



# ЛЕКЦИЯ 15. ЭТАП КОНТАКТА И МОТИВИРОВАНИЯ

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Введение</b> .....	<b>3</b>
<b>Нейрофизиологические доказательства наличия алкогольного расщепления личности</b> .....	<b>3</b>
<b>Наиболее одиозные маски Аддиктивного Я</b> .....	<b>3</b>
<b>Клинические формы алкогольного расщепления личности</b> .....	<b>4</b>
Формы расщепления .....	4
Аддиктивный процесс.....	4
Аддиктивный процесс: стадии развития.....	5
Формы расщепления: расщепление как диссоциация (Najavits, 2002;2013).....	5
Расщепление в Транзактном Анализе (ТА).....	5
<b>Психотерапевтические модели, использующие феномен алкогольного расщепления личности</b> .....	<b>6</b>
Континуальная психотерапия.....	7
Поиск безопасности.....	7
Терапия голосов .....	7
Принципы работы с голосами: .....	8
Диалектическая бихевиоральная психотерапия (ДБТ) .....	8
<b>1. Стадия контакта и формирования альянса</b> .....	<b>8</b>
<b>Стили взаимодействия специалиста и зависимого пациента</b> .....	<b>9</b>
Конфронтационный стиль .....	9
Директивный стиль .....	9
Недирективный или клиент-центрированный стиль.....	9
Мотивационный стиль .....	9
<b>Мотивационное интервьюирование (МИ)</b> .....	<b>10</b>
МИ основано на трех основных элементах:.....	10
Цель и Задача мотивационной психотерапии .....	11
Транстеоретическая модель «позапных изменений» .....	11
Транстеоретическая модель .....	11
Мотивационное колесо.....	12

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

### Лекция 15. Этап контакта и мотивирования



---

«Готовность к изменениям».....	12
Основа мотивационного интервью .....	13
Открытые вопросы, помогающие достигать изменений .....	14
«Открытые» вопросы вместо «закрытых».....	15
<b>Оценка мотивации: опросник для пациента .....</b>	<b>15</b>
Интерпретация ответов (вопросы 1-5).....	16
Интерпретация ответов (по четырем областям жизни «мое общение», «моя работа», «сам я, моя личность», «моё тело»).....	17
<b>Список литературы: .....</b>	<b>19</b>



## ВВЕДЕНИЕ

Концепция алкогольного расщепления личности на Алкогольное Я и нормативное Я (Валентик, 2000; Nakken, 1996) была основана на эмпирических наблюдениях о наличии 2 противоположных личностных стилей поведения, мыслей и чувств у одного и того же человека, страдающего алкогольной зависимостью (АЗ).

Так, по свидетельству жены писателя Александра Грина «Грин – писатель и Грин – человек – это разные личности». Первый – тонкий, чувствующий романтический литератор, автор «Алых парусов»; второй – асоциальный дегенерат, способный на убийство (пьяным выстрелил в живот своей любовнице).

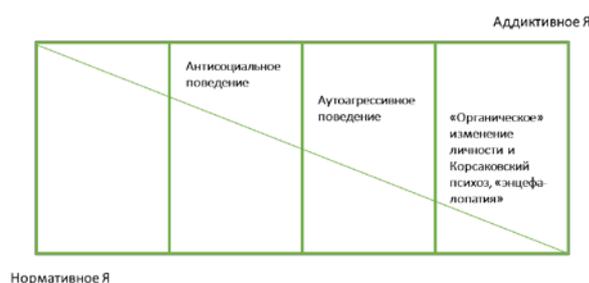
Транс и интоксикация помогают существовать в 2 мирах (Nakken, 1996)

## НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА НАЛИЧИЯ АЛКОГОЛЬНОГО РАСЩЕПЛЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

Колебания диссоциированных частей личности зависимого во время мотивирующего к лечению разговора с терапевтом можно объективно зарегистрировать. В работе Филдштейн Эвинг с коллегами (Feldstein Ewing et al., 2011) с помощью ф-MPT изучались реакции на предъявление вкусовых стимулов у пациентов с АЗ через неделю после одного сеанса мотивационного интервью (МИ) (Miller, Rollnik, 1991), где проходило стимулирование так называемого «разговора об изменениях».

Во время проведения томографии участникам предъявляли их собственные высказывания «за» и «против» изменений, полученные в ходе заранее записанного сеанса МИ, после которых сразу же следовало предъявление алкогольных или контрольных вкусовых стимулов. Высказывания «против изменений» при предъявлении алкогольных стимулов вызывали активацию системы вознаграждения типичным для пациентов с АЗ способом. С другой стороны, предъявление высказываний «за изменения» алкогольного поведения не вызывало активацию системы вознаграждения в ответ на алкогольные стимулы.

## НАИБОЛЕЕ ОДИОЗНЫЕ МАСКИ АДДИКТИВНОГО Я



Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

### Лекция 15. Этап контакта и мотивирования

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

2019 год.



