

Повышение мотивации на лечение у пациентов, страдающих химической зависимостью, на начальном этапе обращения за помощью

БЕЛОКОЛОДОВ В.В. клинический психолог ассоциации медицинских центров «Бехтерев». 197371, Санкт-Петербург, пр. Королева, д.48-5. Тел.: (812) 744-72-72; e-mail: bechtereve@bk.ru; аспирант кафедры клинической психологии и психологической помощи, ФГБОУ ВПО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена». 191186, Санкт-Петербург, наб. р.Мойки, д.48

Рассматриваются мотивационные аспекты в лечении наркозависимых на начальном этапе лечения. Эффективность лечения наркотической зависимости во многом определяется мотивацией больного на выздоровление. При формировании мероприятий по повышению уровня мотивации на лечение и отказ от употребления психоактивных веществ (ПАВ) необходимо учитывать стадии готовности пациента к изменению своего поведения, а также этапы прохождения личностно-эмоционального реагирования на психотерапевтическое воздействие при нахождении в стационаре. Взаимодействие, основанное на доверительных отношениях между врачом, пациентом, родственниками пациента (значимыми лицами), психологами, информированность об этапах и трудностях лечения, осознанное участие в лечении самого пациента, и его ближайшего окружения, повышают ответственность сторон за результат лечения, и способствуют формированию устойчивой ремиссии.

Ключевые слова: мотивация на лечение, наркозависимость, комплаенс, конкорданс, психотерапия зависимостей

Формирование стойкой мотивации на лечение — ключевой этап в реабилитации пациентов с зависимостями. Процесс повышения уровня мотивации также заключается не только в помощи пациентам в переходе от стадий преднамерения к стадии намерения и далее — к активным действиям по изменению своего поведения, но и поддержание этой мотивации на дальнейших этапах лечения, в том числе и в случае срыва.

В настоящее время, длительность нахождения пациента в клинике рассматривается как улучшение состояния пациента и увеличение срока ремиссии. Информация, получаемая пациентом с самого начала лечения, начиная с момента поступления в клинику, в конечном итоге, улучшает качество жизни пациента, что также определяет эффективность лечения [12].

Большое значение при формировании мотивации на отказ от употребления ПАВ оказывают свойства личности, возникшие из побуждений и закрепившиеся в предпочитаемые способы поведения вследствие употребления ПАВ (С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев). Экстернальные способы формирования мотивов (кротость, покорность, подчиняемость, послушность, уступчивость, податливость на уговоры, реактивность, как лёгкость возникновения побуждений к совершению чего-либо под влиянием внешних воздействий) характеризуются податливостью человека извне. Интернальные способы (капризность, эгоистичность, нерешительность, легкомысленность, безответственность, импульсивность,

самоуверенность, своеволие) — противодействием этим воздействиям и формированием мотива, исходя из собственных побуждений [11].

Взгляд на мотивацию как на динамический процесс, знание и понимание формирования мотивов и побуждений является одним из важнейших факторов при создании мероприятий, направленных на повышение уровня мотивации на лечение и отказ от употребления ПАВ (рисунок). Так, например, при поступлении на лечение пациенты часто ориентируются на внешнюю мотивацию (мнение и условия родственников, вторичная выгода от лечения). Задачей мотивационной психотерапии при лечении больных с зависимостями является поэтапный перевод мотивировки отказа от употребления ПАВ (словесная установка на трезвость, высказываемая больным под внешним давлением семьи, работы и т.д.) в истинный мотив отказа от употребления ПАВ как полноценную потребность в трезвой жизни [18]. Таким образом, одна из главных задач персонала — сделать всё возможное для перевода мотивации из «внешней» во «внутреннюю», т.е. чтобы побуждение к лечению исходило от потребностей и желаний самого пациента, а не внешней среды. Наилучший вариант повышения мотивации представляется как совпадение внешних и внутренних движущих сил, побуждающих человека изменить поведение в сторону отказа от употребления ПАВ.

