг является необходимым компонентом психотерапевтических мероприятий и применяется как инструмент для оценки текущего состояния, а также как техника по его изменению. Необходимо обучить пациента отслеживать собственные эмоции, чувства, состояния, мотивы

вировать его вести ежедневные записи в «Дневнике чувств». Важно объяснить больному, что ведение записи собственных чувств – это хороший способ анализа собственных состояний, и дайте ему следующую инструкцию: «Старайтесь писать каждый день, даже если вам удастся уделять этому занятию всего несколько минут; найдите спокойное место, где вы сможете сосредоточиться на письме; сделайте глубокий вдох и расслабьтесь; начните писать, отвечая на вопросы: “Что я чувствую прямо сейчас?”, “Почему я чувствую это?” – забудьте о правописании, пусть слова просто “льются”».

Такая работа позволяет не только анализировать и предупреждать ситуации высокого риска, она также способствует повышению рефлексии. Вербализация внутренних процессов приводит к снижению психоэмоционального напряжения.

9. *Обучение выявлению ситуации высокого риска и «случайных решений».* Ситуации, насыщенные триггерами и ассоциирующиеся с употреблением или определяющиеся как ситуации высокого риска. Важной стратегией является обучение пациента тому, как проводить меньше времени в ситуациях высокого риска.

Поведение больного с зависимостью характеризуется тем, что он (она), неосознанно стремясь к употреблению ПАВ и РП, попадает в *ситуацию высокого риска*, в результате принятия серии «казалось бы случайных решений» (например, решает взять музыкальный диск именно у наркотизирующего друга, рационализируя это тем, что «к нему ближе ехать»; решает пойти домой именно мимо дома продавца наркотиков, «чтобы прогуляться и подышать свежим воздухом»).

10. *Формирование навыка отказа от наркотиков.* В ситуации, когда пациенту предлагают наркотики друзья или дилер, существует несколько базовых принципов отказа от них: а) отвечайте быстро, без колебаний; б) смотрите прямо в глаза собеседнику; в) отвечайте четко и коротко «нет», не оставляя лазеек для последующих предложений; г) не беседуйте долго; д) выходите из ситуации.

После ознакомления с базовыми принципами отказа от ПАВ пациенту необходимо отработать их в ролевой игре, в ходе которой надо максимально исследовать ситуацию «отказа от наркотиков», характерную для конкретного наркозависимого. Консультанту рекомендуется: 1) выбрать конкретную ситуацию, недавно

произошедшую с пациентом; 2) попросить пациента описать человека, предлагающего наркотики. Это поможет специалисту сыграть роль «провокатора», которую затем может исполнить и сам пациент.

Проблемы, идентифицированные в процессе игры, должны быть вынесены на обсуждение. Также важно обсудить чувства, возникшие у наркозависимого после выполнения данного упражнения, чтобы отследить возникновение тяги и в случае необходимости использовать техники совладания с тягой (релаксацию).

11. *Формирование представлений о «срыве», «рецидиве».* Зависимость от ПАВ, как правило, имеет рецидивирующее течение: периоды воздержания от наркотиков могут чередоваться с эпизодами их употребления. *Срыв* – это эпизоды употребления ПАВ на фоне постоянного воздержания, без восстановления синдрома зависимости. В то время как *рецидив* – это возвращение к прежним уровням потребления ПАВ, с формированием зависимости к ним. Рецидив представляет собой «постепенно развертывающийся дезадаптивный процесс», в котором возобновление приема ПАВ является реакцией на череду стрессов или разнообразных патологических триггеров. Консультанту важно предоставить пациенту информацию об отличиях этих двух состояний.

Если пациент совершает ошибку и употребляет наркотики или совершает действия, сопряженные с высоким риском распространения ВИЧ-инфекции, существует два варианта развития событий:

а) конструктивный («Я совершил ошибку и приложу максимум усилий для того, чтобы в дальнейшем сохранять трезвость»), и

б) деструктивный («Это безнадежно, я не могу жить трезвой жизнью, значит, буду продолжать употребление»; «Я все испортил! Теперь ничего не поделаешь, пойду употреблю еще»; «Все плохое случается из-за меня»; «Я безвольный, не могу себя контролировать»).

12. *Разработка плана действия в ситуации срыва. Обучение, направленное на предотвращение рецидивов.* Важно разработать четкий план действий, который пациент может применить в том случае, если срыв уже произошел. Следует объяснить, что чем раньше он обратится за помощью, тем больше вероятность того,

что ему удастся предотвратить переход срыва в рецидив. Пациент должен серьезно отнестись к срыву и предпринять следующие шаги:

- незамедлительно прекратить употребление ПАВ;
- сменить обстановку и окружение;
- определить список людей, к которым он может обратиться за помощью в такой ситуации, выписать их имена, телефоны на отдельный листок, который следует носить с собой;
- снова взять на себя обязательство о воздержании и настроиться на трезвость.

В случае срыва консультант должен успокоить пациента, проанализировать случившееся (используя функциональный анализ) и извлечь из этого позитивный опыт. Пациенту необходимо рассказать об обычной реакции людей на срыв, для предотвращения обвинений себя в слабости, он также должен чувствовать поддержку со стороны консультанта и своего близкого окружения. В случае возникновения у пациента деструктивных мыслей их необходимо обсудить с ним.

Вероятность возникновения рецидива снижается в случае, если пациент: а) признает свою зависимость от ПАВ; в) поставил перед собой цель полного воздержания, так как отсутствие мотивации на полный отказ от наркотиков — одна из важнейших причин возникновения рецидива; г) мотивирован для участия в долгосрочной программе; д) умеет выявлять, ослаблять или устранять факторы, побуждающие его к употреблению ПАВ.