Мы видим, как по мере прогрессирования болезни нарастают и доля, и тяжесть проявлений Аддиктивного Я

## КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ АЛКОГОЛЬНОГО РАСЩЕПЛЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

1. Алкогольное расщепление – как следствие интенсивного потребления алкоголя и развития АЗ (Валентик, 2000; Nakken, 1996)
2. Алкогольное расщепление является вторичным и формируется в результате травматического опыта и диссоциации личностных частей (Putnam, 1989; Langeland et al., 2002; Najavits, 2002, 2013; Шитов, Шустов, 2007, 2008)
3. Алкогольное расщепление формируется на основе дисгармоничной личности (следствие травматического опыта и пограничного сплиттинга) в результате интенсивного употребления алкоголя (Firestone, 1988, 2011; Lineham, 1993, 2008; Штайнер, 2004)

## ФОРМЫ РАСЩЕПЛЕНИЯ

Алкогольное Я (Валентик, 2000) или Аддикт (Nakken, 1996) появляется, когда взаимоотношение с веществом заменяют взаимоотношения с людьми, что дает Аддикту ощущение наполненности, грандиозности и власти, помогает избежать отреагирования печали

Алкогольное Я и Нормативное Я обладают различными по структуре системами мышления, эмоционально-когнитивными связями и поведенческими паттернами (Валентик, 2000)

Оба автора полагают, что алкогольное Я/Аддикт - напоминает «опухоловое образование», развивающееся в условиях интенсивной алкоголизации, и должно быть ликвидировано как можно раньше

## АДДИКТИВНЫЙ ПРОЦЕСС

По Nakken С. , 1996

Зависимость – это патологические отношения любви и доверия с объектом или действием (нормально получать «близость» через сбалансированное сочетание близких связей с другими людьми, самим собой, сообществом и Высшей Силой)

Зависимые люди к другим людям и к себе относятся как к объектам

Смысл зависимого поведения – контролировать ощущение счастья (целостности, наполненности и безмятежности) через взаимодействие с веществом или действием, приводящими к изменению настроения.

Изменение настроения (пик, кайф, транс) приводят к возбуждению (ощущение силы, власти и всемогущества), насыщению (наполненности, завершенности, безболезненности) и безудержному фантазированию

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

### Лекция 15. Этап контакта и мотивирования

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

2019 год.



## АДДИКТИВНЫЙ ПРОЦЕСС: СТАДИИ РАЗВИТИЯ

**До** развития 1 стадии АЯ не осознается: сильное изменение настроения при инициации, когда интенсивность аффекта принимается за близость (задержанная подростковость)

**1 стадия:** Формирование Аддиктивного Я (АЯ) со своими мышлением, эмоциями и поведением и появление диалога между АЯ и НЯ (эпизодические выходы из-под контроля Я).  
Эмоциональная зависимость

**2 стадия:** Изменение образа жизни (выход АЯ из-под контроля НЯ). После того как АЯ установило контроль, человек становится зависимым от АЯ, а не от изменения настроения, объекта или действия. Поведенческая зависимость

**3 стадия:** Разрушение жизни или тотальный контроль АЯ. Зависимому трудно прожить 2 жизни, так как на поддержание внутренней борьбы требуется много энергии, он хочет остаться один, в том числе и от каких-либо иных отношений с близкими и друзьями

## ФОРМЫ РАСЩЕПЛЕНИЯ: РАСЩЕПЛЕНИЕ КАК ДИССОЦИАЦИЯ (NAJAVITS, 2002;2013)

Лиза Найявитц – автор концепции «Поиск безопасности» (Najavits, 2002;2013) находит много общего между АЗ и посттравматическим стрессовым расстройством, особенно в защитных механизмах диссоциативного расщепления или отделения пережитого угрожающего травматического опыта от опыта основной личности. Внутри целостной до наступления травматического события личности образуется отщепленная пострадавшая часть, аккумулирующая вокруг себя опыт унижения, боли и стыда, делая этот опыт недоступным. Именно на этой основе возможно формирование алкогольной субличности, которая включается, чуть только нормативная личность теряет контроль

## РАСЩЕПЛЕНИЕ В ТРАНЗАКТНОМ АНАЛИЗЕ (ТА)

Основной принцип – гибкий подход к Врагу (Аддикту) и использование внутренних Помощников

Катектирование нормативного Я в результате различных форм контрактирования со Взрослым эго-состоянием пациента

Деконтаминация Взрослого от Родительских предрассудков (парентинг) и Детских иллюзий (речайлдинг, отреагирование, горевание и др.)