Возможно, на начальном этапе лечения (1—10 дней), можно говорить о так называемом комп-

лаенсе (пассивное соблюдение и выполнение назначений врача), а в дальнейшем — выработке позиции конкорданс (осознанное желание пациента лечиться и принимать активное участие в процессе лечения).

Если рассматривать комплаенс и конкорданс как два самостоятельных этапа приверженности лечению, то следствием перехода от комплайнса к конкордантности должно стать появление у пациентов осознанной приверженности к лечению [20]. Чем больше пациент вовлечён в процесс лечения и реабилитации, тем выше вероятность стойкой ремиссии и ниже вероятность рецидива. Около 35% больных, прошедших курс реабилитации с психотерапией, имели ремиссию в среднем 2,5 года, при средней ремиссии больных, прошедших только дезинтоксикацию, 3—4 мес. — 80% [12]. Так, например, если две трети пациентов до реабилитации имели в структуре личности ценности, характерные для наркозависимых (ориентация на гедонизм и стимуляция своей психической деятельности), то после курса реабилитации с психотерапией, их ценности изменились: появились стремление к достижениям, безопасности, комфортности. Эти личностные изменения коррелировали с повышением уровня социальной адаптации (трудоустройство, стабильность в семейной жизни, учёбе) [8].

Мотивация к лечению в процессе формирования внутренней картины болезни отражает изменения мотивационной (ценностно-смысловой) сферы личности, ценности здоровья и болезни, цели лечения и т.д., а также отражает степень готовности больного к изменению поведения, опосредованного болезнью [10].

Проведённые исследования программ лечения наркозависимых, ориентированных на общество, показали, что мотивация к лечению является существенным предиктором участия пациента в терапии длительное время [21]. Женщины более вероятно, чем мужчины, прекращают лечение или получают его в неполном объёме [22]. Для мужчин более характерны причины, связанные с работой или обучением, в то время как для женщин более значимы переживания, что жизнь стала не контролируемой ими, и состояние субъективного стресса [23]. Страх потерять ребёнка во время пребывания на лечении является для женщины фактором, снижающим мотивацию к лечению [24].

У наркозависимых пациентов выделяют 3 установки в отношении терапевтического процесса.

Первая терапевтическая установка — это установка на получение быстрой помощи: как только купируется синдром отмены, пациент прерывает лечение и выписывается.

На основе критического понимания болезни может формироваться вторая часть установки на лечение — установка на трезвость — осознание того, что



Готовность к изменению поведения.

нормальная жизнь возможна только в условиях полного безоговорочного отказа от наркотиков.

Третий этап — установки на достижение позитивных социально значимых целей, при прохождении которого возможен результат — способность пациента жить в своём нормативном окружении и быть успешным [6].

Личность человека с зависимостью имеет свои особенности: внушаемость, ригидность, упрямство, максимализм, эгоцентризм, нетерпеливость, страх быть покинутым, что во многом определяет мотивацию пациента на изменение поведения, сотрудничество и выполнение назначений врача — психотерапевта [3]. Проблема участия пациента в принятии медицинского решения приводит к непониманию лечения и объясняет его отстранённость от выполнения врачебных назначений [13]. Только часть пациентов активно принимает участие в принятии медицинского решения [14]. Многие больные не хотят брать на себя ответственность за выбор вмешательства [7].

В последние годы в отечественной психиатрии получили распространение психообразовательные группы, которые повышают информированность пациента и его ближайшего окружения о самом заболевании, трудностях его лечения, а также ресурсах, привлекаемых для лечения, что в итоге, существенно повышает уровень комплаентности при психотерапии [8]. Отмечено, что интерактивные, структурированные методы поведенческой психотерапии в сочетании с психообразованием более перспективны [16].

Высказываемая пациентами с наркотической зависимостью установка на воздержание от наркотиков не всегда основывается на подлинной потребности в трезвой жизни; чаще всего это не более чем голословное утверждение, а не выстраданное решение. Тем не менее, сам факт поступления, обращения человека к врачам свидетельствует о том, что прежний образ жизни — наркотизация по каким-то причинам (пусть даже внешним: требования семьи, работы, и др.) и на какой-то срок (по крайней мере, на время пребывания на лечении), — стал для него значимым [17].

