



**ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ**  
*Управление по наркотикам и преступности*

# **КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ТЕРАПИИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

**РУКОВОДСТВО  
ПО ПРОВЕДЕНИЮ ТРЕНИНГОВ**



**КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА  
В ТЕРАПИИ ЗАВИСИМОСТИ  
ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

**РУКОВОДСТВО  
ПО ПРОВЕДЕНИЮ ТРЕНИНГОВ**

Автор: Вим Буизман, международный консультант  
При участии: Эроена Оттена, Владимира Ялтонского, Наталии Сироты  
Переводчики: Денис Подручный и Наталия Алешина  
Редактор: Ольга Сафуанова

#### **Аннотация**

Данное руководство является частью комплекта материалов по применению техник когнитивно-поведенческой терапии при лечении зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), разработанных и адаптированных для Российской Федерации. Разработка материалов осуществлена при поддержке:

- Министерства международного развития Великобритании (DFID) и Шведского агентства по международному развитию (SIDA) в рамках проекта ЮНЭЙДС «Координация в действии: применение «трех ключевых принципов» эффективного противодействия ВИЧ/СПИДу в Российской Федерации».
- УНП ООН в рамках проекта TDRUSF77 «Развитие и укрепление служб и организаций, занимающихся профилактикой ВИЧ и лечением наркомании в Беларуси, Молдове, Российской Федерации и Украине».

Содержание настоящего издания отражает точку зрения авторов и может не всегда полностью совпадать с официальной позицией УНП ООН.

Дизайн, верстка, печать – Дизайн-проект «Самолет»  
Тираж – 500 экз.

Москва, Российская Федерация  
© УНП ООН  
2007

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>1. ВВЕДЕНИЕ</b> .....	<b>4</b>
1.1. Тренинг по когнитивно-поведенческим вмешательствам при лечении зависимости от ПАВ .....	4
1.2. Требования к тренерам и участникам тренинга .....	4
1.3. О руководстве .....	5
1.4. Основные понятия .....	5
<b>2. РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТОВ В ЛЕЧЕНИИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ</b> .....	<b>6</b>
2.1. Отношение к пациентам, употребляющим ПАВ .....	6
2.2. Профессиональная позиция специалистов, работающих с наркозависимыми пациентами .....	7
<b>3. ЗНАНИЯ И НАВЫКИ, НЕОБХОДИМЫЕ СПЕЦИАЛИСТАМ ПО КПВ</b> .....	<b>9</b>
3.1. Основные знания и навыки .....	9
3.2. Навыки когнитивно-поведенческих вмешательств .....	9
Навыки консультирования .....	9
Навыки работы с сопротивлением .....	9
Навыки сбора информации и оценки .....	9
Стратегии мотивирования .....	10
Навыки объяснения и обучения .....	10
Навыки практической подготовки и инструктирования .....	10
<b>4. ОБУЧЕНИЕ</b> .....	<b>12</b>
4.1. Обучение, практическая подготовка и образование .....	12
4.2. Правила и принципы качественного обучения .....	12
<b>5. УПРАЖНЕНИЯ</b> .....	<b>16</b>
Упражнение 1. Навыки позитивного общения с пациентами .....	17
Упражнение 2. Предложение обратной связи и совета .....	18
Упражнение 3. Краткосрочные вмешательства .....	19
Упражнение 4. Навыки предложения пациенту других видов лечения .....	20
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ</b> .....	<b>21</b>
Приложение 1. Программа тренинга по когнитивно-поведенческим вмешательствам ..	22
Приложение 2. Дополнительные материалы на CD .....	30
Приложение 2.1. Раздаточные материалы .....	31
Приложение 2.2. Протокол оценки Jellinek .....	38
Приложение 2.3. Когнитивно-поведенческие вмешательства (КПВ) .....	49
Приложение 2.4. Применение техник КПВ: ССВО/SWOT-анализ .....	51
Приложение 2.5. Примеры высказываний и вопросов для мотивационного интервью ..	52
Приложение 2.6. Краткий перечень симптомов .....	57

## I. ВВЕДЕНИЕ

### 1.1. Тренинг по когнитивно-поведенческим вмешательствам при лечении зависимости от ПАВ

Руководство представляет собой методическое пособие по проведению тренингов, целью которых является передача информации, создание у специалистов соответствующего отношения к лечению пациентов и клиентов, а также обучение навыкам применения когнитивно-поведенческих вмешательств (КПВ).

Оно предназначено для практикующих тренеров и преподавателей медицинских учебных заведений, факультетов психологии и социальной работы и т. д., которые будут обучать специалистов в области лечения и реабилитации лиц, зависимых от психоактивных веществ, теории, принципам и методам КПВ.

Мероприятия в рамках тренинга направлены на решение двух основных задач:

- повышение уровня знаний специалистов, незнакомых или малознакомых с когнитивно-поведенческим подходом к лечению зависимости;
- развитие навыков КПВ у специалистов, работающих с наркозависимыми людьми, в ходе практической подготовки (через получения личного опыта работы в рамках тренинга).

Тренинг подразумевает не только приобретение и углубление знаний фактического материала, он также направлен на обучение навыкам работы в клинических ситуациях, изменение профессиональных установок по отношению к пациентам, расширение представлений о биологических, психологических и социальных аспектах проблемы употребления алкоголя и других психоактивных веществ. Кроме того, он нацелен на развитие способности критически мыслить и оценивать свою профессиональную деятельность.

При проведении тренинга тренер должен не только рассказывать о мотивационном интервьюировании и КПВ и осуществлять тренировку навыков, но и непосредственно использовать эти приемы в работе с участниками.

### 1.2. Требования к тренерам и участникам тренинга

Тренинги по КПВ могут проводить специалисты с соответствующим опытом и образованием в области медицины (психиатрии, наркологии), клинической психологии, педагогики, медсестринского дела и социальной работы. Важно, чтобы они прошли соответствующую подготовку и владели принципами и методами когнитивно-поведенческих воздействий как в теории, так и на практике, а также имели возможность применять КПВ в своей повседневной работе с клиентами в рамках тренинга (по крайней мере, 5 дней). Желательно, чтобы тренеры совмещали преподавательскую деятельность с лечебной практикой (работой с клиентами, страдающими от зависимости наркотической или алкогольной).

Потенциальные участники тренинга должны иметь подготовку в области психологии, медицины, социальной работы или медсестринского дела на уровне выпускника специального учебного заведения и работать с клиентами, имеющими зависимость любого рода (не находящимися на лечении, проходящими амбулаторное лечение или получающими помощь в рамках социально ориентированных программ).

### 1.3. О руководстве

Это руководство является частью комплекта материалов по КПВ, включающего в себя три компонента: пособие по теории и методике КПВ; справочник для пациентов с советами, упражнениями по мониторингу и самоконтролю, а также данное пособие по проведению тренингов.

Руководство содержит следующие разделы:

- Введение
- Роль специалистов в лечении зависимости
- Знания и навыки, необходимые специалистам по КПВ
- Принципы качественного обучения и подготовки
- Обучающие упражнения и анализ случаев заболевания
- Приложения: программа тренинга по КПВ, раздаточные материалы и презентации в PowerPoint

### 1.4. Основные понятия

**Когнитивно-поведенческие вмешательства (терапия)** — это комплекс методик, которые применяют для изменения поведения, связанного с потреблением психоактивных веществ. Они включают в себя мотивационное интервью, самоконтроль, управление образом жизни и методы предупреждения рецидивов. Применение данного комплекса методик подразумевает, что изменение поведения проходит через последовательные этапы: предварительный анализ собственного поведения – действия – решение – поддержание изменений и предупреждение рецидивов.

**Протокол КПВ.** Базовый протокол применения КПВ при лечении (структурированный подход к введению пациента) включает четыре фазы или этапа:

**А) Оценка** и выбор клиентов/пациентов для лечения методами КПВ (с использованием балльной шкалы оценки степени тяжести зависимости, например: шкала ASI, которая помогает оценить также наличие сочетанных заболеваний и степень социальной интеграции).

**Б) Мотивирование** пациентов для изменения поведения и усиление мотивации.

**В) Управление** изменением (управление поведением).

**Г) Предупреждение** рецидивов.

**Д) Поддержание** изменений в поведении.

**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. (Миллер и Ролник 1995, Миллер 1996; Ролник 2002).

## 2. РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТОВ В ЛЕЧЕНИИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ

Расстройства, связанные с употреблением ПАВ, могут рассматриваться как хронические и зачастую рецидивирующие, но отнюдь не как **неизлечимые**. И чем раньше выявляется расстройство, тем более благоприятным будет прогноз.

Существует множество данных, что лечение таких расстройств может быть успешным при условии, что специалисты занимают верную профессиональную позицию, грамотно применяют навыки и осуществляют вмешательства, которые подготавливают пациента к изменениям.

Эта глава в основном посвящена роли специалистов в лечении зависимости.

### 2.1. Отношение к пациентам, употребляющим ПАВ

В обществе распространено негативное отношение к людям, испытывающим серьезные проблемы с употреблением алкоголя и наркотиков. «Алкоголики» и «наркоманы» не только нарушают общественный порядок и причиняют неудобство окружающим, они считаются неизлечимо больными, слабохарактерными, бедными, преступниками, отбросами общества. В общем и целом, злоупотребляющие ПАВ не вызывают у нас положительных эмоций. В некоторых странах такое неприятие проявляется сильнее, чем в других, и негативное отношение к больным наркоманией обычно более выражено, чем к людям, испытывающим проблемы с алкоголем.

Несмотря на то что не все специалисты, работающие с зависимыми, верят в благоприятный исход лечения, существуют веские доказательства, что успешное лечение зависимости вполне возможно и приводит к значительному снижению уровня смертности, заболеваемости и снижению расходов на здравоохранение.

