

Мотивационная терапия

ЯЛТОНСКИЙ В.М.

д.м.н., профессор, рук. отдела профилактики Национального научного центра наркологии МЗ России, профессор кафедры педагогики Московского университета МВД России;

СИРОТА Н.А.

д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник отдела профилактики ННЦ наркологии МЗ РФ, начальник отдела психологического обеспечения Московского университета МВД РФ.

Рассматриваются метод мотивационной терапии, теоретическая база, цель и конкретные техники мотивационной терапии лиц, зависимых от наркотиков. Анализируются наиболее важные аспекты мотивационного интервьюирования и тренинга специалистов в области мотивационной терапии, требования к личностным качествам профессионалов в этой области. Показывается, что базой мотивационной терапии является специфическая форма контакта между терапевтом и пациентом. Это является основным инструментом наркологов-практиков в процессе формирования мотивации на прекращение употребления наркотиков и полное от них воздержание у пациентов. Специальное внимание уделено мотивационной терапии пациентов, перенесших срыв или рецидив, реабилитационная программа которых оказалась прерванной. Профессиональной позицией в таких ситуациях являются продолжение мотивационной работы с пациентом и приведение его к пониманию того, что процесс восстановления будут продолжаться.

Очевидна необходимость информирования и обучения врачей психиатров-наркологов психотерапии, среди вариантов которой есть особенная терапия — мотивационная. Этот важнейший вариант терапии необходим сегодня, когда наблюдается резкое снижение обращаемости пациентов за профессиональной помощью в наркологические стационары. Не вдаваясь в многоаспектный анализ этого сложного явления, можно сказать, что данный факт подтверждает то, что мотивационной терапии наши специалисты еще не обучены, а мотивационное направление в отечественной наркологии не может считаться разработанным.

Вариант мотивационной терапии под названием “Мотивационное собеседование” для лиц, зависимых от психоактивных веществ, алкоголя и наркотиков, был разработан в США W. Miller. За последние годы мотивационное собеседование претерпело различные модификации и развитие и в настоящее время представляется самым автором как терапия, повышающая мотивацию Motivation Enhancement Therapy (MET) [3].

MET направлена на то, чтобы вызвать у пациента стремление изменить свое поведение, связанное с употреблением наркотиков, а также выработать ряд решений и план изменений. Эта терапия относится к разряду клиент-центрированных. Однако имеет свои особенности. При ней используются планирование и директивные техники, что отличает ее от целого ряда клиент-центрированных терапий, известных отечественным психотерапевтам. Терапия W. Miller предназначена для работы с клиентами, у которых выявлена и установлена зависимость от наркотиков, но которые по тем или иным причинам не готовы что-либо изменить в своей жизни, включиться в процесс лечения.

Цель мотивационной терапии

Применительно к зависимости от наркотиков MET имеет целью изменить жизненный стиль пациента в направлении менее опасного и вредного, а также прийти к решению о необходимости прекращения употребления наркотика и планомерного восстановления. MET учитывает индивидуальные цели каждого клиента, который еще не является или уже является пациентом, но при этом приводит его к осознанию главной цели. Главной и спе-

цифической целью MET является полное воздержание от употребления наркотиков и постоянное развитие изменений поведения и убеждений, направленных на поддержание трезвого состояния. Однако главная цель далеко не всегда достигается быстро. MET может иметь и промежуточные цели, соответствующие личностным особенностям клиента, его актуальной ситуации и степени готовности преодоления зависимости.

Теоретическая база мотивационной терапии

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

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

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

Сроки и продолжительность MET могут быть различными. В традиционном авторском варианте обычно проводятся 2-4 сессии по 1 ч каждая.

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

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

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

Для того чтобы проводить МЕТ, терапевт или консультант должны обязательно пройти подготовительную программу по технологии самой методики, а также по активизации соответствующих личностных ресурсов и коммуникативных стратегий. Для профессионально подготовленных в области психотерапии психиатров-наркологов или клинических психологов, уже имеющих специализацию по наркологии, рекомендуются 2—3-дневные тренинги с супервизией. На этих тренингах необходимо активизировать навыки рефлексивного слушания, мотивацию на изменение собственных устаревших взглядов и позиций, а также паттернов поведения, личностно-профессиональный рост, развитие личностных ресурсов, главным из которых для мотивационного терапевта является эмпатия.

МЕТ могут заниматься не только врачи и профессиональные консультанты, психологи и психотерапевты, но и субспециалисты — консультанты из числа выздоравливающих зависимых. Однако срок ремиссии у них должен быть большим, а профессиональная подготовка длительной.