13. Обучение оказанию первой помощи в случае передозировки. Передозировка является одной из основных причин высокой смертности среди потребителей инъекционных опиатных наркотиков. Риск возникновения передозировки связан с вариативностью качества наркотика, снижением толерантности, полисубстантным употреблением (смешивание опиатов с алкоголем и другими веществами или лекарственными средствами), а также с рядом обстоятельств, таких как: место передозировки, присутствие свидетелей, наличие коморбидных расстройств. Специализированная медицинская помощь, оказываемая в случае передозировки, является малодоступной. В этой связи особое значение имеет обучение наркозависимых и их близкого окружения основам оказания первой доврачебной помощи (Приложение 8). Сле-

дует создать все условия для того, чтобы потребители при обнаружении первых признаков превышения доз немедленно обращались за медицинской помощью.

14. Обучение действиям по снижению риска распространения ВИЧ и других инфекционных заболеваний. Необходимо определить уровень информированности пациента и его родственников об основных путях передачи ВИЧ-инфекции: парентеральном (использование нестерильного инструментария, совместное использование игл и шприцев при парентеральном употреблении наркотиков, использование общего раствора при употреблении кустарно изготовленных наркотиков, приобретение готового раствора в шприце); половом (растормаживание полового влечения при употреблении ПАВ, игнорирование средств предохранения); вертикальном (внутриутробное вынашивание, роды, грудное вскармливание). Выявить наличие рискованных форм поведения у данного пациента. Информировать наркозависимого и его близких о поведении, связанном с высоким риском заражения и распространения ВИЧ-инфекции. Используя функциональный анализ и ролевые игры, необходимо разработать стратегию изменения рискованного поведения, характерного для вашего пациента.

2.3. План проведения тематических сессий для больных наркоманией. План проведения интервенций с использованием техник МИ и КПТ может выступать в качестве базового курса при работе с ВИЧ-инфицированными наркозависимыми. Он может быть переработан в соответствии с индивидуальными потребностями конкретного пациента, который является активным участником терапевтического процесса (Приложение 9).

2.4. Техники, рекомендуемые при проведении тематических занятий с близкими больного наркоманией. Для работы с близкими больного используются техники, приведенные в разделе 2.2, в соответствии с особенностями проблематики данного контингента.

1. Прояснение собственных целей и составление «плана изменений». Необходимо сформулировать цели значимого близкого в соответствии с алгоритмом КИПРС и составить персональный план изменений, направленный на достижение поставленных целей. Например, целью матери наркозависимого может являться:

«Перестать постоянно ссориться с наркозависимым сыном» или «Научиться контролировать свои эмоциональные переживания».

2. *Составление подробного распорядка дня.* Родственники больного наркоманией зачастую страдают так называемой «созависимостью», которая, в частности, проявляется в бесконечных попытках контролировать жизнь «наркотизирующегося», во имя его спасения, что значительно нарушает организацию их собственного жизненного пространства. Поэтому составление подробного распорядка дня может оказаться полезным как для восстановления их социального функционирования, так и для поддержания психического здоровья. Составление расписания особенно важно, если близкий оказывает поддержку больному, находящемуся в процессе психотерапии. В этом случае необходимо помочь семье в структурировании совместной активности.

3. *Обучение техникам совладания с негативными эмоциями.* Для близких наркозависимого характерно переживание таких эмоциональных состояний, как тревога и депрессия, которые в некоторых случаях могут достигать клинического уровня и требуют психофармакологической коррекции. Фармакологическая поддержка хорошо сочетается с обучением регуляции собственных эмоциональных состояний. Необходимо выявить, какие именно эмоции оказываются разрушительными для психического и соматического состояния, научиться отслеживать их и совладать с ними. Близкие наркозависимого часто испытывают агрессию по отношению к больному, которая, как правило, неосознанно подавляется ими и приводит к значительной дезорганизации их психического функционирования, а также препятствует восстановлению нарушенных семейных отношений. При работе с близкими для определения негативных эмоциональных состояний применяется функциональный анализ, обучение техникам релаксации и самонаблюдения («дневник чувств»).

4. *Формирование представления о наркомании.* Наблюдения показывают, что родственники наркозависимого часто не имеют адекватного представления о болезни близкого. Это оказывает влияние на их отношение к больному, способствует возникновению нереалистичных ожиданий и препятствует его выздоровлению. Формирование адекватного представления о болезни у близких наркозависимого необходимо для повышения осознания ими

существующих проблем, понимания особенностей поведения больного. Для этого важно информировать родственников об этапах развития зависимости от ПАВ, механизмах возникновения влечения к наркотику, определить такие понятия, как «тяга», «триггеры», «ситуации высокого риска» и «случайные решения». Следует иметь в виду, что так называемые «случайные решения» часто встречаются и у самих близких наркозависимого. В таких случаях родственники, казалось бы, совершенно случайно провоцируют больного на употребление (например, решая оставить бутылку вина или сумку с деньгами на столе). Также важно акцентировать внимание близких на техниках совладания с тягой, чтобы они могли оказать помощь наркозависимому в момент переживания им компульсивного влечения к наркотику. В дополнение к этому, близких необходимо обучить тому, как определить, находится ли зависимый в состоянии наркотического опьянения. Важно дать родственникам информацию о существующих группах наркотических веществ и различиях в проявлении интоксикации в зависимости от употребленного наркотика.

5. Как сказать «нет» наркозависимому. Близкие наркозависимых часто предъявляют жалобы на непреодолимые трудности в ситуации, когда наркозависимый требует или выпрашивает у них что-либо, например деньги, новую одежду или технику. Эти трудности связаны с тем, что, даже несмотря на осознание родственниками негативного влияния потакания наркозависимому на течение заболевания, они зачастую не в силах отказать ему. Для того чтобы помочь близким больного изменить данное неадаптивное поведение, необходимо обучить их тому, как сказать «нет». Обучение происходит аналогично описанному выше для наркозависимых при выработке навыка отказа от наркотиков.