Эффективность лечения зависимости широко изучалась во всем мире. После интенсивного курса лечения от алкогольной зависимости от 45 до 60 процентов пациентов не употребляют алкоголь в течение года, а если они продолжают участвовать в реабилитационных программах, то этот уровень повышается. (W.R.Miller et al, 2005. "Evidence based treatment: why, what, where, when and how of Substance Abuse Treatment, 29, 267–276). Таким образом, избавление от зависимости — вполне реалистичная цель. Тем не менее многим пациентам требуется несколько раз пройти лечение, прежде чем они откажутся от употребления на долгое время, при этом нередко случаются рецидивы.

Однако если рассматривать зависимость как хроническое состояние, сходное с диабетом или ревматизмом, то рецидивы неизбежны, они являются неотъемлемой частью опыта пациента, а не только следствием неудачного лечения.

Исследования экономической эффективности лечения зависимости неизменно показывают, что финансовые выгоды, получаемые пациентом за год отказа от употребления ПАВ, намного превосходят затраты на лечение; и это не считая других преимуществ, в частности, очевидной пользы, что отпадает необходимость в лечении соматических заболеваний, к которым непременно приводит постоянное употребление ПАВ.

## 2.2. Профессиональная позиция специалистов, работающих с наркозависимыми пациентами

Специалисты, работающие с зависимыми пациентами, являются частью общества и обычно придерживаются распространенных в этом обществе идей и взглядов. Исследования показали, что в целом они разделяют общественные нормы и ценности, что, в свою очередь, влияет на их установку по отношению к пациентам с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков и алкоголя. Установка может определяться буквально как совокупность норм, ценностей, взглядов, идей и чувств, относящихся к какому-нибудь объекту или событию. Предполагается, что установка влияет на реакцию людей на эти объекты и события.

Большое значение имеет отношение специалиста (врача, психолога, нарколога) к собственному опыту употребления алкоголя (и других ПАВ).

Например, врачу, выпивающему определенное количество алкоголя в день, будет сложно воспринимать и интерпретировать подобное поведение своего пациента как серьезную проблему. Согласно исследованиям, среди практикующих врачей количество употребляющих ПАВ примерно такое же, как и среди остального населения. Около шести процентов врачей являются зависимыми от алкоголя, у многих из них развиваются различные сопутствующие расстройства.

Под маской спокойного и уверенного в себе профессионала может скрываться человек с эмоциональными проблемами, возникающими из-за того, что ему приходится почти ежедневно сталкиваться со смертью, болезнью и личными трагедиями пациентов. Лишь немногие специалисты имеют соответствующую подготовку и знания, позволяющие им успешно справляться со стрессовыми ситуациями. Употребление алкоголя и наркотиков, зачастую в качестве самолечения, может превратиться в нездоровую стратегию совладания с ситуацией, что отрицательно сказывается на профессиональной деятельности.

Установки влияют не только на поведение, но и на восприятие человека, действуя в качестве избирательного фильтра.

Широко известно и научно доказано, что в медицинской практике врачей, клинических психологов и других специалистов расстройства, связанные с употреблением ПАВ, часто не распознаются. И это несмотря на то, что врачи должны не только предоставлять лечение людям, испытывающим проблемы с употреблением наркотиков и алкоголя, но также выступать в качестве основных и наиболее важных посредников при обращении в специализированные лечебные учреждения.

Готовность или способность врача, психолога (а также любого другого специалиста) распознавать проблемы, связанные с употреблением алкоголя и других ПАВ, может быть ослаблена как внутренними, так и внешними факторами.

**Индивидуальные** факторы — характеристики каждого отдельного врача, такие как уровень знаний, навыки, установки, убеждения, ожидания. Теоретически эти характеристики могут изменяться или приобретаться в ходе обучения и профессиональной практической подготовки.

К **внешним** факторам относятся те условия, в которых врач работает, сюда входят сложившиеся стереотипы работы с зависимыми пациентами, недостаточная финансовая компенсация, отсутствие стандартизации процесса лечения и контроля его качества.



Итак, можно прогнозировать, что отдельные врачи будут испытывать трудности с выявлением проблем зависимости от ПАВ у своих пациентов. Существуют данные, свидетельствующие о том, что отношение врачей к таким пациентам часто бывает амбивалентным или даже неприязненным. Как заметил один известный исследователь в области медицины, «некоторые терапевты с опаской и нежеланием берутся за лечение, потому что существует определенное представление о лицах, попавших в зависимость от наркотиков и алкоголя: на них уходит много времени, с ними трудно работать, и по большому счету они неизлечимы».

Да, действительно, проблемы зависимости — сложные, многоаспектные, их появление обусловлено как медицинскими, так и социальными, и психологическими факторами. В большинстве случаев простое медикаментозное лечение пациентов с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, не приносит результатов. Лечение должно быть комплексным: наряду с медицинским вмешательством необходимы также психологические и социальные меры. Такое **биопсихологическое** понимание зависимости от ПАВ привело к отказу от многих распространенных ранее «черно-белых» концепций.

Однозначное представление о болезни — «либо она у вас есть, либо нет» — уступило место подходам, исследующим **континуум степени тяжести** проблем употребления ПАВ и зависимости. На смену концепции «все или ничего» приходит представление, согласно которому выздоровление — это ряд последовательных шагов в правильном направлении.

## 3. ЗНАНИЯ И НАВЫКИ, НЕОБХОДИМЫЕ СПЕЦИАЛИСТАМ ПО КПВ

### 3.1. Основные знания и навыки

Прежде чем говорить о том, как следует обучать специалистов и проводить тренинги, чрезвычайно важно определить цели обучения и практической подготовки. Методам и принципам обучения будет посвящена следующая глава, здесь же мы вкратце рассмотрим основное содержание обучения — знания, установки и навыки.

В современной медицине и психологии сложилось мнение, что все специалисты в области наркологии должны владеть тремя уровнями знаний и навыков:

1) Они должны обладать знаниями:

- о причинах зависимости и поведении зависимых;
- об основных подходах к лечению аддитивного поведения и их эффективности;
- о ПАВ, их фармакологии и токсикологии;
- о психопатологии и медикаментозном лечении;
- о том, как работать с зависимыми пациентами;
- о том, как оценивать степень зависимости;
- о порядке направления на специализированное лечение и о соответствующих социальных службах.

2) Уметь применять и проводить обоснованные психосоциальные вмешательства:

- мотивационные интервью;
- тренинги образа жизни;
- профилактику рецидивов и действия в случае рецидива.

3) Уметь комплексно применять имеющиеся навыки и знания: в ходе ведения пациента работать с протоколами, а также вырабатывать критическое, основанное на доказательствах, отношение к процессу лечения.

### 3.2 Навыки когнитивно-поведенческих вмешательств

Что касается овладения специальными навыками в области КПВ, можно выделить ряд различных областей знаний.

- Навыки консультирования
- Навыки работы с сопротивлением

- Навыки сбора информации и оценки (включая стадию готовности к изменениям)
- Навыки мотивирования клиентов с отсутствием мотивации
- Навыки объяснения и обучения
- Навыки практической подготовки и инструктирования

Приведенные ниже навыки и умения необходимы для медицинских работников и специалистов, практикующих КПВ. В *приложении 2* «Насколько хорошо вы владеете техниками КПВ?» приведен список навыков, по которому должна проводиться оценка компетентности участника тренинга. Его следует заполнять перед тренингом (предварительное тестирование), а затем во время и/или после проведения тренинга (повторное тестирование). Это обеспечит обратную связь каждому участнику тренинга, а также тренеру и позволит оценить результаты тренинга.

### Навыки консультирования

Специалист по КПВ должен уметь:

- задавать открытые вопросы;
- использовать приемы отражения/отзеркаливания;
- подводить итоги, резюмировать;
- проявлять эмпатию, владеть навыками рефлексивного слушания.

### Навыки работы с сопротивлением

Специалист по КПВ должен уметь:

- позитивно и дружелюбно общаться с клиентом;
- избегать возникновения сопротивления;
- определять наличие сопротивления;
- обсуждать сопротивление;
- устранять сопротивление.

### Навыки сбора информации и оценки

Специалист по КПВ должен уметь:

- собирать информацию;
- проводить функциональный анализ (анализ ситуаций, связанных с риском употребления ПАВ);

- определять наличие сопутствующих заболеваний;
- определять конкретную стадию изменений;
- принимать клинические решения.

### Стратегии мотивирования

Специалист по КПВ должен уметь:

- усиливать у пациента ощущение несоответствия между действительной и желаемой ситуацией;
- выявлять и усиливать амбивалентное отношение к употреблению ПАВ;
- способствовать осознанию взаимосвязи между употреблением ПАВ, в том числе алкоголя, и возникающими проблемами;
- достигать договоренности о целях лечения.

### Навыки объяснения и обучения

Специалист по КПВ должен уметь:

- объяснять и ставить Конкретные, Измеримые, Приемлемые для клиента, Реалистичные, Структурированные во времени цели (КИПРС);
- разъяснять клиенту суть КПВ;
- информировать об эффекте (последствиях) нарушения трезвости, о понятиях срыва и рецидива;
- научить выполнять домашние задания и правильно вести себя в ситуациях, сопряженных с высоким риском употребления ПАВ.

### Навыки практической подготовки и инструктирования

Специалист по КПВ должен уметь:

- применять техники самонаблюдения и самоконтроля;
- вырабатывать план действий в критических ситуациях;
- действовать в случае рецидива;
- обучать навыкам отказа от употребления ПАВ и контролю над ситуациями, провоцирующими влечение к ПАВ («контролю стимулов»).

## 4. ОБУЧЕНИЕ

*Когда я слышу — забываю,  
Когда я вижу — запоминаю,  
Когда я делаю — понимаю.*  
**Конфуций**

### 4.1 Обучение, практическая подготовка и образование

В этой главе описаны основные принципы обучения. Начнем с объяснения терминов «обучение», «практическая подготовка (тренинг)» и «образование».