Использование транзакции Разрешения постоянно действовать из нормативной части личности

[Штайнер К. Игры, в которые играют алкоголики (1974)

Штайнер К. Лечение алкоголизма (2004 рус)

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

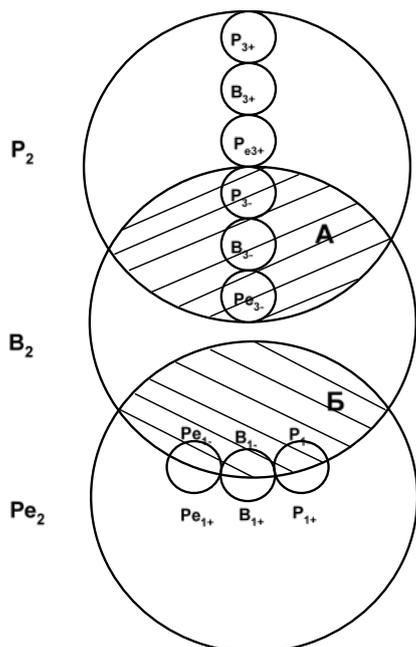
### Лекция 15. Этап контакта и мотивирования

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

2019 год.



Шустов Д.И. Руководство по клиническому ТА (2009)]



#### Примечания:

$P_3B_3Pe_3(+)$  – положительные Родительские фигуры или интроекты, дающие позитивные разрешения (например, дед, мама)

$P_3B_3Pe_3(-)$  – Родительские интроекты, дающие отрицательные предписания (алкоголик-отец; алкоголик-дядя и др.)

$Pe_{1+}$  – часть Естественного Ребенка, обеспечивающего энергетический потенциал (в том числе, творчество)

$P_{1-}$  – «Внутренний Враг» (часть матери – Злой Колдуньи или отца – Тролля)

$P_{1+}$  – «Помощник» (часть матери – Доброй Феи или отца – Доброго Волшебника)

$B_{1-}$  – Часть Маленького Профессора, обеспечивающего «удачу» патологического аддиктивного поведения.

$B_{1+}$  – Часть Маленького Профессора, обеспечивающего физическое выживание

### ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ, ИСПОЛЬЗУЮЩИЕ ФЕНОМЕН АЛКОГОЛЬНОГО РАСЩЕПЛЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

- Континуальная психотерапия (Валентик, 2000)
- Поиск безопасности ( Seeking Safety by Najavits, 2003)
- Терапия голосов (Voices Therapy by Firestone, 1988)
- Диалектическая бихевиоральная терапия (DBT by Lineham, 1993, 2008)
- Транзактный анализ (ТА by Berne and Steiner)

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

#### Лекция 15. Этап контакта и мотивирования

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

2019 год.



## КОНТИНУАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Работе с алкогольным расщеплением отводится центральное место в континуальной (продолжающейся, непрерывной) психотерапии АЗ

Осознание наличия алкогольного расщепления и его динамики (переключений из одного статуса в другой)

Техника «доживания алкоголизма до конца», когда используются драматическая постановка «похорон» алкогольного Я в терапевтической группе

Широкое использование горевания при расставании с алкогольным Я

[Валентик Ю.В. Континуальная психотерапия больных с зависимостью от психоактивных веществ // Лекции по наркологии под ред. проф. Н.Н.Иванца, 2 изд.-М.:Нолидж, 2000]

## ПОИСК БЕЗОПАСНОСТИ

Основная идея метода – обеспечить безопасность путем снижения или устранения контроля за личностью патологических частей Я.

Психотерапия проходит в 3 этапа:

- 1) безопасность – понимание наличия альтернативного Я, а также его возможностей включаться в контроль поведения. Этап фиксируется на настоящем и направлен на формирование навыков совладания с влечением;
- 2) горевание и воспоминание приглашает клиента к проживанию травмы и отреагированию связанных с ней аффектов;
- 3) воссоединение диссоциированных частей Я и/или компромиссное существование в новых условиях

[Najavits L. Seeking Safety: A treatment Manual for PTSD and substance abuse – N.Y.: Guilford Press, 2002]

## ТЕРАПИЯ ГОЛОСОВ

Постулирует наличие 2 систем Я: «Системы Я» и «Анти Я». «Анти Я» продуцирует аутодеструктивные мысли и интегрированные с ними чувства в виде «внутренних голосов». «Голоса» направлены против «Я», «других» и запускают суицидальное поведение

Роберт Фарестоун говорит о 3 уровнях аутоагрессии:

- на 1 уровне «голоса» ведут к отгороженности, изоляции и одиночеству;
- на 2 уровне «голоса» соблазняют к выпивке, а затем ругают;
- на 3 уровне «голоса» атакуют Я и побуждают к суициду



## ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ С ГОЛОСАМИ:

- 1 шаг: Выявление как можно большего числа «голосов» и связанных с ними чувств;
- 2 шаг: Отреагирование гнева и печали в ходе диалога с голосами;
- 3 шаг: Узнавание, кому из родительских фигур принадлежат голоса?
- 4 шаг: Осознание влияния прошлых «голосов» на настоящую жизнь;
- 5 шаг: Интернализация корректирующих утверждений терапевта и выход из-под влияние «голосов»