6. Проработка ситуации «срыва». Родственники больного, как правило, считают «срыв» катастрофическим событием, которое обрекает весь терапевтический процесс на провал, сводит результаты лечения к нулю. Многие из них, находясь в тревожном ожидании этого события, не имеют ни малейшего представления о том, что необходимо делать в такой ситуации. Это в свою очередь усиливает страх перед возможным «срывом», что сопровождается попытками вытеснить неприятные мысли. Описанные выше особенности значительно снижают способность к продуктивной дея-

тельности в ситуации, когда «срыв» все-таки происходит. С учетом того, что ситуация «срыва» или рецидива является достаточно распространенной у больных наркоманией в силу хронического характера данного заболевания, необходимо проведение терапевтической работы с родственниками, предполагающую, в том числе, их обучение навыкам поведения в такой ситуации. Работа с родственниками должна включать: декатастрофизацию их оценки ситуации «срыва»; формирование представления о синдроме, возникающем после «срыва» у наркозависимого; разработку плана действий в такой ситуации.

7. Роль семьи при передозировках и обучение оказанию первой помощи в случае передозировки. Работа с родственниками должна быть направлена на снижение психической травматизации больного и членов семьи, оказание эмоциональной поддержки друг друга, уменьшение чувства обреченности и безысходности. Терапевту важно не допускать возникновения взаимных обвинений и конфликтов, которые могут послужить причиной импульсивного агрессивного поведения, тревоги, депрессии или суицидальных намерений. Необходимым является информирование о принципах предотвращения и оказания помощи при передозировке, поскольку смертельные и несмертельные передозировки чаще происходят в месте проживания наркозависимых, а их родственники и ближайшее окружение являются свидетелями и теми, кто оказывает первую помощь при этом состоянии.

8. Обучение действиям по снижению риска распространения ВИЧ и других инфекционных заболеваний (смотри 2.2, пункт 14).

2.5. План проведения тематических сессий для близких больных наркоманией (Приложение 10)

3. Поддерживающий этап. Продолжительность сессии составляет обычно 20–30 минут. На данном этапе важны:

- сохранение доверительных отношений с больным и его близкими;
- предоставление психологической помощи в кризисных ситуациях;

Во время консультации необходимо:

- оценить общее состояние пациента, включая состояние жизненно важных функций;

- исследовать особенности употребления ПАВ;
- дать рекомендации до следующей встречи.

Рекомендуется повторное проведение курса тематических сессий каждые 8-12 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ

Материал и дизайн исследования. Комплексная программа мотивационных, когнитивно-поведенческих и семейно-ориентированных вмешательств (КПМКПСВ) была апробирована в рандомизированном, контролируемом исследовании, проведенном среди 42 ВИЧ-инфицированных опиатзависимых больных, прошедших детоксикационно-восстановительное лечение в течение одного месяца, и их ближайшем окружении. Средний возраст принявших участие в исследовании составил 27,87 года ($SD = 4,46$) (62,1% – мужчины и 37,7% – женщины). Все больные были случайным образом распределены на две группы: 21 больной основной группы в течение одного месяца принимал участие в КПМКПСВ (14 занятий, длительностью один час, по две сессии в неделю); 20 пациентов контрольной группы получали стандартное консультирование (с той же частотой и длительностью). В первой группе с родственниками пациентов проводились интервенции по программе, представленной в методических рекомендациях (7 занятий, 1 раз в неделю, длительностью 1 час), во второй группе близкие наркозависимых принимали участие в стандартном консультировании, идентичном по времени и частоте с первой группой. Один раз в две недели у пациентов обеих групп выполнялось тестирование мочи на наличие наркотиков.

Методы исследования. Оценку клинического состояния, психического статуса и социального функционирования пациентов осуществляли с помощью теста «Индекс Тяжести Зависимости», опросника выраженности психопатологической симптоматики Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), теста оценки степени риска инфицирования ВИЧ, методики ретроспективного анализа употребления наркотиков и алкоголя, визуальной аналоговой шкалы влечения к героину.

Гипотеза исследования: применение комплексной программы, основанной на мотивационных, когнитивно-поведенческих и семейно-ориентированных вмешательствах, при реабилитации

ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков с коморбидными психическими расстройствами может повысить мотивацию отказа от ПАВ, улучшить состояние психического здоровья и социально-го-семейного функционирования пациента, стабилизировать ремиссию, а также снизить риск передачи ВИЧ-инфекции.

Результаты исследования. В результате исследования установлено, что количество больных, находящихся в ремиссии, было достоверно выше в группе КПКМКСВ, начиная с конца первого и на протяжении всех трех месяцев исследования. К концу третьего месяца 7 больных из 21 (33,3%) – участников КПКМКСВ – находились в ремиссии, в то время как в контрольной группе только 3 из 20 (15%) пациентов избежали рецидива наркомании ($p < 0,05$). В группе КПКМКСВ риск инфицирования ВИЧ, связанный с употреблением наркотиков, существенно снизился: с $8,7 \pm 0,8$ при включении до $1,5 \pm 0,8$ через 4 месяца у тех пациентов, которые находились в ремиссии. Процент эпизодов безопасного секса и использования презервативов были достоверно выше у группы, в которой была проведена интервенция. Статистический анализ с использованием теста Вилкоксона показал, что, в отличие от контрольной группы, существует достоверное ($p < 0,05$) снижение комплексных показателей у пациентов, находившихся в КПКМКСВ в течение трех месяцев, по сравнению с состоянием на момент начала интервенции по шкалам: «Медицинский статус» (проблемы со здоровьем и озабоченность ими), «Употребление алкоголя» и «Употребление наркотиков», «Юридические аспекты» (проблемы с законом), «Семья и социальные связи». Сравнение контрольной и основной групп при помощи теста Манна–Уитни показало достоверные ($p < 0,05$) различия между ними: у участников КПКМКСВ отмечались достоверно лучшие показатели по разделам «Медицинский статус», «Семья и социальные связи», «Употребление наркотиков», «Психиатрический статус», «Юридические аспекты» и «Употребление алкоголя» и достоверно худшие показатели по разделу «Работа / Средства к существованию». За период исследования выраженность психопатологических проблем по данным опросника SCL-90-R снижалась по всем шкалам у обеих групп. Сравнение основной и контрольной групп при помощи теста Манна–Уитни выявило достоверные ($p < 0,01$) различия: пациенты, участвовавшие в КПКМКСВ, имели меньшие значения по шкалам