Довольно часто то, что называется обучением, находится где-то в пределах континуума, ограниченного подготовкой и образованием.

**Практическая подготовка (тренинг)** означает анализ фактов и обучение навыкам практической работы. Подготовка ориентирована на результат.

**Образование** — это критический анализ теорий, понятий и установок, стоящих за фактами. Образование ориентировано на процесс.

**Обучение** — это динамический баланс между практической подготовкой и образованием. В одних случаях оно больше ориентировано на процесс (образование) — например, при анализе отношения медицинских работников к пациентам. В других — больше нацелено на результат (практическую подготовку) — например, при отработке навыков работы с сопротивлением или создания амбивалентного отношения.

### 4.2. Правила и принципы качественного обучения

Основная задача тренеров по КПВ — помочь участникам тренинга научиться позитивно относиться к себе, почувствовать уверенность в своих силах, в своих знаниях и умениях.

В процессе обучения должна быть создана атмосфера сотрудничества между участниками тренинга (а не соперничества).

Обучение должно быть ориентировано на предоставление участникам тренинга знаний и навыков, которые они смогут применять в работе на местах, будь то социально ориентированная программа, амбулаторное или стационарное лечение.

Как уже отмечалось выше, мы будем использовать термин «обучение» в качестве понятия, включающего в себя элементы как практической подготовки, так и образования.

Обучение должно основываться на базовых принципах межличностной коммуникации. Принципы обучения универсальны и работают как в рамках занятия в классе, так и во время тренинга на рабочем месте.

## Опора на ресурсы участников тренинга

Участники тренинга обязательно привнесут в процесс обучения собственные ресурсы — свой опыт, интуицию, знания, характер и т. п., даже если они незнакомы с когнитивно-поведенческой терапией (КПТ).

Составление точных представлений о ресурсах участников, оценка их возможностей и потребностей — чрезвычайно важный шаг в процессе обучения. Для определения базовых знаний и опыта учащихся можно, например, использовать опросник «Насколько хорошо вы владеете техниками КПВ?» (см. приложение 2).

## Соответствие учебных материалов уровню подготовки и запросам участников (целесообразность/уместность)

Методы и содержание обучения, цели тренинга, разборы конкретных случаев заболевания и другие материалы должны соответствовать потребностям и уровню подготовки участников. Если тренеру не удастся подобрать подходящие материалы, участники могут легко утратить мотивацию.

Раздаточные материалы, упражнения, литература должны соответствовать представленным тренером и обсуждаемым темам занятий.

Если темой тренинга является совладание с сопротивлением, необходимо предоставить обучающимся соответствующие примеры и упражнения.

Тренеры должны использовать понятные и близкие участникам описания, примеры или иллюстрации (если участники тренинга занимаются главным образом амбулаторной помощью, использовать примеры из области амбулаторного, а не стационарного лечения).

## Мотивирование участников

Важно, чтобы участники тренинга хотели учиться, поэтому их нужно мотивировать. Опыт ведения тренингов свидетельствует о том, что если участники в достаточной степени мотивированы, настроены на получение знаний, они обучаются весьма успешно, а тренеру гораздо легче вести занятия. Обучение начинается с того момента, когда у участников создана мотивация.

Чтобы создать или повысить учебную мотивацию в группе, тренеру следует:

- Подчеркивать, что знания и умения, полученные на тренинге, будут полезны в повседневной практике.
- Начинать обучение с уже известной информации и только потом переходить к новой (от знакомого материала к незнакомому).
- Создать на тренинге атмосферу безопасности, поддержки и взаимного уважения, располагающую членов группы к взаимодействию и активному участию в процессе обучения.
- Давать четкие, ясные инструкции к упражнениям и при распределении ролей между участниками.

- Обеспечивать участникам конструктивную обратную связь о выполнении упражнений и о ходе процесса обучения.
- Отмечать успехи участников тренинга.
- Кроме того, мотивированию участников, особенно в начале тренинга, способствует оценка процесса обучения в конце каждого занятия: как эмоциональная (насколько работа принесла удовлетворение), так и содержательная (подведение итогов).

### **Интерактивное взаимодействие и обратная связь**

Процесс обучения и подготовки предполагает активное взаимодействие с участниками, а не воздействие на них (уговоры, критику, принуждение). Любая форма работы должна быть интерактивной, проходить во взаимодействии с участниками: презентация – проверка (вопросы) – оценка (обратная связь) – обсуждение (утверждения, мнения).

Планируйте занятие так, чтобы хватило времени на все четыре этапа работы, и в самом начале встречи расскажите участникам о структуре занятия.

Обратная связь (обмен информацией), необходима как ведущему, так и участникам. Тренеру нужно знать, понимают ли участники, о чем идет речь на занятии, успевают ли воспринимать материал, а участникам тренинга важно понимать, насколько успешно они продвигаются, каковы результаты их работы.

Подкрепление также является частью обратной связи. Если мы поощряем учащихся, даем им положительное подкрепление за правильно выполненное задание, вероятность того, что они овладеют материалом, существенно повышается.

### **Обучение через формирование личного опыта**

Люди лучше всего учатся на собственном опыте, в действии, поэтому в план учебных мероприятий должны быть включены упражнения, ролевые игры, работа в малых группах и анализ конкретных случаев заболевания. Передача информации важна, однако она должна быть сведена к минимуму. Важнее то, что люди делают с получаемой информацией. Например, при выполнении упражнения можно выделить следующие этапы: «получение опыта» (ролевая игра в задании по мотивированию пациентов), «критический пересмотр опыта» (например, роль врача, который мотивирует пациентов) и «подведение итогов на основе опыта» (что-то прошло хорошо, над чем-то еще нужно поработать). В результате практической отработки навыков с последующим анализом полученного опыта участники тренинга станут значительно более компетентными, хорошо владеющими навыками проведения тренингов по КПВ.

### **Мультимодальность обучения**

Эффективное обучение основано на мультимодальности — использовании различных каналов поступления информации. Рассказывая обучающимся о сопротивлении у пациентов, мы не можем быть до конца уверены в том, что они запомнят материал. Если показать, что представляет собой сопротивление (в психическом и поведенческом плане), появляется вероятность того, что участники тренинга запомнят информацию. Если дать им соответствующее

задание, позволить самим опытными путем разобраться, как взаимодействуют врач и пациент в работе над сопротивлением, тогда информация точно будет усвоена.

Другой важный аспект эффективного обучения касается нового материала. Во-первых, в конце каждого занятия тренеру необходимо резюмировать пройденный материал и вновь обратить внимание участников на главные темы и идеи. Во-вторых, те вопросы, которые только что обсуждались и еще свежи в памяти участников семинара, должны закрепляться, поэтому тренерам следует отводить время на повторение пройденного материала в рамках презентаций.

## Оценка

Оценка учебного мероприятия очень важна. Благодаря ей у тренеров и участников тренинга появляется необходимая информация и возможность подумать над содержанием курса и учебного процесса, а также прокомментировать их. Более того, оценка дает возможность проследить, насколько полезным оказался тренинг на практике, в непосредственной работе участников (это также можно определить, организовав для группы несколько месяцев спустя дополнительные встречи).

Существуют два основных типа оценки:

- Оценка процесса — психологических и социальных аспектов тренинга (атмосферы, взаимодействия тренеров с участниками и участников между собой, групповой работы, обратной связи, руководства и т. д.);
- Оценка результатов, содержательная оценка, подведение итогов — удалось ли достичь поставленных целей, добиться позитивных изменений в практической деятельности участников, в применении техник КПТ и т. д.

Ниже приведен пример оценочного листа с вопросами для обратной связи. Можно просить участников тренинга отвечать на них после каждого занятия:

1. Что в тренинге понравилось больше всего?
2. Что понравилось меньше всего?
3. Что из изученного, с вашей точки зрения, будет наиболее полезно в практической деятельности?
4. Что вы думаете об организации тренинга?
5. Какие темы и вопросы должны быть включены в следующие тренинги?
6. Ваши комментарии и замечания.



## 5. УПРАЖНЕНИЯ

В этой главе представлено несколько упражнений, которые помогут участникам освоить базовые для практики КПВ коммуникативные навыки.

Упражнения могут быть выполнены на примере конкретных ситуаций, описанных ниже (Татьяны П. – пациентки с наркотической зависимостью и Сергея И. – пациента с зависимостью от алкоголя).

После выполнения упражнений, участники тренинга должны научиться:

- Доброжелательно и уверенно давать обратную связь и совет. Это поможет снизить сопротивление клиентов.
- Составлять план вмешательства на несколько этапов.
- При необходимости выдавать направление в специализированное лечебное учреждение.