[Firestoun R.W. Voice Therapy: A Psychotherapeutic Approach to Self-destructive Behaviour.- Santa Barbara, CA: Glendon Association]

## ДИАЛЕКТИЧЕСКАЯ БИХЕВИОРАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ (ДБТ)

Различает «Ясную Психику» и «Аддиктивную Психику», в основе которой лежат нарушения привязанности и сплиттинг

Основной принцип «диалектичности» – это разумное сосуществование расщепленных сторон под контролем «Ясной Психики», что достигается за счет:

- 1) требований абсолютного воздержания с неосуждающими рецидив реакциями;
- 2) Принятие обязательств трезвости на тот срок, который пациент может себе позволить с достижением суммарной долгосрочной трезвости;
- 3) Работа с алкогольными «триггерами» и окружением («сжечь мосты в прошлое»);
- 4) Формирование вторичной безопасной привязанности к терапевту (частые контакты, телефонные звонки между сессиями, встречи на территории пациента, сокращение или удлинение сеансов, разработка плана на случай выпадения из терапии)

[Lineham M. Cognitive-Behavioral Treatment Of Bordeline Personality Disoder.-N.Y.: The Guilford Press, 1993]

## 1. СТАДИЯ КОНТАКТА И ФОРМИРОВАНИЯ АЛЬЯНСА

### А. Техники мотивирования:

1. Мотивационное интервью для пациентов в интоксикации (DiClemento, Soderstrom, 2002) – наиболее податливы для мотивирования в приемном покое соматической клиники

2. Мотивационное интервью (Miller, Rol1nik, 2002) и **техника BRENDA**

3. Конфронтационная интервенция (Johnson, 1986) в форме драма-терапии

4. Вмешательство после дезинтоксикации, устанавливающее терапевтический альянс (1 сессия после дезинтоксикации) (Campbell, 2008) и др.

### Б. Работа с Нормативным Я [5, 6]

В. Контрактная терапия (административный контракт, супружеский, на прием дисульфирама, на трезвость и контролируемое употребление и т.д.)

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

### Лекция 15. Этап контакта и мотивирования

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

2019 год.



Г. Контракты, закрывающие аварийные люки (Boyd, Boyd, 1980; Drye, 1973) (антисуицидальный, антигомицидальный, антипсихотический, контракт на не убежание из терапии).

## СТИЛИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТА И ЗАВИСИМОГО ПАЦИЕНТА

### КОНФРОНТАЦИОННЫЙ СТИЛЬ

**Конфронтационный стиль** содержит алгоритм противостояния, конфликта, когда врач демонстрирует пациенту пагубность и недопустимость его стиля жизни, в том числе и употребление алкоголя, наркотиков.

В рамках конфронтационного стиля взаимоотношений негативное отношение к наркологическому заболеванию переносится на личность пациента, порождает эффекты стигматизации и затрудняет возможность сотрудничества. Провоцирует «отсев» от лечения, рецидивы заболевания и в целом связан с негативным исходом лечения. [3]

### ДИРЕКТИВНЫЙ СТИЛЬ

Смягченный вариант конфронтационного. Также исключает сотрудничество врача и пациента и основан на традиционном для врачей патернализме, ориентированном на создание у ослабленного болезнью пациента ощущения защиты с переносом ответственности за выздоровление на специалиста.

Патернализм является обязательным условием использования методов лечения, основанных на механизмах внушения.

Патерналистский тип взаимоотношений не принимает большинство современных пациентов, в том числе и больные наркологическими расстройствами.

Кроме того, эффективность ЛРП основана на совместной ответственности врача и пациента за возможное выздоровление, что требует отказа от претензий на патернализм.

### НЕДИРЕКТИВНЫЙ ИЛИ КЛИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННЫЙ СТИЛЬ

Подразумевает обеспечение специалистом недостающего уровня приятия в системе рассогласования между частями Я (в первую очередь между Я-реальным и Я-идеальным) путем позитивного внимания к пациенту, эмпатического понимания его внутреннего мира

### МОТИВАЦИОННЫЙ СТИЛЬ

Также выделяют истинно **мотивационный** стиль взаимодействия специалиста и пациента, когда максимально соблюдаются принципы мотивационного интервью. При этом стиле врач,



другие специалисты занимают открытую, не осуждающую позицию по отношению к пациенту, но с предоставлением полной обратной связи о последствиях употребления ПАВ.

## МОТИВАЦИОННОЕ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЕ (МИ)

Директивный, центрированный на пациенте метод, ориентированный на повышение мотивации к изменению, который помогает пациенту прояснить, выявить и преодолеть амбивалентное отношение к необходимым изменениям (Miller & Rollnick, 1995, Miller, 1996; Rollnick, 2002). [21]

### МИ ОСНОВАНО НА ТРЕХ ОСНОВНЫХ ЭЛЕМЕНТАХ:

- **Autonomy Authority** – акцентирование автономии (и ответственности) пациента в ходе осуществляющихся изменений
- **Collaboration Confrontation** – сотрудничество между пациентом и специалистом
- **Evocation Imposition** – продуцирование и выявление присущих пациенту мыслей по поводу необходимого изменения.