«психотизм», «паранойяльность», «тревожность» и «депрессия». Следует отметить, что интенсивность влечения к ПАВ, оцениваемая при помощи визуальной аналоговой шкалы, в основной группе достоверно уменьшалась с 1-го по 3-й месяц проведения КПКПССВ. При использовании стандартного консультирования статистически значимого снижения интенсивности влечения к ПАВ за весь период не отмечено.

Перспективы внедрения в клиническую практику. КПКПССВ ориентирована на специалистов в области психиатрии, наркологии, клинической психологии, имеющих опыт работы с людьми, страдающими зависимостью любого рода (находящимися на лечении, проходящими амбулаторное лечение или получающими помощь в рамках социально-ориентированных программ). Применение структурированной комплексной программы, основанной на принципах и методах мотивационных, когнитивно-поведенческих и семейно-ориентированных воздействий у ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков с коморбидными психическими расстройствами повышает эффективность профилактических и реабилитационных программ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработка эффективных психотерапевтических программ для работы с ВИЧ-инфицированными наркозависимыми и их близким окружением является одной из наиболее важных задач, так как позволяет снизить риск возникновения и дальнейшего распространения инфекционных заболеваний и других медико-социальных проблем.

Представленная комплексная программа мотивационных, когнитивно-поведенческих и семейно-ориентированных вмешательств (КПМКПСВ) была разработана на основе психотерапевтических техник, эффективность которых подтверждена многочисленными доказательными исследованиями.

КПМКПСВ была апробирована в рандомизированном, контролируемом исследовании, проведенном у 42 ВИЧ-инфицированных опиатзависимых больных. Результаты исследования показали, что КПМКПСВ эффективно изменяет поведение, связанное с распространением ВИЧ-инфекции, улучшает показатели психического здоровья и социального функционирования, является средством стабилизации ремиссий у больных героиновой наркоманией. Применение КПМКПСВ позволяет повысить мотивацию пациента и его родственников на участие в диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятиях, выработать навыки самоконтроля и адаптивного поведения, проводить коррекцию поведения, связанного с употреблением ПАВ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булатников А.Н. Клинико-психологическая оценка динамики родительской семьи больных опийной наркоманией / А.Н. Булатников и др. // *Материалы международной конференции психиатров*, Москва, 16–18 февраля. – М.: РЦ «Фармединфор», 1998. – С. 299–300.
2. Илюк Р.Д. Феноменология передозировок у потребителей инъекционных опиатных наркотиков / Р.Д. Илюк, Е.М. Крупицкий, М.Н. Торбан и др. // Тематический выпуск «Наркология» журн. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2009. – № 1. – С. 98–106.
3. Чирко В.В. Родители больных наркоманией: психология созависимостей (1 сообщение) / В.В. Чирко, М.В. Дёмина // *Вопросы наркологии*. – 2005. – № 2. – С. 19–29.
4. Шайдукова Л.К. Преклинические изменения поведения у созависимых родственников больных опийной наркоманией / Л.К. Шайдукова, М.В. Овсянников // *Российский психиатр. журн.* – 2004. – № 6. – С. 33–36.
5. Cooney N.L. Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Two-year followup results / N.L. Cooney, R.M. Kadden, M.D. Litt, H. Getter // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1991. – V. 59. – P. 598–601.
6. Garrett J. The ARISE intervention: Using family links to overcome resistance to addiction treatment / J. Garrett, J. Landau, M.D. Stanton et al. // *Journal of Substance Abuse Treatment*. – 1998. – V. 15 (2). – P. 333–343.
7. Miller W.R. (1983) Motivational interviewing with problem drinkers / W.R. Miller // *Behavioural Psychotherapy*. – 1983. – V. 11. – P. 147–172; Miller W. and S. Rollnick, *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour* (New York, Guildford Press, 1991).
8. Monti P.M. Communication skills training, communication skills training with family and cognitive-behavioral mood management training for alcoholics / P.M. Monti, D.B. Ab-

- rams, J.A. Binkoff et al. // *Journal of Studies on Alcohol*. – 1990. – V. 51. – P. 263–270.
9. Perzel J.F. Enmeshment within families of polydrug abusers / J.F. Perzel, S. Lamon // Paper presented at the National Drug Abuse Conference, New Orleans, August, 1979.
 10. Prochaska J.O. Toward a comprehensive model of change / J.O. Prochaska, C.C. DiClemente // W.R. Miller and N. Heather (red.) *Treating addictive behaviors: Process of change*. N.Y.: Plenum Press, 1986. – P. 3–27.
 11. Vaillant G.E. *The natural history of alcoholism revisited* / G.E. Vaillant. – Cambridge, MA: Harvard University Press, 1995.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	4
Комплексная программа мотивационных и когнитивно-поведенческих вмешательств у ВИЧ-инфицированных потребителей опиатных наркотиков.....	12
1. Этап мотивации на лечение.....	12
1.1 Техники мотивации, рекомендуемые в случае индивидуальной работы с больным.....	15
1.2. Техники мотивации больного, при помощи значимых близких.....	17
1.3. Диагностические мероприятия.....	22
2. Этап проведения когнитивно-поведенческих вмешательств (КПВ).....	22
2.1. Структура тематических сессий.....	23
2.2. Техники, рекомендуемые при проведении тематических занятий с пациентом.....	24
2.3. План проведения тематических сессий для больных наркоманией.....	31
2.4. Техники, рекомендуемые при проведении тематических занятий с близкими больного наркоманией.....	31
3. Поддерживающий этап.....	34
Результаты применения программы.....	35
Заключение.....	38
Литература.....	39
Оглавление.....	41
Приложения.....	42

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Бланк «Последствия употребления»

Инструкция: Пожалуйста, запишите в соответствующих строках все положительные и отрицательные последствия употребления ПАВ.