При разработке и внедрении программ по повышению мотивации на лечение необходимо учитывать факторы, влияющие на приверженность лечению пациентов. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) определила 5 групп факторов:

- социально-экономические;
- связанные с медицинским персоналом и здравоохранением;
- связанные с проводимой терапией;
- связанные с пациентом;
- связанные с состоянием пациента в данный момент [9].

Процесс прохождения лечебной программы пациентами, страдающими зависимостями и находящимися на лечении в стационаре, проходит часто болезненно и связан с переживаниями по поводу необходимости окончательного и полного отказа от употребления ПАВ. Эти этапы динамики личностно-эмоциональных реакций на психотерапевтическое воздействие соответствуют стадиям реагирования человека на потерю или иное субъективно высокозначимое ограничение [19]:

1. Отрицание. Механизм психологической защиты, проявляющийся:

- в непонимании своей зависимости;
- засыпании или появлении сонливости во время проведения лекций и групповых занятий;
- отказе от бесед и встреч с людьми, поднимающими тему вреда от употребления ПАВ;
- неприятии и непризнании проблем, возникших вследствие употребления ПАВ;
- отказе от дальнейшего лечения, нарушении режима отделения, вплоть до требования выписки и угрозы в адрес медицинского персонала, родственников и других значимых лиц;

2. Агрессия. Проявляется в поиске ответственных за своё потребление среди окружающих и обвинении их в этом: жена (мать и т.д.), «заснула» в больницу; врачи виноваты в том, что не могут вылечить это заболевание; психологи только и твердят, что «нельзя употреблять», а сами «в этом ничего не понимают»; «в таких условиях лечиться просто невозможно» и т.д. Также агрессия проявляется и в самоуничижении, самобичевании, самообвинении;

3. Поиск компромисса (сделка). Для того, чтобы сгладить своё эмоциональное состояние, пациент старается оставить за собой вариант контролируемого потребления. В этой фазе пациенты часто стараются установить с врачом (психологом) какие-либо особые отношения с целью уклонения от лечения. Например, пациент стремится создать общие «секреты» или предложить решение хозяйственных или личных проблем. Посещение групповых занятий приобретает формальный характер. Часто на данном этапе паци-

ент старается завершить лечение, ограничившись «подшивкой», обещанием посещать психолога, группы АА/АН;

4. Депрессия. Полноценное проживание эмоциональных состояний, особенно совместно со специалистами или поддерживающими и принимающими пациента людьми, наиболее эффективно при терапии зависимостей, так как улучшает прогноз лечения, позволяя пациенту развиваться эмоционально и набирать опыт разрешения жизненных проблем (ситуаций) без применения ПАВ. Однако депрессия может маскироваться под другие заболевания или психические нарушения. Чаще всего это такие «маски»:

- нарушение сна;
- обострение хронических заболеваний;
- боли в области внутренних органов без объективного подтверждения нарушения их функционирования;
- головные боли;
- тревожность без особых внешних причин;
- эмоциональная усталость;
- снижение настроения;
- повышенная забота о других людях при отсутствии внимания к себе и своему лечению.

Наиболее часто у пациента наблюдается появление небольшой эмоциональной усталости от участия в программных мероприятиях (проявляется на 3—4-й неделе);

5. Адаптация (принятие факта болезни и готовность изменить свою жизнь). На данном этапе пациент полностью признает наличие у себя болезни, а также строит планы своей дальнейшей жизни с учётом наличия у себя заболевания, а также начинает действовать и реализовывать программу личностного восстановления.