**Мотивационное интервьюирование** – это целенаправленный, динамичный, циклический процесс работы и способ общения с клиентом, в ходе которого изменяется баланс аргументов «за» и «против» употребления ПАВ, становятся очевидными преобладание отрицательных последствий употребления над положительными и необходимость изменения поведения клиента; выявляются предпосылки изменений, усиливается мотивация клиента (Miller & Rollnick, 1995, Miller, 1996; Rollnick, 2002).

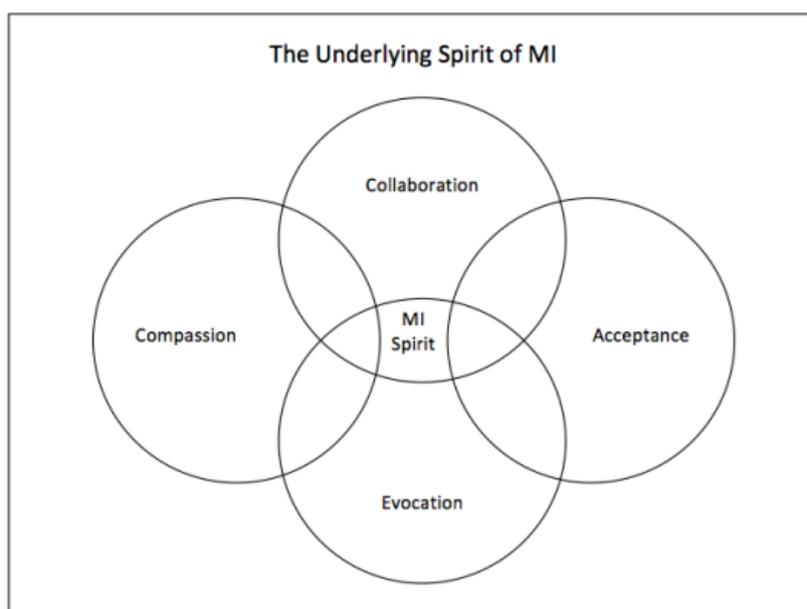


Image recreated from: Miller & Rollnick, 2013



## ЦЕЛЬ И ЗАДАЧА МОТИВАЦИОННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

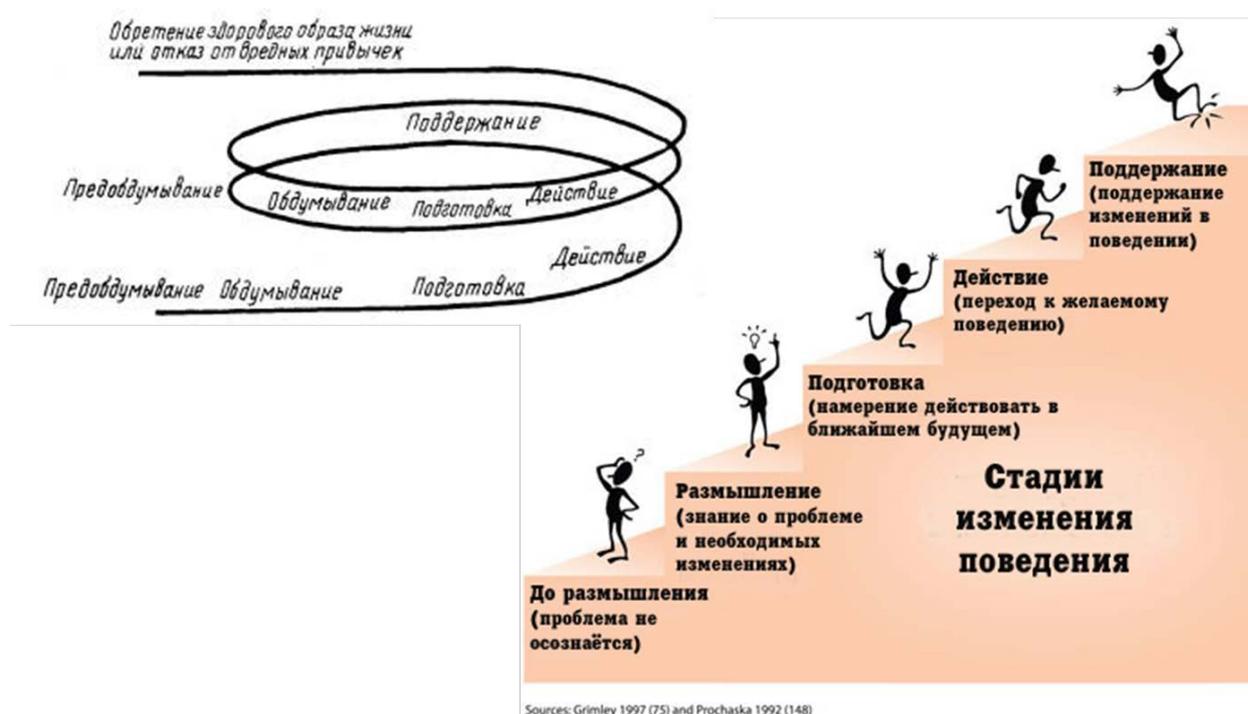
- формирование, поддержание и усиление мотивации на полный отказ от приема ПАВ.
- поэтапный перевод мотивировки отказа от ПАВ (словесная установка на трезвость, высказываемая больным под внешним давлением семьи, работы и т. д.) в истинный мотив отказа от ПАВ как полноценную потребность в трезвой жизни.

## ТРАНСТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ «ПОЭТАПНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ»

Основой современной мотивационной терапии служит модель «поэтапных изменений», которая была разработана как общая теория поведенческих изменений в психотерапии в начале 80-х годов DiClemente C.C., Prochaska J.O. [14, 19]



## ТРАНСТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ



Sources: Grimley 1997 (75) and Prochaska 1992 (148)

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

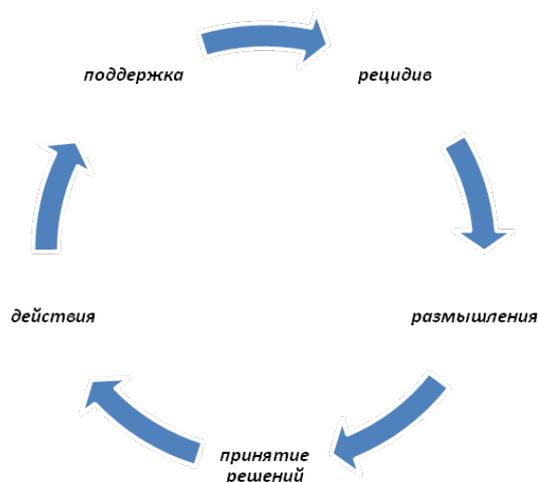
Лекция 15. Этап контакта и мотивирования

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

2019 год.



## МОТИВАЦИОННОЕ КОЛЕСО



Изменения мотивации не линейны, а цикличны. Выделяют шесть стадий изменений: стадия предварительных размышлений, стадия размышления, стадия принятия решений, стадия действий, стадия поддержки и стадия рецидива. Miller [W.R., Sovereign R.G. (1989)]

## «ГОТОВНОСТЬ К ИЗМЕНЕНИЯМ»

### Readiness Scale



Ключевой концепцией является «готовность к изменениям», которая рассматривается как внутреннее состояние, чувствительное к воздействию внешних факторов.

СПЕЦИАЛИСТ не может создавать мотив, но имеет все возможности для влияния на процесс формирования мотива извне.



СТАДИЯ МОТИВАЦИИ, НА КОТОРОЙ НАХОДИТСЯ ПАЦИЕНТ	ЦЕЛЬ МОТИВАЦИОННОГО ИНТЕРВЬЮ
Стадия предварительных размышлений.	1. Вызвать сомнения в отсутствии проблем, связанных с употреблением наркотиков, алкоголя. 2. Помощь пациенту в осознании опасности употребления наркотиков, алкоголя через информирование.
Стадия размышления об изменениях	1. Поддержание мысли о возможном изменении поведения. 2. Структурирование ожидаемых изменений.
Стадия «принятие решений»	Укрепление изменения образа поведения (эмоциональная поддержка врача или группы, родственников)
Стадия действия	Помощь в выборе лучшего из возможных путей действий в поддержании трезвого образа жизни и структурирование этих действий.
Стадия поддержки	Совместный выбор и использование <u>противорецидивной</u> методики или техники.
Стадия «срыв (рецидив)»	1. Уменьшение негативных эмоциональных последствий срыва. 2. Подготовка пациента к переходу в стадию предварительных размышлений.

## ОСНОВА МОТИВАЦИОННОГО ИНТЕРВЬЮ

Мотивирующие беседы (Miller W.R., Taylor C.A., West J.C., 1980) базируются на безоговорочном принятии (Rogers, 1960) и конструктивной самоконфронтации.

Безоговорочное принятие – это позитивное отношение к пациенту, предоставление вселяющей надежду поддержки, признание и уважение его выбора.

**Конструктивная самоконфронтация** базируется на директивности в начальных фазах беседы.

Директивность заключается в том, что специалист сам выборочно задает вопросы, делает обзор и резюмирует, направляя пациента или предоставляя ему информацию, выделяет в первую очередь те моменты из беседы, которые являются самомотивирующими для изменения установок в отношении потребления алкоголя.