Позитивные последствия употребления	Негативные последствия употребления
Краткосрочные	Краткосрочные
Расслабление	Плохой внешний вид
Кайф	Кожный зуд
Уверенность в себе	Иногда тошнота
	Снижение способности выполнять какие-либо дела
Долгосрочные	Долгосрочные
Нечувствительность к боли	Ухудшение здоровья
Средство для похудения	Проблемы с законом
	Потеря работы
	Конфликты в семье
	Потеря друзей
	Изоляция
	Низкая эффективность лечения ВИЧ
	Смерть

Приложение 2. Бланк «За» и «Против»

Инструкция: Как правило, люди могут назвать множество факторов «за» и «против» употребления наркотиков или алкоголя. Взвешивая позитивные и негативные моменты употребления, они принимают решение о том, устраивает ли их складывающаяся ситуация или они хотят изменить ее. Отметьте, пожалуйста, Ваши «за» и «против», оцените в баллах от 1 до 10 каждый фактор. Подсчитайте общие суммы баллов «За» и баллов «Против».

Употребление наркотиков (психоактивных веществ)	
ЗА	ПРОТИВ
помогает расслабиться -	вредно для здоровья -
помогает общаться с друзьями -	тратятся все деньги -
	огорчает родных -
	несовместимо с ВААРТ -
Итого -	Итого -

Приложение 3. Бланк «План изменений»

– *То, что я хочу изменить:* (Пример: перестать употреблять тяжелые наркотики) _____

– *Наиболее важные причины, по которым я хочу изменить это:* (Пример: плохое самочувствие, не хочу больше тратить деньги на наркотики) _____

– *Что я собираюсь сделать, чтобы осуществить желаемые изменения:* (Пример: переехать жить к матери на время, необходимое для _____ прохождения _____ курса _____ психотерапии) _____

– *Как окружающие могут помочь мне:* (Пример: поддержать меня в трудную _____ минуту – _____ поговорить, _____ отвлечь) _____

Конкретный человек	Возможная помощь
Мать	Материальная Сопровождение от больницы до дома, (чтобы я не сорвался)
Брат	Поможет отвлечься от мыслей об употреблении Поддержит эмоционально

– *Я знаю, что мой план сработает, если:* (Пример: я буду следовать составленному расписанию и в точности выполнять все, что _____ было _____ запланировано)

– *Осуществлению моего плана может помешать:* (Пример: встреча _____ с _____ наркозависимыми _____ друзьями)

Подпись пациента: _____ Подпись консультанта: _____

Успешность выполнения плана будет оценена через _____ дней с сегодняшнего числа: ____/____/____

Приложение 4. Бланк «Функциональный анализ/выявление ситуаций высокого риска»

Предшествующая ситуация	Мысли	Чувства и ощущения	Поведение	Последствия
<p>Где я был?</p> <p>Дома</p> <p>Кто был со мной?</p> <p>Я был один</p> <p>Что происходило?</p> <p>Ничего ни делал, лежал на кровати</p>	<p>О чем я думал?</p> <p>Вспоминал, как поссорился с матерью</p>	<p>Как я себя чувствовал?</p> <p>Чувствовал себя виноватым и одиноким</p> <p>Что я ощущал?</p> <p>Сухость во рту. Посасывание под «ложечкой»</p>	<p>Что я сделал?</p> <p>Позвонил Марине и договорился с ней о встрече. Вышел на улицу, пошел дорогой, проходящей мимо точки. Неожиданно для самого себя оказался у двери барыги...</p> <p>Что я употребил?</p> <p>Героин</p> <p>Сколько я употребил?</p> <p>Пол «чека»</p>	<p>Что произошло потом?</p> <p>Посидел у барыги, ходил по улицам</p> <p>Что я почувствовал непосредственно после употребления?</p> <p>Стало спокойнее, забыл о ссоре с матерью.</p> <p>Затем стало стыдно, боялся идти на встречу с Мариной или домой.</p> <p>Как другие реагировали на мое поведение?</p>

			<p>Что (какие приспособления) я использовал при употреблении?</p> <p>Ложку, воду, шприц</p> <p>Что в это время делали остальные?</p>	<p>Марина позвонила матери и сказала, что я не пришел на встречу.</p> <p>Мать заметила, что я употребил.</p> <p>Не стала со мной разговаривать.</p> <p>Другие последствия?</p> <p>Окончательно поссорился с матерью и Мариной.</p> <p>Подорвал доверие к себе (собственное и окружающих).</p>
--	--	--	--	---

Анализ ситуации употребления ПАВ говорит о том, что пусковым механизмом к развитию тяги в данном случае могло являться эмоциональное состояние пациента, вызванное его размышлениями о ссоре с матерью. Его неспособность своевременно отследить проявления тяги и совладать с ней привела к тому, что он принял «казалось бы случайное решение» – пойти к подруге мимо «точки».

Приложение 5. «Экстернальные триггеры»

Отметьте ситуации, в которых вы часто употребляете наркотики. Поставьте «0» напротив ситуаций, в которых вы никогда не употребляете наркотики.