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

Оптимальные личностные характеристики терапевта (консультанта) МЕТ

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

Помимо эмпатии необходимо иметь высокий уровень интерперсональной чувствительности и конгруэнтности.

Техника проведения МЕТ

Общим в поведении терапевтов (консультантов) являются: умение задавать “открытые” вопросы; рефлексивное слушание; психологическая подвижность и поддерживающее поведение.

Ключевые стратегии:

- развитие противоречия между мотивационными позициями личности пациента (клиента) посредством выяв-

ления вербальной, мимической и поведенческой экспрессии в процессе обсуждения (проговаривания) проблем клиентом;

- участие в его проблемах;
- сопереживание;
- эмпатия;
- поддерживающее поведение;
- умение найти основания для изменений в поведении, экспрессии пациента;
- оптимизм в отношении изменений;
- умение вовремя вселить уверенность в отношении возможности таковых.

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

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

Аргументация клиента — основное поле работы терапевта (консультанта) и в нем необходимо искать противоречия. Терапевт также избегает позиции “эксперта”, который оценивает позицию и решения клиента, “закрывает” вопросы (вопросов, требующих коротких ответов) и особенно избегает, чтобы задавать несколько вопросов подряд.

Диагностические “лейблы”, характеризующие проблему зависимости, абсолютно неуместны.

В работе терапевта (консультанта) существует необходимость супервизии. Этот процесс может происходить в форме видеозаписи и последующего рассмотрения и обсуждения ее либо в форме наблюдения за работой с последующим обсуждением.

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

Клиент должен говорить больше чем половину времени на протяжении всего разговора. Особенно на протяжении периода, когда он лично реагирует на “обратную связь”, которую терапевт давал в роли “основательного разъяснителя”.

Насколько директивен терапевт

Сессии МЕТ являются клиент-центрированными, но директивными. Терапевт использует систематически стратегию аккуратного давления. Однако сессии МЕТ бывают успешными только тогда, когда это давление настолько аккуратно, что пациент его совершенно не ощущает и воспринимает информацию терапевта как мнение,

в крайнем случае, — не более чем совет. Директивность обычно сопровождает процесс задавания “открытых вопросов” и обсуждения ответов на них в сочетании с селективной рефлексией.

В тех случаях, когда терапевт и клиент поставлены друг другом в тупик, используются метафоры. Если терапевту необходимо что-либо записывать и записи помогают ему конструировать работу с клиентом, он кладет лист, на котором ведет записи, на стол рядом с клиентом так, чтобы клиент мог их видеть, и тогда это не вызывает лишнего беспокойства клиента.

Оценка

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

Для оценки этих данных могут быть использованы различные инструменты. Они должны быть чувствительны как в ранних, так и в последующих стадиях мотивационной терапии и предоставлять возможность для достаточно глубокого и серьезного анализа. Эти данные используются в процессе мотивационного интервью как опорные. Оценка должна быть структурирована и включена в первые три сессии терапии.

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

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

Терапевтический альянс

Быстрое установление рабочего альянса — важная цель МЕТ, достижение которой создает базисную основу не только для проведения мотивационной терапии, но и лечения в целом. Достижение альянса базируется на “открытых вопросах” и рефлексивном слушании. Поддерживающие и развивающие стратегии снижают резистентность клиента и делают его готовым к изменениям.

Данный метод может быть по-разному эффективен в зависимости от степени готовности клиента к изменениям. Однако он провоцирует и развивает готовность. Он успешно апробирован у больных с алкогольной, гашишной и героиновой зависимостью и способен вызывать изменения даже на наиболее ранних стадиях процесса формирования готовности. Он эффективен даже у трудно мотивируемых лиц, зависимых от наркотиков с выраженными саморазрушающими тенденциями.

Несколько ориентировочных тем типичной мотивационной сессии

Темы мотивационной сессии обычно определяются терапевтом, но специфический контекст создает в процессе работы клиент. Примеры тем могут включать:

- приятные и не очень приятные стороны употребления наркотиков (алкоголя, других психоактивных веществ);
- типичный день, включающий употребление наркотика;
- причины для того, чтобы оставаться в покое или измениться;

- мысли по поводу того, как можно измениться и изменить свою жизнь.

Обычно сессии начинаются с “открытых вопросов” и заканчиваются подводящей итоги рефлексией. Сессии заранее планируются, хотя в процессе проведения их структура может меняться. Необходимо не менять позиции. Важна, прежде всего, центрированность на клиенте.