Главные требования к конструктивной самоконфронтации – задавать открытые вопросы, слушать, размышлять и систематизировать, давая краткую характеристику. (Miller W.R., Rollnick S., 1991)



## ОТКРЫТЫЕ ВОПРОСЫ, ПОМОГАЮЩИЕ ДОСТИГАТЬ ИЗМЕНЕНИЙ

- Распознавание проблемы:
  - Что именно Вы чувствуете по поводу употребления спиртного (наркотика), которое имеет место в настоящий момент?
  - Что именно Вы чувствуете по поводу состояния собственного здоровья?
- Выражение участия:
  - Что Вас беспокоит в связи с употреблением спиртного (с Вашим здоровьем)?
- Стремление к изменению:
  - Что именно Вы хотели бы сделать по поводу данной проблемы (употребления спиртного)?
- Оптимизм:
  - Что вселяет в Вас уверенность в том, что сейчас подходящий момент для необходимых изменений?

СТАДИЯ МОТИВАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ, НА КОТОРОЙ НАХОДИТСЯ ПАЦИЕНТ	ЦЕЛЬ МОТИВАЦИОННОГО ИНТЕРВЬЮ	ОТКРЫТЫЕ ВОПРОСЫ
Предварительных размышлений	- Осознание <b>негативных последствий</b> употребления ПАВ	- Что именно Вы чувствуете по поводу употребления спиртного /наркотика, которое имеет место в настоящий момент? - Что именно Вы чувствуете по поводу состояния собственного здоровья?
Размышления об изменениях	- Формирование мотивации на <b>изменения поведения</b>	- Что Вас беспокоит в связи с употреблением спиртного/наркотика (с Вашим здоровьем)? - Что именно Вы хотели бы сделать по поводу данной проблемы (употребления спиртного)?
«Принятие решений»	-формирование мотивации на <b>начало лечения</b>	-Что вселяет в Вас уверенность в том, что сейчас подходящий момент для необходимых изменений? -Какие положительные/отрицательные стороны предстоящего лечения/программы вы видите?
Действие	- <b>выбор</b> оптимального <b>метода</b> лечения	- Что Вы хотите получить в результате лечения? -Как лечение повлияет на Вашу дальнейшую жизнь? - Чем привлек вас выбранный метод лечения?
Поддержка	- Совместное <b>использование</b> выбранного <b>метода</b> лечения	- Как вы справляетесь со стрессом (другими трудностями) без алкоголя/наркотика? - Что изменилось в Вашей жизни в лучшую сторону? - Чего Вам удалось достичь? - Как вам помогает выбранный метод <u>противорецидивной терапии</u> ?
«Срыв (рецидив)»	- <b>уменьшить</b> негативные <b>последствия срыва, поддержка мотивации</b> на дальнейшее лечение	- В чем вы видите причины срыва/рецидива? - Чему учит Вас ситуация срыва/рецидива? - Какие коррективы Вы хотели бы внести в наш план лечения?



«ОТКРЫТЫЕ» ВОПРОСЫ ВМЕСТО «ЗАКРЫТЫХ»

• НЕЛЬЗЯ	• НУЖНО
• <del>Вы выпиваете каждый вечер?</del>	• Как много Вы выпиваете по вечерам?
• <del>Вы хотите прекратить прием спиртного?</del>	• Как Вы относитесь к необходимости изменить Ваши «питейные» привычки?  • Вы действительно хотели бы прекратить прием спиртного?
• <del>Вы знаете, что столько пить — это очень вредно?</del>	• Что вы знаете о вреде приема таких доз спиртного?

ОЦЕНКА МОТИВАЦИИ: ОПРОСНИК ДЛЯ ПАЦИЕНТА

ФИО пациента \_\_\_\_\_

Инструкция:

На следующие четыре вопроса необходимо ответить «ДА» или «НЕТ».

1. Я уже решил свою проблему с алкоголем и/или наркотиками на сегодняшний день. (если Вы ответили на первый вопрос «Нет», то ответьте на следующий вопрос).
2. Я предпринял действия по своей проблеме с алкоголем и/или наркотиками на сегодняшний день.
3. Я намереваюсь предпринять действия по своей проблеме с алкоголем и/или наркотиками в ближайшем месяце.
4. Я намереваюсь предпринять действия по своей проблеме с алкоголем и/или наркотиками в течение следующих 6 месяцев.

Дата анкетирования	Вопрос 1	Вопрос 2	Вопрос 3	Вопрос 4	Стадия мотивации

5. Насколько я сейчас готов изменить свое отношение к алкоголю/наркотику (обвести соответствующую цифру)

Совершенно не готов

Полностью готов

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

**Лекция 15. Этап контакта и мотивирования**

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

2019 год.



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ФИО пациента \_\_\_\_\_

*Инструкция:*

*Подумайте, пожалуйста, есть ли у Вас проблемы из-за употребления алкоголя или наркотиков в четырех областях*

*Вашей жизни «Мое общение», «Моя работа», «Сам Я, моя личность», «Моё тело».*

- Если проблем нет, то напишите «1».
- Если проблемы есть, но Вы не хотите их решать, то «2».
- Если проблемы есть, и Вы не знаете, как их решать, то «3».
- Если проблемы есть, и Вы хотите и знаете, как их решить, то «4».