Пример:

×	Один дома	×	Во время свидания	×	Перед походом на вечеринку
×	Дома с друзьями	×	Перед интимной близостью	0	Перед завтраком
×	Дома у друзей	×	Во время интимной близости	0	Во время обеденного перерыва
×	На вечеринке	×	После интимной близости	0	Во время ужина
0	На спортивных мероприятиях (футболе)	0	Перед работой	×	После работы
0	В кино	×	Когда есть деньги	×	На улице, в подъезде
×	В баре/клубе	×	Дома у дилера	0	В школе
×	За городом	0	Во время вождения	0	В парке
×	На концерте	0	В месте продажи алкоголя	×	В своем районе
×	С друзьями, которые употребляют наркотики	0	Во время работы	×	В выходные
0	Для уменьшения веса	0	Разговаривая по телефону	0	С членами семьи
×	В отпуске, на каникулах	0	На группах самопомощи		
0	Когда идет дождь	×	В день зарплаты		
×	Перед свиданием				

- Назовите, в каких из не перечисленных ситуаций вы часто употребляли: (Пример _____)

- Перечислите ситуации, в которых вы бы не стали употреблять: (Пример: на работе, с члена семьи).

– Назовите людей, с которыми вы можете находиться и не употреблять: (Пример: с членами семьи).

Анализ перечисленных триггеров может помочь пациенту избегать ситуаций высокого риска благодаря планированию распорядка дня. Как видно из заполненного выше бланка, данному пациенту следует избегать оставаться дома одному, находиться в компании употребляющих друзей, посещать вечеринки, концерты, клубы и другие развлекательные заведения. Рекомендуется также временно воздержаться от вступления в интимные отношения. Поскольку наличие денег также является ситуаций повышенного риска употребления для данного больного, следует обсудить возможность ведения или контроля родственниками всех денежных трат пациента. Проведение данного упражнения подтверждает также необходимость тщательного структурирования собственного свободного времени, при этом желательно проводить его с членами семьи, поскольку это является наиболее безопасным. Важно, чтобы перемещение по району происходило в сопровождении близких, знающих о проблеме, следует избегать мест, связанных с употреблением (дом торговца наркотиками). Заполнение данного бланка позволяет пациенту самому отследить опасные для него ситуации, что повышает его мотивацию к выполнению рекомендаций, поскольку они не будут казаться ему навязанными извне.

Приложение 6. «Интернальные триггеры»

Зачастую переживание определенных эмоциональных состояний вызывает мысли об употреблении. Пожалуйста, отметьте эмоциональные состояния, которые могут вызвать у вас мысли об употреблении. Поставьте «0» напротив состояний, не связанных с употреблением.

0	Испуг	×	Реакция на критику	×	Возбуждение	0	Возмущение
×	Невозможность реализовать планы	0	Несоответствие требованиям	×	Ревность	0	Жажда мести
×	Пренебрежение	×	Давление	×	Скука	×	Беспокойство
×	Злость	×	Депрессия	×	Обессиленность	×	Огорчение
×	Вина	0	Опасность	×	Одиночество	×	Обида
×	Нервозность	×	расслабленность	0	Зависть	×	Подавленность
×	Самоуверенность	0	Смущение	×	Заброшенность, ненужность	×	Непонимание
0	Счастье	×	Раздражение	×	Униженность	0	Навязчивость
0	Страсть	×	Печаль	×	Тревога	×	Голод

– Какие эмоции также могут провоцировать у вас мысли об употреблении: неуверенность, паника, боль.

– Было ли употребление в последнее время перед обращением за помощью:

а) обусловлено эмоциональными состояниями (Да)

б) автоматическим, не связанным с эмоциональными переживаниям

– Были ли в последнее время ситуации, когда вы не употребляли и специфические изменения в вашем эмоциональном состоя-

нии провоцировали у вас желание употребить (например, вы поссорились с кем-то и захотели употребить в ответ на появившуюся злость). Если да, то опишите: после ссоры с матерью почувствовал обиду, подумал, что никому не нужен и что все они еще пожалеют о том, что не хотели понять меня, пошел и употребил.

Заполнение бланка позволяет наглядно продемонстрировать больному наличие взаимосвязи употребление ПАВ с возникающими у него эмоциональными состояниями. Анализ результатов свидетельствует о необходимости обучения пациента навыкам регуляции собственных эмоций. Совместное обсуждение полученной информации дает больному возможность самому убедиться в важности овладения такими навыками и выделить эмоциональные состояния, пребывание в которых является ситуацией повышенного риска возникновения «тяги».

Приложение 7. Упражнение Бетти Эриксон

– Сконцентрируйте свое зрение на трех объектах. Затем закройте глаза.

– Прислушайтесь к трем различным звукам (например, шум машин).

– Осознайте три различных ощущения, переживаемых вами в данный момент (например, ваше дыхание).

– Теперь откройте глаза и сконцентрируйте свое зрение на двух объектах. Затем закройте глаза.

– Прислушайтесь к двум различным звукам.

– Осознайте два различных ощущения.

– Теперь откройте глаза и сконцентрируйте свое зрение на одном объекте. Затем закройте глаза.

– Прислушайтесь к одному звуку.

– Осознайте одно ощущение.

– Посидите спокойно в течение 5 минут.

Приложение 8. Схема оказания первой помощи при передозировке

Главное – не паниковать, а действовать по следующей схеме:

1. Определить, находится ли человек в сознании, — громко позвать его по имени несколько раз.

2. Не давать спать, щипать пострадавшего, шлепать по щекам.

3. Если человек очнулся, не оставлять его одного: не давать ему уснуть, разговаривать с ним, вывести на свежий воздух.

4. Если человек не реагирует на раздражители и находится без сознания, необходимо проверить дыхательные пути: положить пострадавшего на спину, поднять подбородок и открыть ему рот. Если во рту рвотные массы, их надо вычистить носовым платком или тряпочкой, намотанной на палец. Случается, что при потере сознания язык западает и перекрывает дыхательные пути. В этом случае берут ложку, открывают рот пострадавшего, ложкой прижимают язык. Тогда воздух будет свободно проходить в легкие.