### **Описание случая 1: Татьяна П.**

*Татьяна П., 27 лет, без специального образования, работает барменшей. У нее практически нет друзей. Ее семья проживает в Московской области, сама она живет в старой квартире в центре Ярославля. В баре, где она работает, незаконная продажа наркотиков (в основном опиатов/героина) – обычное дело.*

*Сергей – один из наркоторговцев (сам употребляющий наркотики) – часто заходит в бар. Он знакомится с Татьяной. Как-то вечером он предлагает ей попробовать героин. Он показывает, как употреблять наркотик, делая себе укол, и затем предлагает ей последовать его примеру. Татьяна считает Сергея хорошим другом, доверяет ему и делает себе укол. Они постоянно встречаются и почти каждый раз при встрече употребляют героин. Спустя некоторое время у Татьяны появляется сильная тяга к наркотику. Тогда Сергей говорит ей, что ему нужны деньги, чтобы покупать героин для них обоих. Татьяна объясняет, что у нее не хватит денег на покупку ежедневной дозы: ее зарплаты для этого недостаточно. Он предлагает ей взять деньги из кассы бара. Она не в восторге от этого предложения, однако не видит другого способа достать деньги на наркотики. Несколько недель спустя, владелец бара – начальник Татьяны – вернувшийся из отпуска, просит ее объяснить, почему продажи в баре упали. Она решает прекратить брать деньги из кассы и сообщает об этом Сергею. Он говорит, что в этом случае больше героина она не получит. К тому же он угрожает бросить ее. На следующий день он заставляет ее выйти на улицу и заработать денег, предоставив сексуальные услуги.*

*Татьяна чувствует себя неловко, идея заняться проституцией ее пугает. Недалеко от бара она видела мобильный пункт, где социальные работники общаются с наркоманами и проститутками.*

*Татьяна решает подойти к социальному работнику (женщине) и обратиться к ней за помощью.*

### **Описание случая 2: Сергей И.**

*Сергею И. 45 лет. Он родился и вырос в рабочем районе Оренбурга. Еще до окончания школы он и его друзья ходили по барам. Со временем ближайшая пивная стала казаться ему центром вселен-*

ной. Всю свою жизнь он проработал неквалифицированным рабочим, брался за любую работу, о которой узнавал от знакомых и приятелей по пивной. Там же он часто знакомился с женщинами, приводил их к себе домой и, будучи в состоянии алкогольного опьянения, вступал с ними в половую связь.

Поначалу он мог «попить пивка, как все», и выпивал до десяти кружек пива в день, что никак не отражалось на его повседневной жизни. За шесть лет до начала лечения он стал замечать, что у него немного дрожат руки, из-за этого по утрам, примерно в 11 часов, выпивал еще несколько кружек. После этого руки трястись переставали, и он чувствовал себя гораздо лучше. За несколько лет количество ежедневно выпиваемого пива увеличилось до десяти-пятнадцати кружек, хотя он никогда не употреблял другие алкогольные напитки. На приеме у врача Сергей вспомнил период жизни (около 6 лет назад), когда из человека, который «пил пиво время от времени, как все», он превратился в «плохого человека» – таким он считает себя сейчас. В то же время симптомы абстиненции стали проявляться гораздо сильнее.

В течение трех лет абстинентные симптомы наблюдались каждое утро: он плохо себя чувствовал, его тошнило. Подобное состояние его очень беспокоило.

«Если я оставался лежать в постели, то все было в порядке, но стоило мне встать – тут же приходилось бежать в туалет. Меня сильно рвало, будто наизнанку выворачивало». Испугавшись, что у него язва, Сергей пришел на прием к участковому врачу, который направил его на амбулаторное лечение. Анализы не подтвердили явной патологии.

По ночам он сильно потел. По рекомендации врача на заводе, на котором он в то время работал, ему сделали рентген, чтобы проверить легкие. Под предлогом поиска работы через знакомых из пивной, он в конце концов стал пропадать там целыми днями. Зарабатывал все меньше, на ежедневную норму пива уже не хватало. Чтобы купить пиво, он начал выносить из дома и продавать вещи. В этот период отношения с семьей совсем испортились, ссоры стали постоянными, и вместо возможного источника поддержки, семья стала главной причиной стресса.

Однажды ночью он упал с лестницы и сломал ногу, так он попал в ортопедическое отделение больницы скорой медицинской помощи. На второй день пребывания в больнице у него начали проявляться абстинентные симптомы: дрожание, потливость, небольшой жар и некоторая спутанность сознания. Психиатр, осмотревший Сергея, дал ему препарат, облегчающий абстиненцию.

Хотя во время первого интервью он и отрицал масштаб потребления алкоголя, в течение следующих нескольких дней он и сам заметил разницу между теми днями, когда он «пил, но не чувствовал необходимости пить» и последним периодом, когда ему «приходилось пить, чтобы не тошнило».

## УПРАЖНЕНИЕ 1. Навыки позитивного общения с пациентами

### Цели

- освоить коммуникативные навыки, эффективные в разговоре с клиентами, потребляющими ПАВ
- узнать как о конструктивных, так и о непродуктивных способах коммуникации с потребителями ПАВ

### Примечание для тренеров

Это упражнение основано на теории и понятии мотивационного интервьюирования и помогает участникам осознать роль специалистов в усилении мотивации пациента. «Позитивные способы коммуникации», как они на-

званы в упражнении, — открытые вопросы, рефлексивное слушание, резюмирование — навыки, необходимые для создания терапевтических отношений, а также обсуждения такого большого вопроса, как употребление наркотиков и алкоголя. Поэтому рекомендуется отрабатывать каждый из этих навыков по отдельности, например, предлагать участникам список открытых и закрытых вопросов с тем, чтобы они научились определять разницу между ними, или упражнение на невербальную коммуникацию для освоения навыка рефлексивного слушания.

### Инструкция

Группа участников тренинга делится на подгруппы по 3–4 человека. Они будут исполнять роли медицинского работника, клиента и наблюдателя (каждый должен побывать во всех ролях). Взяв за пример описанный выше случай, медицинский работник будет разговаривать с пациентом о его истории употребления ПАВ. Во время диалога участник в роли медицинского работника, должен использовать разные способы коммуникации: как конструктивные, так и непродуктивные. Через десять минут участники меняются ролями.

### Обсуждение упражнения

- Как чувствовал себя клиент, когда медицинский работник использовал непродуктивные способы коммуникации?
- Каков был результат применения позитивных способов коммуникации?
- Что отметили наблюдатели (невербальные «послания» клиента, изменения в отношениях «врач—клиент» и т. п.)

### Вопросы и темы для обсуждения в группе

Обсудите в большой группе важность отношения врача к клиенту, испытывающему проблемы с употреблением ПАВ.

Поговорите о том, что может способствовать формированию позитивного отношения врача к клиенту (обратите особое внимание на такие факторы, как опыт успешного лечения, финансовые поощрения, существование налаженной сети учреждений по уходу и лечению), и что может привести к формированию негативного отношения и отторжения (например, повторяемые при лечении ошибки, слишком большое количество пациентов, эмоциональное выгорание, и т. д.).

## УПРАЖНЕНИЕ 2. Предложение обратной связи и совета

Предложение обратной связи и совета — это два типа вмешательств, которые требуют небольших временных затрат. Если вмешательства осуществляет опытный специалист, их положительное влияние очевидно: масштабы употребления и число сопутствующих проблем уменьшается.

### Цель

Отработка навыков применения обратной связи, информирования пациентов о рисках, сопутствующих употреблению ПАВ или алкоголя.

### Инструкция

Группа разбивается на подгруппы по 3–4 человека. Каждый участник подгруппы по очереди исполняет роль врача, клиента или наблюдателя. Взяв в качестве примера описание случая Иванова, врач высказывает свое мнение о результатах тестов, выявляющих степень алкогольной зависимости клиента, основываясь на истории клиента, результатах анкетирования, ферментных пробах и т. д. Затем клиенту дают один из следующих советов: (1) уменьшить употребление, (2) начать консультироваться с врачом или (3) обратиться в специализированную клинику.

Наблюдатели должны зафиксировать динамику в отношениях и рассказать о ней при обсуждении в общей группе.

Через 8–10 минут участники меняются ролями.

### Обсуждения упражнения

- Что отметили наблюдатели? Каковы их замечания и комментарии?
- Как чувствовал(и) себя клиент(ы)?
- С какими трудностями или препятствиями пришлось столкнуться врачу?

### Темы и вопросы для обсуждения в группе

Обсудите характеристики конструктивной обратной связи (обратите особое внимание на следующие параметры: вербальная-невербальная, отношение к клиенту, правдивость). Кроме того, обсудите важность последующих встреч для оценки результатов краткосрочных вмешательств как для клиента (например, поддержание изменений, направление в специализированную клинику в случае безрезультатного лечения), так и для врача.

Поговорите о системе лечения зависимости в регионе и возможности направить пациента в клиники, работающие в настоящее время.

## УПРАЖНЕНИЕ 3. Краткосрочные вмешательства

Существует множество способов осуществления краткосрочных вмешательств: от простого информирования о рисках, связанных с употреблением алкоголя/наркотиков до более комплексных вмешательств, на которые может понадобиться несколько сессий.

Ниже перечислены наиболее эффективные способы вмешательства, снижающие уровень потребления ПАВ до менее опасного для здоровья:

- Осуществление **обратной связи** по результатам клинических и лабораторных данных
- Информирование о негативных последствиях употребления ПАВ
- Формулирование четких и ясных рекомендаций или советов по изменению ситуации
- Предоставление информационных материалов (и, в частности, инструктирование клиента, как вести дневник употребления ПАВ и/или проводить функциональный анализ)
- Проведение достаточно длительной терапии и общение с клиентом по телефону для закрепления результатов
- Оценка проблемы и того влияния, которое она оказывает на жизнь клиента
- Получение обратной связи, о том, насколько клиент понял информацию, предоставленную врачом; прослеживание четкой связи между поведением клиента (и употреблением) и его жалобами (физическими, психическими или социальными)

- Понятная информация и совет по изменению поведения согласно целям и степени мотивированности клиента
- Поддержка: и клиент, и медработник вовлечены в процесс работы над проблемой; они могут устанавливать правила, а также конкретные поведенческие цели и/или вырабатывать альтернативные стратегии
- Последующие мероприятия: оценка успеха; у врача есть возможность подкрепить позитивное поведение и помочь предотвратить рецидивы.

### УПРАЖНЕНИЕ 4. Навыки предложения пациенту других видов лечения

В большинстве случаев проблема компетентного предложения клиенту других видов лечения остается без внимания.

При направлении клиента к другим специалистам должны быть сделаны определенные шаги.