<p><b>МОЕ ОБЩЕНИЕ</b></p> <p>Коллеги Друзья Семья дети Жена Подруга Друг Другие знакомые и незнакомые люди</p>	
<p><b>МОЯ РАБОТА</b></p> <p>Время работы Место работы Характер работы Качество работы</p>	
<p><b>САМ Я, МОЯ ЛИЧНОСТЬ</b></p> <p>Моя психика Моя Душа Сам Я Моя личность Мои мысли Мои чувства Что я из себя представляю Уверенность в себе и своих действиях Мои желания Мои жизненные цели Мои увлечения</p>	
<p><b>МОЁ ТЕЛО</b></p> <p>Сердце голова Ноги Руки Спина печень Дыхание Общее самочувствие Сексуальное удовлетворение Мой аппетит Мой сон</p>	

#### ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ОТВЕТОВ (ВОПРОСЫ 1-5)

Ответ на все 4 вопроса «Нет» - стадия изменения пациента **ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РАЗМЫШЛЕНИЯ** (сопротивление изменениям):

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

#### **Лекция 15. Этап контакта и мотивирования**

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

2019 год.



- У пациента нет серьезного намерения менять патологическое поведение.
- Недооценка степени риска.
- Нет осознания вредности последствий.
- Тенденция избегать контактов с помогающими специалистами.
- Пассивное поведение.

Ответ «Да» на вопрос 4 - пациент находится на стадии РАЗМЫШЛЕНИЯ:

- У пациента есть частичное осознание необходимости изменить патологическое поведение.
- Амбивалентность при оценке соотношения аргументов «за» и «против» изменения.
- Решение об изменении не принято.

Ответ «Да» на вопросы 3 и 4 - стадия ПОДГОТОВКИ (принятия решения):

- Пациентом принято решение измениться, планирование шагов к изменению.
- Аргументы «за» преобладают над «против».
- Флуктуирующая амбивалентность.

Ответы «Да» на вопрос 2 и «Нет» на вопрос 1- пациент находится на стадии ДЕЙСТВИЙ для избавления от проблемного поведения:

- Он осуществляет опробование нового поведения и его относительно стабильное поддерживает.
- Первые активные шаги по направлению к изменению.
- Сохраняется возможность срыва.

Ответ «Да» на вопрос 1: пациент поддерживает свободное от проблемы поведение.

Ответ на вопрос 5 дает возможность оценить уровень готовности изменить патологическое поведение в настоящий момент.

---

#### ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ОТВЕТОВ (ПО ЧЕТЫРЕМ ОБЛАСТЯМ ЖИЗНИ «МОЕ ОБЩЕНИЕ», «МОЯ РАБОТА», «САМ Я, МОЯ ЛИЧНОСТЬ», «МОЁ ТЕЛО»)

Если пациент выбирает первое утверждение, то:

- этот выбор оценивается в НОЛЬ баллов
- у пациента на момент опроса нет мотивации
- стадия изменения пациента - ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РАЗМЫШЛЕНИЯ.

Если пациент выбирает второе утверждение, то:

- этот выбор оценивается в ДВА балла и означает, что
- пациент на момент опроса находится на стадии РАЗМЫШЛЕНИЯ.

Если пациент выбирает третье утверждение, то:

- этот выбор оценивается в ТРИ балла
- пациент на момент опроса находится на стадии ПОДГОТОВКИ.



Если пациент выбирает четвертое утверждение, то:

- этот выбор оценивается в ЧЕТЫРЕ балла
- пациент на момент опроса находится на стадии ДЕЙСТВИЙ.

При сложении полученных баллов результат может быть от 0 до 12.

Этот результат отражает общую мотивацию, которая складывается по четырем областям жизни «Мое общение», «Моя работа», «Сам Я, моя личность», «Моё тело». Также каждая из областей может оцениваться и анализироваться отдельно.



## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Прохазка Дж., Психология позитивных изменений. Как навсегда избавиться от вредных привычек. /Дж. Прохазка, Дж. Норкросс, К. ди Клементе. – МИФ, 2013. – с. 320.
2. Уильям Р. Миллер, Стивен Роллник Мотивационное консультирование. Как помочь людям измениться // Сусоева Ю. М., Вершинина Д. М.. – «Издательство «Э», 2017
3. Джонсон В. Метод убеждения. Как заставить наркомана или алкоголика лечиться / Вернон Джонсон. – Институт общегуманитарных исследований, 2012 г.
4. Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – 2-е изд.. перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
5. Флоренс Филипп Дж. Групповая психотерапия зависимостей / пер. Тверицкая В., Мелик-Ахназарова К.Т., Бурова А. – Институт общегуманитарных исследований, 2016 г – с. 736
6. Психотерапия алкогольной зависимости / Д. И. Шустов, О. Д. Тучина. — СпецЛит, 2016. — 415 с. — ISBN 978-5-299-00787-9.