5. Проверить наличие дыхания и пульса: приблизить свое лицо к лицу пострадавшего и прислушаться, одновременно наблюдать за грудной клеткой (когда человек дышит, она приподнимается). Делать это в течение 10 секунд. Проверить пульс: у человека без сознания пульс надо проверять на сонной артерии на шее.

6. Если человек перестал дышать, необходимо **НЕМЕДЛЕННО** вызвать скорую помощь и начинать делать искусственную вентиляцию легких (искусственное дыхание).

Правила проведения искусственного дыхания:

– голова пострадавшего должна быть запрокинута, а подбородок поднят, иначе воздух не будет проходить в легкие пострадавшего;

– зажать пострадавшему ноздри, плотно обхватить рот губами и осторожно вдуть воздух в легкие;

– если все делать правильно, грудная клетка должна приподниматься;

– частота вдуваний должна быть 16 раз в минуту;

– через минуту снова проверить дыхание и пульс;

– если дыхание и пульс есть, человека надо положить в «позу восстановления» – на бок, голова на вытянутой руке, одна нога вытянута, другая согнута в колене, чтобы он не захлебнулся рвотными массами;

– каждые 5 минут следует прерываться и оценивать состояние. Действия эффективны, если: появляются попытки самостоятельно сделать вдох, заметны движения грудной клетки, розовеют губы и кончики пальцев, появляется пульс на сонной артерии, сужаются зрачки;

– если дыхания нет, надо продолжать делать искусственное дыхание до его восстановления или приезда скорой помощи;

– при передозировке опиатами (героин, мак, метадон) врач скорой помощи должен назначить инъекцию налоксона.

Приложение 9. План проведения тематических сессий для больных наркоманией

Занятие 1. Тема: «Употребление ПАВ. Альтернативы». План занятия: 1. Оценка состояния пациента. – 2. Предоставление информации об этапах развития зависимости от психоактивных веществ. – 3. Обсуждение кратковременных и долгосрочных последствий употребления ПАВ и РП. – 4. Поиск альтернативных употреблению ПАВ занятий (спорт), обсуждение краткосрочных и долгосрочных последствий. – 5. Домашнее задание: выбрать альтернативный вид деятельности, подходящий для пациента; заполнить бланки: «План изменений» и «Распорядок дня».

Занятие 2. Тема: «Тяга, триггеры, техники совладания». План занятия: 1. Обсуждение выбранного пациентом альтернативного занятия, анализ «Плана изменений» и «Распорядка дня» (оценка реалистичности целей пациента в соответствии с принципами КИПРС, определение даты и подпись специалиста). – 2. Определение понятия «тяга», описание «тяги». – 3. Определение понятия «триггеры». – 4. Выявление экстерналиных и интерналиных триггеров, наиболее значимых для пациента. – 5. Обучение техникам совладания с тягой. – 6. Домашнее задание: отследить и записать ситуации возникновения тяги; проанализировать, какие триггеры спровоцировали возникновение тяги.

Занятие 3. Тема: «Идентификация ситуаций высокого риска и “случайных решений”, функциональный анализ». План занятия: 1. Оценка состояния пациента, обсуждение домашнего задания. – 2. Определение понятия «ситуация высокого риска». – 3. Обучение функциональному анализу. – 4. Оценка ситуаций наибольшего риска для вашего пациента, обсуждение того, как можно их избе-

жать. – 5. Определение понятия «случайное решение», обсуждение примеров таких решений из жизни пациента. – 6. Домашнее задание: отследить и записать ситуации высокого риска и «мое поведение в сложившейся ситуации».

Занятие 4. Тема: «Ассертивность (как сказать «нет»)». План занятия: 1. Оценка состояния пациента, обсуждение домашнего задания («Что я мог сделать, чтобы избежать ситуации высокого риска, удовлетворен ли я своим поведением в ситуации высокого риска»). – 2. Оценка доступности наркотика и шаги, необходимые для ее ограничения. – 3. Изучение и практика навыков отказа от наркотика и рискованного поведения. – 4. Домашнее задание: тренировка навыков отказа в естественных условиях.

Занятие 5. Тема: «Тревога, депрессия и агрессия: навыки совладания». План занятия: 1. Оценка состояния пациента, обсуждение домашнего задания (что получилось, что не получилось, почему?). – 2. Определение и описание проявлений тревоги, агрессии, депрессии. – 3. Выявление симптомов, характерных для пациента. – 4. Определение ситуаций высокого риска, функциональный анализ возникновения данных состояний. – 5. Обсуждение техник совладания с эмоциями («Дневник чувств»). – 6. Обучение техникам релаксации (по Джекобсону). – 7. Домашнее задание: отследить и записать, в каких ситуациях возникали тревога, агрессия, депрессия; тренировка навыков релаксации.

Занятие 6. Тема: «План действий с ситуации срыва». План занятия: 1. Оценка состояния пациента, обсуждение домашнего задания (что получилось, что не получилось, почему?). – 2. Определение понятий «срыв», «рецидив». – 3. Обсуждение синдрома, возникающего после «срыва». – 4. Разработка плана действия в ситуации срыва. – 5. Обучение оказанию первой помощи в случае передозировки. – 6. Домашнее задание: «Дневник чувств».

Занятие 7. Тема: «Снижение риска распространения ВИЧ-инфекции». План занятия: 1. Оценка состояния пациента, обсуждение домашнего задания (что получилось, что не получилось, почему?). – 2. Информирование о возможных путях передачи ВИЧ-инфекции и других инфекционных заболеваний. – 3. Определение ситуаций высокого риска распространения ВИЧ (функциональный анализ). – 4. Обсуждение практик безопасного секса, пути преодоления имеющихся проблем. – 5. Предоставление конкретных ре-

комендаций по снижению риска распространения ВИЧ. – 6. Домашнее задание: проанализировать и записать, «что я узнал в процессе психотерапии».