Первый шаг — достижение ясного понимания того, почему врач советует другой тип лечения. Клиент должен в полной мере осознать причины, стоящие за этой рекомендацией. Следующий шаг — осознание самой процедуры направления. Клиент должен четко представлять, как проходит эта процедура, и понимать, что он может контролировать этот процесс.

Эти и другие необходимые действия могут быть отработаны в ролевой игре на основе конкретного случая (например, ситуации, когда Сергею И. предлагают обратиться за лечением в специализированную клинику).

Специалист должен:

- Объяснить клиенту цели направления на другой тип лечения: чего можно ожидать после его окончания; что представляет собой процедура поступления на лечение в специализированную клинику и т. д.
- Проанализировать страхи и/или сопротивление клиента, возникающие в связи с ожиданием возможных проблем («вдруг что-то пойдет не так»). Это даст возможность изменить неверные или нереалистичные представления клиента и избавить его от беспочвенных волнений.
- Оценить знания клиента о том, как следовать советам по направлению. Это еще один хороший способ изучить сопротивление, мысли и чувства клиента
- По возможности предоставлять материалы, содержащие конкретную информацию: контактное лицо, страхование здоровья, детальное описание программы лечения и т. д.
- Продумать последующие мероприятия: важно, чтобы врач сообщил клиенту, каким образом он собирается участвовать в процессе лечения, и заверил его в том, что тот всегда может обратиться к нему за помощью.

Рассмотрите случай Татьяны П. и разработайте мотивационную стратегию для направления в специализированное лечебное учреждение.

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

Программа тренинга по когнитивно-поведенческим вмешательствам\*

День 1

Тема	Содержание	Формы работы	Дополнительные материалы на CD
Введение	Знакомство между участниками тренинга; краткое представление методов обучения, задач тренинга и роли КПВ в лечении зависимости от ПАВ. Результаты исследований эффективности применения КПВ.	Презентация, дискуссия; работа в малых группах по обсуждению роли КПВ в лечении зависимости от ПАВ.	
Теоретические вопросы по КПВ	Модели в области зависимости: медицинская и биопсихосоциальная модели, модель мотивации.	Презентация, дискуссия, демонстрация мотивационного интервьюирования; практическое упражнение на тему персональной дилеммы (в малых группах из трех участников).	

День 2

Тема	Содержание	Формы работы	Дополнительные материалы на CD
Мотивационное интервью: концепция	Что такое мотивация? Определение мотивации: внутренняя – внешняя стабильная – динамичная; этапы перемен, баланс «за» и «против».	Дискуссия в парах (10 мин) и презентация.	Презентация № 1 Практические упражнения №1 и № 2
Мотивационное интервью: определение	Философия, принципы, стратегия, техники и вмешательства.	Презентация, работа в малых группах, практические упражнения по оценке стадии изменений. Презентация и практические упражнения.	Презентация № 2 Практические упражнения № 3, № 4

\* Составлена на основе программы тренинга для тренеров, который проводился в Санкт-Петербурге в 2006 г.

День 3

Тема	Содержание	Формы работы	Дополнительные материалы на CD
Работа с сопротивлением	Сопротивление и мотивация; выявление источников сопротивления; избегание сопротивления; осознание сопротивления.	Дискуссия в парах и группах; практические упражнения.	Практические упражнения № 5, № 6
Выбор вмешательства в соответствии со стадией	Стратегия выбора конкретного вмешательства в соответствии с нуждами клиента.	Презентация, дискуссия, ролевая игра, практическое упражнение.	Презентация № 3

День 4

Тема	Содержание	Формы работы	Дополнительные материалы на CD
На пути к стадии действия	Постановка цели и разработка лечебного плана (КИПРС/ SMART); обзор процесса лечения и модель изменения поведения.	Презентация; практические упражнения.	Презентация № 2
Предотвращение рецидивов	Понятие рецидива.	Дискуссия, практические упражнения.	Презентация № 3

Если тренинг состоит из нескольких циклов занятий, между которыми предусмотрены перерывы (до 1 месяца), то на это время можно задать участникам домашнее задание по отработке техник мотивации и сопротивления



**День 5**

Тема	Содержание	Формы работы	Дополнительные материалы на CD
Оценка использования КПВ в практической работе	Обзор следующего цикла занятий (2 дня); презентации домашнего задания и отчетов; обсуждение с тренерами и участниками (обратная связь).	Дискуссия и презентации участников тренинга.	

**День 6**

Тема	Содержание	Формы работы	Дополнительные материалы на CD
Введение в концепцию «Тренинга образа жизни»	Теоретические основы концепции; модели различных сессий «Тренинга образа жизни» (4–12 сессий, групповая и индивидуальная модели).	Презентация, дискуссия, практические упражнения.	
Тренинг образа жизни	Выполнение упражнений по отдельным разделам: дневник, лист баланса, совладание с влечением/тягой, составление плана неотложных действий.	Презентация, дискуссия, практические упражнения.	

Если между циклами тренинга есть перерывы (до 1 месяца), то на этот период участникам можно задать домашнее задание по отработке с клиентами техник «Тренинга образа жизни».

День 7

Тема	Содержание	Формы работы	Дополнительные материалы на CD
Обсуждение домашнего задания	Обсуждение результатов практического применения участниками методик по профилактике рецидива (срыв-рецидив, эффект нарушения трезвости и т.д.) на примере конкретных клиентов; изучение ситуаций, сопряженных с повышенным риском, обучение копинг-навыкам; навыкам самоконтроля; применение открытых вопросов, отражения/отзеркаливания, резюмирование и т.д. (по каждой теме обсуждается один клиент, находящийся на этапе включения в терапию).	Презентации участников, дискуссия.	
Оценка навыков применения КПВ		Практическое упражнение; дискуссия.	Оценка собственной компетенции «Насколько хорошо вы владеете техниками КПВ?»
Функциональный анализ зависимости: теория и практика	Коморбидность и применение протокола «Краткий перечень симптомов»; полное включение в терапию: теория и практика.	Презентация, дискуссия	Презентация № 4  Протокол «Краткий перечень симптомов»

День 8

Тема	Содержание	Формы работы	Дополнительные материалы на CD
Работа с протоколами КПВ (стандартами лечения)	Представления стандартных протоколов.	Презентации, дискуссия.	Оценочный протокол Jellinek
Употребление психоактивных веществ и русская культура	Сопоставление применения КПВ с отечественными традициями лечения зависимости от ПАВ. Дискуссия на темы: «Клиент контролирует лечение и несет ответственность», «Роль психотерапевта как помощника», «Понятие рецидива», «Приемлемость контролируемого употребления».	Дискуссия.	
Оценка возможностей применения КПВ в учреждении участников семинара	Место КПВ среди методов работы в вашем учреждении/организации, ССВО/SWOT-анализ в вашем учреждении/организации (Сильные стороны, Слабые стороны, Возможности, Опасности), препятствия, супервизия и интервизия.	Практические упражнения, дискуссия.	ССВО/SWOT - анализ форма

День 9

Тема	Содержание	Формы работы	Дополнительные материалы на CD
Повторение КПВ	<p>Разбор навыков и знаний участников тренинга; обсуждение в малых группах основных принципов работы: «Клиент определяет цели терапии» – «Как терапевт, я знаю, что хорошо для моего клиента»; «Рецидив не обязательно провал, а скорее естественная часть процесса выздоровления» – «Если у моего пациента случился рецидив, то я потерпел неудачу как терапевт». Обсуждение применения протоколов: «Овладели ли вы работой с протоколом? Насколько естественно она у вас получается? Сложности работы с протоколом. Что если клиент хочет говорить о чем-то другом?»</p> <p>Определение и выбор проблем, нуждающихся в прояснении.</p>	<p>Индивидуальные упражнения:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Вспомнить и записать принципы и вмешательства, относящиеся к мотивационному интервьюированию и профилактике рецидива;</li> <li>2) Составить полный список всех принципов и разместить их по порядку.</li> </ol> <p>Обсуждение в малых группах; дискуссия.</p>	
Повторение теории и упражнений	<p>Протокол включения клиентов в терапию с акцентом на функциональный анализ.</p>	<p>Презентация; упражнения в малых группах (ролевые игры):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Директивно убедить клиента в необходимости выполнения домашнего задания</li> <li>2) Составить список признаков сопротивления</li> <li>4) Получить нужную информацию у сопротивляющегося/общающегося с неохотой клиента</li> <li>5) Представить клиенту понятие ролевой игры.</li> </ol>	Презентация № 4

**День 10**

Тема	Содержание	Формы работы	Дополнительные материалы на CD
<p><b>Повторение КПВ теории и упражнений</b></p>	<p><b>Протокол включения клиентов в терапию с акцентом на процедуру включения и сбора информации.</b></p>	<p><b>Упражнения с применением «Краткого Перечня Симптомов»; использование Индекса Тяжести Зависимости (ИТЗ/ASI) и других инструментов.</b></p>	<p><b>Протокол «Краткий перечень симптомов»</b></p>
<p><b>КПВ и социальные ресурсы</b></p>	<p><b>Разбор применения КПВ в работе с особо уязвимыми группами, в работе с семьей, в профилактике ВИЧ.</b></p>	<p><b>Презентации, дискуссии, работа в малых группах: составление списка всех доступных для конкретного клиента социальных ресурсов.</b></p>	<p><b>«Индекс Тяжести Зависимости»</b></p>

День 11

Тема	Содержание	Формы работы	Дополнительные материалы на CD
Улучшение тренинговых навыков	Обсуждение опыта работы в роли преподавателя/тренера (что было просто, что сложно). Анализ разных стилей обучения, специфика обучения коллег	Дискуссия, презентация.	Презентации № 5 и № 6
Разработка собственного учебного плана	Разработка учебного плана (в парах) по следующей схеме: Цели Материалы, презентации (Powerpoint/печатные) Бюджет Упражнения Подбор кадров/маркетинг Логистика Оценка результатов	Работа в парах и презентации; задание: написать список упражнений для обучения эмпатическому и рефлексивному слушанию.	
Презентация КПВ в Вашем учреждении	На основе работы 8-го дня определить стратегию, «подводные камни», этапы, возможности КПВ.	Дискуссия в малых группах; презентации; упражнение: ролевая игра с элементами преподавания КПВ как подхода.	
Оценка семинара			