Амбивалентность в отношении потребления ПАВ и отказа от его употребления у наркологических пациентов, а также сложность лечения известны [1—4, 10, 15, 22]. В связи с этим, не все пациенты полностью проходят вышеописанные стадии эмоциональных реакций на окончательный отказ от приёма ПАВ в процессе психотерапевтического лечения. «Застревание» на одном из этапов в дальнейшем может вернуть пациента к потреблению ПАВ. Если пациент с зависимостью пройдет в процессе лечения все этапы переживания проблемы отказа, но в фазе адаптации не начнет кардинально менять свой образ жизни, он, как и пациенты, «застрывшие» на других этапах, вновь может вернуться к употреблению ПАВ. При этом низкая мотивация на лечение в ряде случаев не соответствует напрямую выраженности патологического влечения к ПАВ и степени критики к заболеванию. Например, среди пациентов, находящихся на стационарном лечении, выделяется подгруппа больных с относительно

мягким течением заболевания, достаточно сохранной социальной адаптацией и чётким сознанием болезни и её вреда, которые в то же время категорически отказываются вступать в терапевтические отношения с врачами либо психологами. Как выяснилось, многие из таких пациентов, благодаря мотивирующим приёмам терапевта или психолога, соглашаются на индивидуальное амбулаторное лечение [5].

Итак, дальнейшие после лечения в отделении изменения больным своего поведения в окружающей его социальной структуре (общества АА/АН, амбулаторное сопровождение) не менее важны для личностного восстановления (выздоровления от зависимости), чем собственно лечение.

Для увеличения сроков ремиссии, а также поддержания адаптивного поведения после прохождения курса психотерапии в процессе реабилитации необходимо, чтобы произошли качественные изменения в социальной структуре зависимого после его возвращения. В связи с этим, большое значение приобретает работа психологов и врачей реабилитационной программы с социальным окружением пациента. Вовлечение в процесс лечения, совместная разработка и направление подходов к пациенту, выработка ответственности за результат лечения у родственников способствуют повышению конкордантности.

Мероприятия, направленные на повышение уровня мотивации на лечение и отказ от употребления ПАВ, необходимо проводить уже при поступлении пациента на лечение. Часто родственники зависимого, столкнувшись с такой ситуацией, растеряны и не знают, что делать дальше, не имеют информации о степени тяжести заболевания и продолжительности лечения. Таким образом, сообщение родственникам и значимым лицам о курсе лечения в первые 5—10 дней (дезинтоксикации), продолжении лечения (курса предреабилитации, реабилитации, поддерживающего этапа), распространение информационных материалов, описывающих весь процесс лечения зависимостей, беседа с психологом о собственном состоянии и составление плана посещения групп для родственников (или индивидуальных консультаций), рассказ о том, что такое реабилитация, психотерапия, психологическая зависимость, созависимость, и т.д., имеет большое значение для повышения осознанности принимаемого участия в лечении и собственной ответственности за результат.

С первых дней пребывания пациента в стационаре эффективными являются вовлечение больного в посещение психообразовательных групп, лекций, проводимых психологами, индивидуальные беседы в виде мотивационного интервью, предоставление информации о курсе реабилитации, психотерапии. В связи с тем, что пациенты, находящиеся в остром отделе-

нии, преследуют разные цели пребывания в клинике («переломаться», «снизить дозу», «я здесь, чтобы родные успокоились»), важно, по мере возрастания уровня мотивации на лечение, перемещать пациента в другое отделение (предреабилитации), где находятся пациенты с более высоким уровнем мотивации, чем в остром отделении.

Работа психологов заключается в поддержании и усилении мотивации на изменение поведения пациентом и его родственниками. Соблюдение пациентами режима отделения (подъём, завтрак, занятия, выполнение домашних заданий, лечебно-физкультурные мероприятия и т.д.) положительно отражается на общем настроении пациента, повышает информированность о заболевании, формирует обязательность, осознанность своего настоящего поведения. Круглосуточное присутствие психологов в отделении позволяет быть «в контакте» с пациентами и даёт им возможность в любое время высказаться о своём эмоциональном состоянии, получить поддержку от психолога, снизить тревогу, а также создаёт обстановку принятия пациента таким, каким он есть («терапевтическую среду»).