Занятие 8. Тема: «Анализ усвоенного материала». План занятия: 1. Оценка состояния пациента, обсуждение домашнего задания. – 2. Определение степени усвоения пациентом пройденного материала. – 3. Обсуждение пожеланий пациента относительно продолжения терапевтических занятий.

Тема занятия может повторяться в течение нескольких терапевтических сессий в зависимости от темпа работы пациента.

Приложение 10. План проведения тематических сессий для близких больных наркоманией

Занятие 1. Тема: «Влияние наркомании на близких зависимого».

Занятие 2. Тема: «Тревога, депрессия и агрессия: навыки совладания».

Занятие 3. «Наркотическая зависимость».

Занятие 4. Тема: «Ассертивность (как сказать «нет»)».

Занятие 5. Тема: «План действий с ситуации срыва».

Занятие 6. Тема: «Снижение риска распространения ВИЧ-инфекции».

Занятие 7. Тема: «Анализ усвоенного материала».

Тема занятия может повторяться в течение нескольких терапевтических сессий в зависимости от темпа работы пациента.

Приложение 11. Структура диагностического этапа

1. Анамнестические и социо-демографические данные. Фиксируется информация, касающаяся трудовой деятельности, образования, раннего развития, семьи и ближайших родственников больного; взаимоотношений пациента и родителей; перенесенных и сопутствующих заболеваний; правового и социального статуса.

2. Клиническая оценка наркологических расстройств. Регистрируемая информация должна отражать характер употребления ПАВ, необходимо получение информации о способах введения ПАВ, толерантности, наличии и характере передозировок, провоцирующих факторах наркотизации. Следует уточнить степень вы-

раженности влечения к наркотику, наличие критики к заболеванию, особенности действия ПАВ. Оценке подлежат клинические симптомы абстинентных и постабстинентных расстройств, особенности лечебных и реабилитационных мероприятий, ремиссий. Клиническая оценка комплекса нарушений, связанного с употреблением наркотических средств, проводится с помощью Единых диагностических критериев по МКБ-10 в категории F10–F19 (WHO, 1992). Рекомендуется использовать структурированные диагностические инструменты, такие как: «Индекс тяжести зависимости»; «Тест оценки степени риска» (для оценки особенностей сексуального и аддиктивного поведения, связанного с риском распространения ВИЧ-инфекции). Необходимым является анализ биологических жидкостей на наркотики и определение алкоголя в выдыхаемом воздухе.

3. Клиническая оценка соматоневрологических расстройств. *Соматический статус.* Оценивается общесоматическое состояние и наличие соматической патологии. Регистрируются: вес, динамика веса, дисфункции ЖКТ (хроническая диарея более 1 месяца); заболевания печени, почек, кожи, дыхательной и сердечно-сосудистой систем. *Инфекционный статус.* Особое внимание должно уделяться диагностике и оценке инфекционных заболеваний (вирусные гепатиты, туберкулез, сифилис, септицемия, пневмония, эндокардиты, менингиты, ангины, отиты, поражения костей и суставов). *Лабораторные исследования.* Тестирование на ВИЧ. Общий анализ крови (следует повторять не реже чем раз в 3–6 месяцев). Число лимфоцитов CD4 сразу и каждые 3–4 месяца в дальнейшем. Анализ мочи. Серологические исследования на гепатиты В, С, G. Серологическое исследование на IgG к токсоплазме. *Инструментальные методы исследования.* Рентгенография грудной клетки, УЗИ брюшной полости, ЭКГ, исследование функции легких. У женщин: цитологическое исследование мазка с шейки матки. У мужчин, вступающих в половые контакты с мужчинами: цитологическое исследование мазка из прямой кишки каждые 3 года. При низком числе лимфоцитов CD4 – осмотр глазного дна (консультация офтальмолога). ЭЭГ, ТКДГ, МРТ.

4. Клиническая оценка психических расстройств. Оценку и регистрацию психических расстройств предлагается выполнять с помощью: *Клинического опросника M.I.N.I.* (Mini International

Neuropsychiatric Interview), который был разработан в качестве краткого стандартизированного диагностического интервью для основных (AXIS I) психиатрических заболеваний в DSM-IV и МКБ-10 (ICD-10); *Опросника SCL-90*. Используются также: инструмент для определения актуального психопатологического симптоматического статуса; *шкала депрессии Бека*; *шкала ситуационной и личностной тревоги Спилбергера*.

6. Оценка семейного взаимодействия. Проводится при помощи бесед и наблюдения за взаимодействием родственников во время групповых занятий. Также предлагается использовать следующие экспериментально-психологические методы: *«Шкала семейного окружения – ШСО» (Family environmental scale)*, адаптирована С.Ю. Куприяновым (1985); *Проективная методика «Семейная социограмма»*, создана Э.Г. Эйдемиллером и О.В. Черемисиным (1990).

Издательский центр Санкт-Петербургского
научно-исследовательского
психоневрологического института
им. В.М.Бехтерева приглашает всех
заинтересованных лиц воспользоваться
следующими услугами:

- Оперативная печать авторефератов, брошюр, методических пособий, буклетов.
- Копировально-множительные работы
- Издание монографий, сборников научных трудов, тезисов конференций малыми и средними тиражами.

Тел/факс: 365-20-80

Адрес: Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3, корп.6

Издательский центр СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Подписано в печать 20.05.12 Формат 60x84/16.

Отпечатано с готового оригинал-макета
в типографии СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева
методом оперативной полиграфии.

Заказ № Тираж 100 экз.

Типография СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д. 3, тел. 365-20-80