Дополнительные материалы на CD

**Перечень рабочих (раздаточных) материалов**

- Упражнения № 1—6
- Краткий перечень симптомов
- Протокол оценки
- Форма ССВО/ SWOT-анализа; Оценка собственной компетенции – опросник «Насколько хорошо вы владеете техниками КПВ?»
- Пример опросника для оценки результатов тренинга

**Перечень презентаций**

- Презентация № 1. *Мотивационное интервью: модель мотивации, техники профилактики рецидива, SMART – цели, самоконтроль*
- Презентация № 2. *Измерения мотивационного интервью: философия, стратегия, принципы, техники и вмешательства*
- Презентация № 3. *Развитие зависимости: ступенчатая модель профилактики и помощи*
- Презентация № 4. *Функциональный анализ: работа с протоколом, тренинг жизненных навыков, разработка плана тренинга, факультативные секции, дневник, определение домашнего задания*
- Презентация № 5. *Ожидаемый уровень компетентности в КПВ*
- Презентация № 6. *Принципы качественного обучения*

## Приложение 2.1

## Раздаточные материалы

**УПРАЖНЕНИЕ 1. «Изменения, которые я осуществил...»**

Обсуждение в парах (20 мин)

Подумайте об изменениях в собственной жизни, которые Вы уже осуществили или собираетесь осуществить, и о том, как пережитый вами опыт изменений соотносится с тем, что переживают пациенты во время проведения КПВ

По очереди расспросите друг друга об изменениях (по 7–10 мин. каждый), выражая при этом заинтересованность (используйте разные приемы: «поддакивание», контакт глазами, соответствующую позу).

Интервьюер начинает с открытого вопроса, например: «Как Ваш опыт изменений соотносится с процессом изменений, который переживает пациент?»



**УУПРАЖНЕНИЕ 2-А. «Баланс в принятии решений: прояснение неопределенности»**

Выполняется в парах (20 мин.)

Когда мы размышляем об изменениях, то чаще всего не охватываем все стороны проблемы. Напротив, нередко мы предпринимаем то, что «следовало бы предпринять», избегая неприятных действий, или с ощущениями запутанности и смятения просто прекращаем размышления. Анализ всех «за» и «против» в ходе принятия решений является одним из способов убедиться во взвешенности решения о возможных изменениях. Это также может помочь придерживаться плана в моменты стрессов и искушений. Используя приведенную ниже схему, запишите в каждом из квадратов доводы, которые приходят вам на ум. Для большинства людей «внесение изменений», возможно, означает прекращение нежелательного поведения, однако очень важно осознать, что именно вы хотите изменить, ведь на самом деле это может оказаться чем-то иным.

Построение баланса

- Подумайте о поведении, которое Вы хотели бы изменить. По очереди расспросите друг друга, заполняя Таблицу баланса принятия решения и обращая внимание на оба аспекта при помощи ОУРР (Открытые вопросы, Утверждения, Рефлексивное слушание, Резюмирование).
- Сосредоточьтесь на прояснении, а не на изменении.

**Таблица баланса принятия решения**

	Выгоды/За	Издержки/Против
Отсутствие изменений		
Изменения		

**УПРАЖНЕНИЕ 2-В. «Баланс в принятии решений: принятие решения»**

Выполняется в парах (20 мин.)

Построение баланса имеет смысл лишь в том случае, когда им занимается тот, кто намерен принять решение. Таким образом, это субъективный процесс. Когда человек начинает интересоваться возможностью перемен, то доводы «за» начинают перевешивать доводы «против», хотя важны и те и другие. Увеличение количества доводов «за», как их видит клиент, является основным фактором для перехода в стадию действий и осуществления перемен. Помощь терапевта может состоять в поддержке у клиента уверенности в себе, например, путем анализа его прошлых успехов. Также терапевт может:

- делать избирательные или связующие высказывания;
- предоставлять информацию или давать советы (нейтральные);
- использовать приемы рефрейминга или «переформулирования» слов клиента.

**Помощь в оценке факторов**

По очереди окажите друг другу помощь в принятии решения, используя информацию из первой части упражнения:

- Проясните ценности и возможности клиента.
- В разговоре подтвердите его намерение осуществить изменения.
- Достигните соглашения по поводу принятого решения об изменениях.

### УПРАЖНЕНИЕ 3. «Открытые вопросы»

Какие из приведенных вопросов являются открытыми, а какие — закрытыми?

1. Что Вам нравится в употреблении алкоголя?
2. Где Вы росли?
3. Важно ли для Вас иметь смысл в жизни?
4. Хотите ли Вы прийти сюда еще?
5. Что заставило Вас прийти сегодня?
6. Хотите ли Вы сохранить эти отношения?
7. Думали ли Вы когда-нибудь о ходьбе, как о простой форме физических упражнений?
8. Что бы Вы хотели предпринять по поводу собственного курения: прекратить, сократить или оставить как есть?
9. Как в прошлом Вы преодолевали серьезные жизненные трудности?
10. Какую дату Вы выбрали бы для прекращения употребления?
11. Заботитесь ли Вы о собственном здоровье?
12. По каким причинам Вы хотите прекратить принимать наркотики?
13. Попробуете ли Вы сделать это в течение одной недели?
14. Это открытый или закрытый вопрос?

**УПРАЖНЕНИЕ 4. «Начало разговора об употреблении ПАВ»**

Выполняется в тройках

Участник А спрашивает участника В о его/ее употреблении психоактивных веществ (включая алкоголь, табак, кофеин, лекарственные препараты как рецептурные, так и безрецептурные), используя при этом ОУРР:

- Открытые вопросы
- Утверждения
- Рефлексивное слушание
- Резюмирование

Участник С наблюдает за тем, как влияют на взаимодействие:

- невербальные знаки;
- ОУРР;
- оценки, обвинения, высказывание «экспертного мнения», «навешивание ярлыков».

По результатам наблюдения он делает записи.

Через 7–10 минут участник С дает обратную связь, сверяя свои наблюдения с мнением участника А.

Каждый из участников по очереди пробует себя в роли интервьюера, интервьюируемого и наблюдателя.

### УПРАЖНЕНИЕ 5. Игра в борьбу

Выполняется в малых группах по 4–5 чел.

В малых группах кто-нибудь припоминает клиента, демонстрирующего поведение, которое может рассматриваться как сопротивление (спорящего, перебивающего, отрицающего, игнорирующего) и коротко рассказывает о нем. Кто-либо из группы выполняет роль терапевта, работающего с таким клиентом, и применяет все полученные навыки, а также использует, по крайней мере, две из вызывающих сопротивление реакций:

1. Участвует в споре, агитирует за изменения.
2. Берет на себя роль эксперта.
3. Критикует, обвиняет, стыдит (демонстрируя негативные эмоции).
4. «Навешивает ярлыки» (сосредоточившись скорее на том, что из себя представляет клиент, чем на его поведении).
5. Демонстрирует, что спешит («Я не могу провести с Вами весь день»).
6. Заявляет, что все знает лучше, проявляет патернализм.

Два или три других члена группы наблюдают за отношением терапевта и характером вмешательства с точки зрения:

- сопротивления пациента;
- частоты разговоров на тему изменений и разговоров в контексте сопротивления.

Спустя 7–10 минут игра завершается и проводится обсуждение происходившего.

Затем участники меняются ролями – наблюдатели выступают в роли пациента и терапевта.

## УПРАЖНЕНИЕ 6. Преодоление сопротивления

Выполняется в малых группах по 4–5 человек

В малых группах по 4–5 человек кто-нибудь припоминает клиента, демонстрирующего поведение, которое может рассматриваться как сопротивление (спорящего, перебивающего, отрицающего, игнорирующего) и немного рассказывает о нем. Кто-либо из группы играет роль терапевта и применяет все полученные навыки, включая обсужденные навыки ответов:

- Рефлексивные ответы
  - Простое отражение/отзеркаливание
  - Усиленное отражение/отзеркаливание
  - Двустороннее отражение/отзеркаливание
- Смещение фокуса
- Рефрейминг
- Акцентирование особой значимости личного выбора и контроля

Два или три других члена группы наблюдают за отношением терапевта и характером вмешательства с точки зрения:

- сопротивления пациента;
- частоты разговоров на тему изменений;
- в контексте сопротивления.

Спустя 7–10 минут игра завершается и проводится обсуждение происходившего.

Затем участники меняются ролями – наблюдатели выступают в роли пациента и терапевта.

Протокол оценки Jellinek

Форма первичного осмотра

1. Имя пациента

---

2. Дата рождения

---

3. Имя специалиста, ведущего пациента

---

4. Дата обращения

---

5. Предпочитаемый пациентом пол специалиста, который будет с ним работать

Муж       Жен

6. Наличие у пациента страховки:

да, детали: \_\_\_\_\_

нет

7. Место жительства пациента:

не имеет жилья

\_\_\_\_\_

8. Сопровождающие принадлежат к окружению, проф. среде:

\_\_\_\_\_

сопровождающих нет

9. Каковы пожелания сопровождающих специалистов?

---

10. Каков непосредственный мотив обращения пациента?

---

11. В чем состоит проблема пациента?

---

12. Чего (какого лечения) хочет пациент?

---

13. Есть ли необходимость в немедленной помощи?