В связи с тем, что за помощью обращаются как употребляющие, так и родственники (значимые лица), психологическое сопровождение как пациента, так и его окружения должно соответствовать прохождению пациентом этапов эмоциональных реакций на окончательный отказ от приёма ПАВ в процессе психотерапевтического лечения. Так, например, родственников (значимых лиц), важно подготовить к прохождению пациентом этапа агрессии, так как возможны разного рода обвинения в их адрес, угрозы как вербального, так и физического характера, манипуляции по уходу из дома, развода и т.п. Соответственно, если родственники (значимые лица), не будут осведомлены об эмоциональных особенностях реакций пациента на данном этапе, то им будет сложно переживать данную ситуацию, принятие на себя чувства вины будет обострённым, страх за себя, страх перед возможными последствиями, желание сгладить конфликтную ситуацию, и в итоге, возможно прекращение курса лечения.

На этапе депрессивных реакций пациента важно давать эмоциональную поддержку в лечении не только персоналу реабилитационного центра, но и родственникам (значимым лицам). Спокойная, ровная, тёплая эмоциональная поддержка со стороны социального окружения зависимого на данном этапе необходима пациенту в связи с проходящими в нем личностными изменениями, осознанием им прошедшей жизни, страхом перед будущим, чувством вины за свои поступки. Знание психологами, врачами, и медицинским персоналом индивидуальных особенностей

пациента также могут быть использованы как в индивидуальной (групповой) психотерапевтической работе с зависимым, так и с его окружением на психообразовательных группах для родственников (значимых лиц). Таким образом, психотерапевтическая работа проходит как бы параллельно: как с зависимым, проходящим курс реабилитации, так и с его социальным окружением, что, несомненно, даёт больший эффект в лечении.

К сожалению, не всегда родственники (значимые лица) готовы к изменению своего поведения и при первой встрече с психологом просят, чтобы «изменили его» или «спасли меня». Часто родственники (значимые лица) получают вторичную выгоду от поведения зависимого. В таком случае работа психологов направлена на осознание родственниками истинных мотивов своих реакций на происходящее, и формирование мотивации к изменению непосредственно своего поведения. Психокоррекционная работа может проходить как индивидуально, так и в группах для родственников (значимых лиц). Важный момент — регулярность посещения.

В момент перехода пациента от этапа дезинтоксикации (острое отделение) и отделения предреабилитации (всего 1—15 дней) к дальнейшему лечению — прохождению курса реабилитации (от 45 дней до 3 мес.), является совместный переводной консилиум, который представляет собой высококоммуникативный процесс, позволяющий индивидуализировать программу для каждого реабилитанта [17]. Консилиум проводится при участии лечащего врача, заведующего отделением реабилитации, психологов, родственников пациента (значимых лиц), а также самого пациента. Стороны докладывают о собственной точке зрения на дальнейшее лечение пациента, рассмотрение его мотивационной динамики по изменению поведения и отказе от употребления ПАВ.

В качестве иллюстрации приведу следующий клинический пример.

Пациент А., возраст 27 лет, стаж употребления ПАВ (опиаты) — 13 лет. Поступил на лечение в клинику с целью пройти курс дезинтоксикации (5—7 дней).

Употребление ПАВ начал с 14 лет, сразу опиаты (предложил сосед, употреблявший ПАВ). Опыта прохождения курса реабилитации нет. Процедуру дезинтоксикации проходил дважды: в первый раз (в возрасте 25 лет), самостоятельно, с целью «сбросить дозу»; во второй раз (в возрасте 26 лет), по настоянию матери. Мать выступила инициатором лечения, в противном случае, обещала выгнать А. из дома, что уже

случалось (в возрасте 22 года), и А. жил в подвале около года. Таким образом, мотив лечения в обоих случаях был формальный, «попробую, может, получится». В данный момент просьба о лечении исходила от А. и целью лечения подразумевалось «снятие физических ломок», а далее — как пойдет. Предпосылкой к лечению явилось ухудшение физического состояния А., а также желание «жить трезвой жизнью».