Резистентность, типичная проблема при работе с зависимыми от психоактивных веществ людьми, эффективно преодолевается с использованием техники “совместного движения”. Центральная позиция МЕТ заключается в понимании того, что резистентность или слабая мотивация не являются когнитивной или поведенческой проблемой субъекта. Рефлексивный стиль с минимумом директивности и советов преодолевает эту проблему. Главная цель — показать клиенту его собственную конфронтацию с реальностью, поставив его лицом к лицу с этим фактом. Этот подход инициирует изменения.

Общие стратегии снижения резистентности включают различные варианты рефлексивного слушания (например, усиленная рефлексия, в которой терапевт помогает сделать резистентному клиенту шаг в будущее), рассмотрение сообщений клиента с различных других позиций, селективное соглашение. Главная цель заключается в том, чтобы клиент вербализовал свою потребность в изменении.

Кризис часто играет позитивную роль как окно, в котором клиент может увидеть более широкие аспекты своей ситуации. Терапевт должен уметь использовать ситуации кризиса для усиления эффективности мотивационной терапии.

Ситуации срыва и рецидива

Ситуации срыва и рецидива также должны использоваться терапевтом как ситуации, позволяющие значительно усилить мотивацию клиента на изменение. В этих случаях используются “открытые вопросы”, открытое проявление эмоций и чувств, мыслей, позиций клиента. При этом активно применяется рефлексивное слушание. Различного рода “приговоры” и жесткие выводы тщательно избегаются. Достигается восприятие клиентом срыва или рецидива как опыта, на основании которого строится план дальнейших изменений и убежденность в том, что этот план ничего изменить не сможет.

Роль значимых других лиц

Значимые другие лица (ЗДЛ) могут вовлекаться в МЕТ. Совместные сессии могут быть полезными для формирования мотивации и построения плана изменений. При этом следует вести совместные сессии таким образом, чтобы ЗДЛ не оказывали на клиента давления. Они лишь дают обзорную информацию ситуации, основанную на собственном восприятии, фокусирующуюся на клиенте, которая может оказать влияние на его мотивацию. Часто именно включение ЗДЛ может быть наиболее важным для клиента. Однако в совместных сессиях терапевту следует проявлять особое мастерство, так как близкие люди могут пытаться обвинять клиента, перекладывать на терапевта или клиента свои проблемы. Следует учитывать, что их мышление, эмоции и поведение далеко не всегда управляемы ими самими. Поэтому такие сессии следует проводить после тщательной подготовки как клиента, так и его ЗДЛ. Никогда не следует забывать, что существует только одна главная цель — побудить клиента к изменению.

Очень важно понять, что мотивация на изменение и ее формирование — это постоянный и наиболее важный процесс как в первичной, вторичной профилактике, так и терапии и реабилитации. Причем на каждом этапе существуют разные задачи. Мотивация на включение в ту или иную программу, профилактическую или терапевтическую, еще не означает мотивацию на эффективное развитие, осознание и преодоление личных проблем, в процессе профилактики и мотивацию на преодоление болезни в процессе терапии и реабилитации. Мотивация на преодоление болезни еще не означает мотивацию на постоянное усовершенствование стиля своего взаимодействия с социальной средой и т.д. Процесс формирования мотивации бесконечен.

MOTIVATIONAL THERAPY

YALTONSKY V.M. Dr.med.sci., professor, State Research Institute on Addiction, Moscow
SIROTA N.A. Dr.med.sci., professor, State Research Institute on Addiction, Moscow

In that article there are general issues and some important particular aspects of motivational interviewing and requirements for training of motivation specialists. The article shows that the basic form of motivational work is motivational interviewing based on a special form of contact between the therapist and patient. Thus, the main instrument of narcologist — the practice of work with the addicted person's motivation — is his/her own behavior as well as the form, the style and content of discussion with the patient. A special matter is the work with those patients who have had a lapse or relapse, or whose rehabilitation programmer was interrupted or broken in any way. A professional position in the work with such patients should be to continue the motivational therapy and strengthen and consolidate the patient's understanding of the fact that the process of recovery can be and must be carried on an efficient way, while the analysis of the relapse that has occurred will allow to avoid this problem in the future.

Еще раз следует подчеркнуть, что мотивация — это процесс взаимный. Врач, не имеющий мотивации на постоянную помощь больному в процессе его выздоровления или не верящий в него, не способен сформировать у пациента мотивацию на лечение и выздоровление. Этот факт обнаруживает принципиально новый аспект подготовки специалистов — наркологов и психотерапевтов, — а также тех, кто занимается профилактикой зависимости — мотивационный аспект личностно-профессиональной подготовки.

Список литературы

1. Miller W.R. Motivation Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach. Approaches to Drug Abuse Counseling. NIDA. — Rockville, 2000. — P. 99–106.