да, обсудите детали с врачом отделения неотложной помощи

нет

14. Наличие безотлагательных проблем с законом:

да, обсудите с сотрудником отделения реабилитации

нет

15. Наличие безотлагательных социальных проблем:

да, обсудите с социальным работником

нет



**Наркологический анамнез**

<b>Вещество</b>	<b>Количество</b>	<b>Частота</b>	<b>Стаж</b>	<b>Употребление за последние 30 дней</b>	<b>Способ употребления</b>
Пиво Алкоголь Вино Крепкие напитки					
Героин					
Метадон					
Кокаин					
Амфетамин					
Экстази					
Каннабис					
Другие:					
Табак					
Гэмблинг					

**Использование медикаментов**

Причина	Назначен	С (период времени)	Частота и количество	Следование схеме

Первичная зависимость	Вторичная зависимость
Последнее употребление (когда?)	

**История лечения**

<b>Период</b>	<b>Диагноз/причина</b>	<b>Детали</b>	<b>Запрос сведений (да/нет)</b>

**Согласен ли пациент на запрос сведений?**

- да (подписано информированное согласие)
- нет, потому что \_\_\_\_\_
- неприменимо

**Будет ли пациенту предложено интервью ИТЗ (Индекс тяжести зависимости)**

- да
- нет, потому что \_\_\_\_\_

## Диагностика

### Основной диагноз

ИТЗ, включая гэмблинг

### Более подробный диагноз

- Медицинский скрининг
- Психиатрический скрининг
- Психологическое тестирование
- Системный скрининг

### Мультидисциплинарный консенсус

Ежедневные встречи команды

## Протокол оценки Jellinek

### Индекс Тяжести Зависимости (ИТЗ)

#### Проблемы

1. Состояние здоровья, включая соматические проблемы
2. Работа (трудоустройство)/поддержка, включая финансовое положение и жилье
3. Употребление наркотиков/алкоголя, включая прием медикаментов и употребление табака
4. Закон
5. Семья/социальные связи, включая проведение свободного времени
6. Состояние психического здоровья
7. Гэмблинг (патологическое пристрастие к азартным играм)

РАЗДЕЛЫ ИТЗ

РАЗДЕЛ	ПРОБЛЕМА	ПОМОЩЬ	ОЦЕНКА ИНТЕРВЬЮЕРА									
			(Оценка пациента)									
			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Состояние здоровья												
Трудоустройство/ поддержка												
Употребление алкоголя												
Употребление наркотиков												
Закон												
Семья/ социальные связи												
Состояние психического здоровья												
Гэмблинг												

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ РАЗДЕЛЫ**

РАЗДЕЛ	ПРОБЛЕМА	ПОМОЩЬ	ОЦЕНКА ИНТЕРВЬЮЕРА									
			(Оценка пациента)									
			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Соматический статус (Состояние здоровья)*												
Финансовое положение (Трудоустройство/ поддержка)												
Жилье (Трудоустройство/ поддержка)												
Прием медикаментов (Употребление алкоголя/ наркотиков)												
Никотин/табак (Употребление алкоголя/ наркотиков)												
Свободное время (Семья/ социальные связи)												

\* В скобках названы основные разделы, к которым относятся дополнительные разделы

**ШКАЛА ОЦЕНКИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ**

0 = Эта проблема меня вообще не беспокоит

1 = Эта проблема беспокоит меня в легкой степени

2 = Эта проблема беспокоит меня в умеренной степени

3 = Эта проблема беспокоит меня существенно

4 = Эта проблема крайне беспокоит меня

## ИНДЕКС ТЯЖЕСТИ ЗАВИСИМОСТИ

### ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ

Оценка тяжести — это оценка того, насколько пациент нуждается в дополнительных терапевтических вмешательствах по каждому из разделов, осуществляемая специалистом. Шкала состоит из 10 пунктов от 0 (вмешательство не требуется) до 9 (требуется вмешательство для предотвращения угрозы жизни). Каждая оценка основывается на анамнестических сведениях пациента, актуальном состоянии и субъективной оценке пациента степени необходимости в лечении по данному разделу.

Примечание: оценка тяжести носит факультативный характер.

### ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМАЯ ИНТЕРВЬЮЕРОМ

0–1 = Проблема отсутствует

2–3 = Легкая проблема

4–5 = Умеренная проблема

6–7 = Существенная проблема

8–9 = Чрезвычайно серьезная проблема



**ОБЗОР РАЗДЕЛОВ ИТЗ**

<b>РАЗДЕЛ</b>	<b>ПРОБЛЕМА</b>	<b>ЦЕЛЬ</b>	<b>ЛЕЧЕНИЕ</b>
Состояние здоровья			
Трудоустройство/поддержка			
Употребление алкоголя			
Употребление наркотиков			
Закон			
Семья/социальные связи			
Состояние психического здоровья			
Гэмблинг			

Соматический статус			
Финансовое положение			
Жилье			
Прием медикаментов			
Никотин/табак			
Свободное время			

Приложение 2.3

**Когнитивно-поведенческие вмешательства (КПВ)**

**Насколько хорошо вы владеете техниками КПВ?**

**Оцените собственную компетентность**

Использование открытых вопросов	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Использование приема отражения/отзеркаливания	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Резюмирование	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Формулирование выводов вместе с клиентом	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Эмпатическое слушание	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Высказывание в дружелюбной по отношению к клиенту манере	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Избегание сопротивления	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Выявление сопротивления	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Обсуждение сопротивления	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Устранение сопротивления	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Введение: объяснение сути КПВ клиенту	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Сбор информации	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Проведение функционального анализа	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Определение стадии изменения	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Определение коморбидности (сопутствующих заболеваний)	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Выявление амбивалентности по отношению к употреблению ПАВ	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Демонстрация различий между актуальной и желаемой ситуацией	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Демонстрация взаимосвязи между употреблением ПАВ и проблемами	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Обсуждение целей терапии	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо

Объяснение и определение целей в соответствии с алгоритмом КИПРС/SMART	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Определение ситуаций, сопряженных с высоким риском	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Обучение навыкам отказа от употребления ПАВ	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Обучение навыкам контроля над стимулами	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Обучение навыкам преодоления непредвиденных ситуаций	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Объяснение и обсуждение эффекта нарушения трезвости	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Объяснение и обсуждение различий между срывом и рецидивом	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Объяснение и обсуждение неуместного выбора	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Обсуждение и согласование домашнего задания	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Проверка домашнего задания	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Разработка плана действий в чрезвычайных ситуациях	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Помощь клиенту в преодолении рецидива	Плохо	1	2	3	4	5	Хорошо
Как часто Вы чувствуете усталость после сессии?	Всегда	1	2	3	4	5	Никогда
Как часто Вы после сессии чувствуете разочарование?	Всегда	1	2	3	4	5	Никогда
Как часто Вы чувствуете, что как терапевт потерпели неудачу?	Всегда	1	2	3	4	5	Никогда

Комментарии:

Приложение 2.4

Применение техник КПВ: ССВО/SWOT-анализ

	Сильные стороны	Слабые стороны	Возможности	Опасности
Менеджеры				
Коллеги				
Процесс включения в терапию				
Клиенты				
Значимые другие				
Общество				
Ваша компетентность				
Ваши убеждения				
Другое				

**Примеры высказываний и вопросов для мотивационного интервью**

Позвольте объяснить, что такое процесс включения в терапию.

Что привело Вас сюда?

Что вы чувствуете/думаете по этому поводу?

Что является непосредственной причиной Вашего визита?

Не могли бы Вы рассказать о том, как именно пьете/употребляете (героин, кокаин и т. д.)?

Скажите, пожалуйста, какова ваша норма употребления?

Давайте возьмем обычную неделю. Сколько обычно Вы употребляете в понедельник? А во вторник?

Вы говорите «чуть-чуть/немного». А не могли бы сказать точнее?

Я понимаю, что это нелегко. Больше 20 доз в день? Меньше? Меньше пяти? Больше?

Вы говорите, что пьете в основном по выходным.

Если все сложить, то получается около 60 доз за неделю.

Что вы думаете по поводу этой цифры?

Вы говорите, что не особенно Вас беспокоит.

Вы говорите, Вас она пугает.

Вы говорите, жена собирается бросить Вас, если Вы не прекратите пить.

Что Вы чувствуете по этому поводу?

Как давно Вы столько пьете?

Что Вы думаете по поводу собственного употребления алкоголя (наркотиков)?

Что Вам нравится в выпивке?

Без чего вы могли бы обойтись?

Вы говорите, Вы не хотите обсуждать это.

Я понимаю, как Вам, должно быть, тяжело об этом говорить.

Понимаете, для меня важно это знать.

Может быть, позже мы вернемся к этому, а пока, позвольте, я спрошу кое-что другое.

Скажите, из-за чего Вы чувствуете себя несчастным?

Какую роль в этих проблемах играет алкоголь (героин, кокаин и т. п.)?

Таким образом, если бы Вы прекратили пить, то, возможно, проблем на работе стало бы меньше.

С другой стороны, ведь Вы действительно получаете удовольствие от выпивки, употребления героина/кокаина.

Вы назвали несколько вещей, связанных с употреблением алкоголя/наркотиков, которые Вам не нравятся. А есть что-то, что нравится?

Итак, Вы говорите, что, с одной стороны, Вам нравится (...). А с другой стороны, Вам не нравится (...).

Вам интересно знать, что же с этим делать.

С одной стороны, есть причины подумать о переменах, однако, с другой — Вы сомневаетесь, настолько ли все плохо.

Поправьте меня, если я ошибаюсь.

Расскажите о ситуациях в которых Вы выпиваете/употребляете наркотики.

Какую взаимосвязь Вы видите между собственной агрессией и употреблением алкоголя?

Какую взаимосвязь Вы видите между чувством подавленности и употреблением алкоголя?

Случалось ли Вам когда-либо сократить или полностью прекратить употребление?

Как это происходило?

Вы можете быть точнее?

Как долго это продолжалось?