Постоянной работы А. не имеет, перебивается случайными заработками. Образование 9 классов. Профессионально-техническое училище бросил по собственной инициативе, в связи с отсутствием желания учиться. Проживает вдвоём с матерью, отец ушёл, когда А. было 5 лет. С отцом отношения не поддерживает. Отношения с матерью характеризует как «холодные», «отчуждённые» и связывает их с употреблением им ПАВ. До употребления отношения были «доверительные», «дружеские», а стали портиться после того, как мать узнала об употреблении сыном ПАВ в возрасте А. 18—19 лет. Частые обманы, воровство вещей и предметов из дома также способствовало обострению отношений. В то же время, А. жалел мать за то, что она одна, много работает, и испытывал чувство вины перед ней за своё употребление ПАВ. Устно часто выражал готовность бросить употребление, но конкретных действий не предпринимал. О программах реабилитации А. слышал от знакомых, что существуют «религиозные», и «трудовые». Мать вообще не имела информации о реабилитационных программах.

Повышение мотивации на лечение и отказ от употребления ПАВ, был разделен условно на три этапа. На первом этапе нахождения А. в стационаре (1—3 дня) в большей степени проходила стабилизация состояния под наблюдением лечащего врача, получение результатов анализов, выявление коморбидных заболеваний. Целью данного этапа было купирование и снятие абстиненции у пациента, а также установление контакта и доверительных отношений между психологом, врачом, пациентом и его матерью. Определение и составление курса лечения лечащим врачом, определение ожиданий от курса лечения, а также выявление степени информативности пациента и его матери о заболевании и их представлений о тяжести его протекания. Психологическое сопровождение представляло собой ежедневные встречи с пациентом в стационаре (1 ч), а также личные встречи или консультации по телефону с матерью пациента.

На втором этапе нахождения пациента в стационаре (3—5-й день пребывания), психологом проводились мотивационные беседы (2 раза в день

по 1 часу), целью которых было мотивировать А. на изменение поведения в сторону отказа от употребления ПАВ и прохождение курса реабилитации. Также пациенту предоставлялась информация о физической и психологической зависимости, этапах её формирования, сроках выздоровления, о реабилитации, её принципах и целях. Параллельно с предоставлением информации пациенту предоставлялась подобная информация и матери А., и дополнительная информация о созависимости, стоимости лечения, мероприятиях, проводимых при прохождении курса реабилитации с использованием психотерапии, формирование позиции по отношению к заболеванию А., уточнение ожидаемых результатов лечения, формирование краткосрочных целей как у пациента, так и у его близкого окружения. Информация предоставлялась ежедневно, или при личной встрече, или по телефону. Со стороны врача к матери пациента поступала информация о его соматическом состоянии, возможных последствиях употребления ПАВ, как в физическом плане, так и в психическом, и необходимости прохождения курса реабилитации с использованием психотерапии. Результатом работы психолога и лечащего врача стало устное согласие, готовность пациента и его матери к прохождению курса стационарной психотерапевтической реабилитации. Таким образом, на данном этапе повышение мотивации к изменению своего поведения происходило не только по отношению к пациенту, но и по отношению к его социальному окружению, в данном случае, его матери.

Целью третьего этапа (6—7-й день пребывания пациента в стационаре) был перевод пациента из острого отделения в отделение предреабилитации. В день планируемой выписки пациента (7-й день) состоялся консилиум, в котором участвовали: пациент, мать пациента, лечащий врач, психолог. Цель проведения консилиума: уточнить готовность пациента к продолжению лечения по медицинским, психологическим показаниям, рассмотреть ресурсы для изменения поведения, получить осознанное согласие пациента на продолжение лечения и прохождение курса реабилитации.

Однако А. неожиданно изменил своё решение о продолжении лечения, и настаивал на выписке. По мнению А., ему «уже хорошо» и лечиться далее он отказывается, так как не видит в этом смысла, он «здоров» и готов посещать психолога 1—2 раза в неделю. Доводы, приводимые врачом и психологом, в расчёт не принимались. Тогда мама пациента спокойно высказала свою позицию и желание, чтобы А. продолжил лечение, так как хо-

чет видеть его здоровым, а в противном случае домой она его не пустит, и он «может идти на все четыре стороны». Такая позиция матери вызвала всплеск агрессии у А.: он пришел в возбужденное состояние, проявлял вербальную агрессию в сторону матери, пытался угрожать, манипулировать, обвинял в причинении ему вреда. Психологу и врачу удалось снизить проявление агрессии у А., успокоить и предложить подумать до завтра, взвесить все «за» и «против» лечения. Мать сказала, что своего решения не отменит.

Через два часа после консилиума психолог провел с А. беседу с целью выяснения причин перемены решения и отказа от лечения. Со слов А., основные причины это: страх за то, что не получится бросить употребление; страх за неумение «жить в трезвости». Беседа психолога направлена на анализ страхов, повышение уверенности в своих силах, повышение готовности к изменению своего поведения, веры в себя, принятие ответственности на себя за результат лечения. С матерью по телефону проведена беседа по психологической поддержке, повышению уверенности в своих силах, повышению готовности к изменению поведения и принятию на себя части ответственности за результат лечения.

На следующий день (8-й день пребывания в стационаре) А. выразил согласие продолжать лечение, пройти курс реабилитации и был переведён в отделение предреабилитации.

Таким образом, совместные усилия и взаимодействие медицинского персонала, психологов, и социального окружения пациента позволяют значительно повышать мотивационную составляющую по изменению поведения в сторону отказа от употребления ПАВ, продолжения лечения, прохождения курса реабилитации, что в итоге повышает качество жизни пациентов с зависимостями, снижает риск возникновения рецидива и благоприятствует формированию стойкой ремиссии.

Список литературы

1. Агибалова Т.В., Рычкова О.В., Кузнецов А.Г., Гуревич Г.Л., Тучин П.В., Вальчук Д.С. Психотерапевтические подходы к больным опиоидной зависимостью с низкой мотивацией на лечение: Методические рекомендации для врачей-наркологов, врачей психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, специалистов по социальной работе. — М.: ФГБУ «Национальный научный центр наркологии» Минздрава России, 2013. — 31 с.
2. Александрова Н.В., Городнова М.Ю., Эйдемиллер Э.Г. Современные модели психотерапии при ВИЧ / СПИДе: учебное пособие для врачей и психологов. — СПб.: Речь, 2010. — 191 с.

3. Анохина И.П. Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости // *Руководство по наркологии* / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. Т. 1. — С. 33—41.
4. Арсеньева В.В., Бубнова И.В., Громыко Д.И. и др. Клиническая психотерапия в наркологии: Руководство для врачей-психотерапевтов / Под ред. Р.К. Назырова и др. — СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2012. — 456 с.
5. Белокрылов И.В., Котов С.В., Грюнталь С.А., Кузнецов А.Г., Каминская А.О., Рязанцева Т.Ю. Работа с мотивами в процессе психотерапии больных наркоманией. — М.: ФГБУ «Национальный научный центр наркологии» Минздрава России, 2009. — 26 с.
6. Валентик Ю.В. Клиническая характеристика и терапия патологического влечения к алкоголю у больных хроническим алкоголизмом: Дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 1984. — 317 с.
7. Городнова М.Ю. Актуальные вопросы психологии приверженности к лечению у наркологических больных и психологии лечебной среды [Электронный ресурс] // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* — 2012. — №5 (16). — URL: http://www.medpsy.ru/mrj/archiv_global/2012_5_16/pomer/pomer04.php (дата обращения: 28.04.2014).
8. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. — М.: Медпрактика-М, 2004. — 492 с.
9. Еременко М. От клинических исследований к совершенствованию клинической практики // *НейроNews*. — 2008. — 2(7). — URL: <http://neuro.health-ua.com/article/82.html> (дата обращения: 25.04.2014).
10. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Современная концепция терапии наркологических заболеваний // *Руководство по наркологии: В 2 т.* / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: ИД Медпрактика-М, 2002. Т. 2. — С. 6—25.
11. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. — СПб.: Питер, 2002. — 512 с. ил. — (Серия «Мастера психологии»).
12. Кулаков С.А., Ваисов С.Б. Руководство по реабилитации наркозависимых. — СПб.: Речь, 2006. — 240 с., ил.
13. Кулаков С.А. Психотерапевтический диагноз в реабилитации пациентов, зависимых от психоактивных веществ // *Наркология*. — 2013. — №9.
14. Кулаков С.А. Клинико-психотерапевтическая конференция в стационарной реабилитации наркозависимых // *Психическое здоровье*. — 2009. — №2. — С. 39—42.
15. Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии. — СПб.: Речь, 2007. — 768 с.
16. Мэй М., Сарториус Н. Шизофрения / Пер. с англ. / Под ред. М. Мэйа, Н. Сарториуса. — Киев: Сфера, 2005. — 488 с.
17. Сафонцева С.В. Отношение к болезни наркозависимых пациентов как условие эффективного лечения // *Независимая личность*. — ООО «Нью Терра». — 2013. — №1. — С. 2—7.
18. Соммерз-Фланаган Дж., Соммерз-Фланаган Р. Клиническое интервьюирование. 3-е изд-е / Пер. с англ. — М.: Издательский дом «Вильямс», 2006. — 672 с.: ил. — Парал. тит. англ.
19. Kubler-Ross E., MD. On death and dying. — New York: Scribner, 1969.
20. From compliance to concordance: achieving shared goals in medicine taking. The Royal pharmaceutical society of Great Britain. Working Party report. www.medicinespartnership.org.
21. Hiller M.L. Problem Severity and Motivation for Treatment in Incarcerated // *Substance Abusers Substance Use & Misuse*. — 2009. — №44. — P. 28—41.
22. Lewis D., Robinson J., Wilkinson E. Factors involved in deciding to start preventive treatment: qualitative study of clinicians' and lay people attitudes // *BMJ*. — 2003. — 327. — 841.
23. Mills E., Nachega J., Bangsberg D., Singh S., Rachlis B., Wu P., Wilson K., Buchan I., Gill C., Cooper C. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient reported barriers and facilitators // *PLoS Med*. — 2006. — Vol. 3, №11. — P. 438.
24. Pollock K., Grime J. Patients' perceptions of entitlement to time in general practice consultations for depression: qualitative study // *BMJ*. — 2002. — 325. — 687.

INCREASING OF TREATMENT MOTIVATION IN PATIENTS WITH CHEMICAL DEPENDENCY AT THE INTIAL STAGE OF HEALTH CAKE SEEKING

BELOKOLODOV V.V.

clinical psychologist of Association of organizations «Bekhterev». 197371, St. Petersburg, Koroleva, 48-5. Tel.: (812) 744-72-72; e-mail: bechtereve@bk.ru; postgraduate student of Department of Clinical psychology help, Federal State Budgetary Institution of Higer Professional Education «Russian State Pedagogical University. Herzen». Russia, 191186, St. Petersburg, Moika Embankment, 48

The article contains consideration of motivational aspects in the treatment of drug addicts at the initial stage of treatment. Efficiency of drug abuse treatment is determined by motivation of a patient to the recovery. During the organizing of procedures for the increasing of the treatment motivation level and refusal to use psychoactive substances, it's necessary to take into account the stages of patient's readiness to the change of his behavior and the stages of undergoing of personal and emotional reaction to the psychotherapeutic effect in hospital. Interaction based on confidential relations between doctor, patient, patient's relatives (significant persons), psychologists, information awareness about the treatment stages and difficulties, conscious participation in treatment of patient himself and his immediate environment, increase responsibility of the sides for the result of treatment and contribute to the steady remission forming.

Key words: treatment motivation, drug addiction, compliance, concordance, psychotherapy of dependencies