Вам это понравилось?

Из-за чего Вы возобновили употребление?

Какие еще вещества Вы употребляете?

Как взаимодействуют алкоголь и кокаин?

Вы живете с родителями. Ну и как Вам с ними живется?

Вы спрашиваете, что Вам следует предпринять по поводу выпивки/употребления наркотиков?

На самом деле, это вопрос не ко мне. Ведь вопрос в том, чего хотите Вы сами?

Скажите, в прошлом Вы когда-либо проходили лечение? Где? Когда?

Насколько оно Вам помогло?

Расскажите об этом поподробнее.

Вы говорите, у Вас есть несколько хороших друзей. Расскажите о них поподробнее.

Как часто Вы с ними видитеесь?

Это те друзья, с которыми Вы употребляете наркотики (выпиваете)?

А у Вас есть друзья, с которыми Вы не пьете?

Ну и что вы думаете делать дальше?

Вы говорите, Вы не уверены.

Как-то Вы вдруг замолчали. Я двигаюсь не в том направлении?

Может, я двигаюсь слишком быстро.

Я вижу, Вы хмуритесь.

Может быть, Вы не согласны с тем, что я говорю?

Нет, в мои намерения совершенно не входит указывать Вам, что делать. Это исключительно Ваш выбор.

Я здесь с единственной целью помочь Вам.

Решение исключительно за Вами.

Для того чтобы принять правильное решение Вам следует знать некоторые факты об алкоголе.

Вы не против, если я Вам кое-что расскажу?

То, что Вы говорите на самом деле: «Я хочу продолжить пить и принимаю все негативные последствия этого».

Может быть, это не лучшее время для того, чтобы остановиться.

Позвольте дать Вам эту маленькую брошюру. Вы можете почитать ее в любое удобное для Вас время. Может быть, Вы найдете в ней что-нибудь полезное для себя.

Как Вам понравился наш разговор?

Вы можете вернуться в любое время, когда захотите.

Вы говорите, что можете захотеть изменить что-нибудь, однако пока не уверены что именно.

Вы говорите, что можете захотеть остановиться.

Вы говорите, что хотите остановиться.

Вы говорите, что собираетесь прекратить с завтрашнего дня.

Вы говорите, что собираетесь сократить употребление.

Вы говорите, что хотели бы сократить употребление.

Какое количество было бы правильным?

Почему бы нам не взглянуть на обычную неделю и не посмотреть, что именно можно было бы изменить и когда именно, в какой день?

Скажите, Вы это уже делали раньше?

Скажите, Вы можете это сделать?

Что Вам требуется, чтобы сделать это?

Вы говорите, что особенно трудно будет в пятницу и субботу по вечерам, когда Вы встречаетесь с друзьями.

Что же Вы собираетесь делать этими вечерами?

Вы говорите, что сможете весь вечер пить воду/сок/чай.

Давайте-ка, я сыграю роль адвоката дьявола. Скажите, а не заскучаете ли Вы в обстановке, когда напиваться будут все кроме Вас. Может такое случиться?

Возможно, вариантом будет оставаться дома в пятницу и субботу.

Как Вам это?

Вы говорите, что едва Вы прекращаете пить, как начинаете чувствовать непреодолимую тягу что-нибудь употребить.

Создается впечатление, что остановиться почти невозможно.

Чувствуете растерянность.

На самом деле, причин для растерянности нет.

Это происходит со многими людьми.

Знаете, именно для этого существуют терапевты.

Рассказать Вам о тех видах помощи, которые мы предлагаем?

На самом деле, есть несколько возможностей.



Одна из них – серия (из десяти) терапевтических сессий.

Очень важно практиковаться в этом дома.

Вы согласны?

Отлично! Очень хорошо!

## КРАТКИЙ ПЕРЕЧЕНЬ СИМПТОМОВ

«Точный диагноз – половина лечения...»

### Введение

Инструментом наиболее часто используемым для скрининга проблем (жалоб) психиатрического профиля является Перечень симптомов (Symptoms Checklist (SCL 90)). Он представляет собой перечень для самостоятельного заполнения, состоящий из 90 пунктов, предназначенных для оценки психопатологических симптомов у взрослых (Derogatis, 1975).

Краткий перечень симптомов (КПС) является укороченной версией SCL, содержащей лишь 53 пункта, признанных статистически наиболее значимыми по результатам факторного анализа. Полная версия опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) адаптирована для использования в России Н.В. Тарабриной (Тарабрина, 2001). Оба опросника могут использоваться для определения наличия, характера и тяжести проблем, сопутствующих расстройствам, связанным с употреблением ПАВ.

### 1) Перечень КПС

Инструкция: ниже приведен перечень проблем, с которыми могут сталкиваться клиенты; пожалуйста, внимательно прочтите каждый пункт и оцените степень выраженности проблемы на протяжении прошедшей недели, включая сегодняшний день, по шкале от 0 до 4 (0, 1, 2, 3, 4).

Насколько Вам причиняли беспокойство.....

1) Нервозность или беспокойство	0	1	2	3	4
2) Головокружение или нарушение координации движений, равновесия	0	1	2	3	4
3) Ощущение, что посторонние могут влиять/ воздействовать на Ваши мысли	0	1	2	3	4
4) Ощущение, что большинство Ваших проблем вызвано другими людьми	0	1	2	3	4
5) Затруднения при попытке вспомнить что-либо	0	1	2	3	4
6) Обидчивость (раздражительность)	0	1	2	3	4
7) Боли в грудной клетке или в области сердца	0	1	2	3	4
8) Тревожность в местах скопления людей и на обширных открытых пространствах	0	1	2	3	4
9) Мысли о самоубийстве	0	1	2	3	4

10) Чувство, что большинству людей нельзя доверять	0	1	2	3	4
11) Плохой аппетит	0	1	2	3	4
12) Внезапный страх	0	1	2	3	4
13) Неконтролируемые вспышки ярости	0	1	2	3	4
14) Ощущение одиночества даже в компании	0	1	2	3	4
15) Ощущение непреодолимости препятствия в случае невозможности завершить задуманное	0	1	2	3	4
16) Ощущение одиночества	0	1	2	3	4
17) Чувство уныния, грусти	0	1	2	3	4
18) Неспособность проявлять заинтересованность в каких-либо вещах	0	1	2	3	4
19) Страх	0	1	2	3	4
20) Ранимость	0	1	2	3	4
21) Чувство, что люди недружелюбны и испытывают к Вам неприязнь	0	1	2	3	4
22) Чувство приниженности по отношению к другим людям	0	1	2	3	4
23) Плохое самочувствие (тошнота), жалобы на боли в желудке	0	1	2	3	4
24) Чувство, что за Вами следят или о Вас говорят за спиной	0	1	2	3	4
25) Проблемы с засыпанием	0	1	2	3	4
26) Тенденция постоянно контролировать собственные действия	0	1	2	3	4
27) Проблемы с принятием решений	0	1	2	3	4
28) Страх поездок в автобусе, поезде, метро	0	1	2	3	4
29) Проблемы с дыханием (затруднение)	0	1	2	3	4
30) Приливы (телесные, подобные испытываемым женщинами в среднем возрасте) или ознобы	0	1	2	3	4
31) Избегание определенных объектов, мест или видов деятельности из-за вызываемой ими тревожности	0	1	2	3	4
32) Ощущение пустоты в мыслях (потеря нити собственных мыслей)	0	1	2	3	4
33) Онемение (отсутствие физического ощущения собственного тела или покалывание в отдельных частях тела)	0	1	2	3	4

34) Мысль о том, что Вы грешны и заслуживаете наказания	0	1	2	3	4
35) Чувство безнадежности по поводу будущего	0	1	2	3	4
36) Проблемы с концентрацией внимания	0	1	2	3	4
37) Чувство вялости или слабости где-либо в теле	0	1	2	3	4
38) Чувство напряжения, заведенности	0	1	2	3	4
39) Мысли о смерти	0	1	2	3	4
40) Импульсивное желание ударить кого-либо, ранить или причинить боль	0	1	2	3	4
41) Импульсивное желание бросать или разбивать вещи	0	1	2	3	4
42) Чувство чрезмерной стеснительности в компании	0	1	2	3	4
43) Чувство беспокойства во время нахождения в толпе	0	1	2	3	4
44) Отсутствие чувства привязанности к кому-либо	0	1	2	3	4
45) Приступы тревоги или паники	0	1	2	3	4
46) Конфликтность	0	1	2	3	4
47) Чувство нервозности в ситуациях, когда Вы одиноки и покинуты другими	0	1	2	3	4
48) Чувство, что другие люди не оценивают Вас/Ваши действия должным образом	0	1	2	3	4
49) Ощущение беспокойства, при котором невозможно усидеть на месте	0	1	2	3	4
50) Чувство собственной никчемности	0	1	2	3	4
51) Чувство, что другие люди манипулируют Вами, если Вы недостаточно бдительны	0	1	2	3	4
52) Чувство вины	0	1	2	3	4
53) Ощущение физического неблагополучия	0	1	2	3	4

## 2) Оценка и субшкалы КПС

Оценка по субшкалам КПС и общий показатель вычисляются расчетом среднего показателя по соответствующим сгруппированным пунктам (см. ниже):

Субшкала	Описание	Номера пунктов:					
КПС – СОМ	Соматические жалобы	2	7	23	29	30	33 37
КПС – КОГ	Проблемы когнитивного функционирования	5	15	26	27	32	36
КПС – МПЧ	Межперсональная чувствительность	20	21	22	42		
КПС – ДЕП	Депрессия	9	16	17	18	35	50
КПС – ТРВ	Тревога	1	12	19	38	45	49
КПС – ВРЖ	Враждебность	6	13	40	41	46	
КПС – ФОБ	Фобическая тревога	8	28	31	43	47	
КПС – ПАР	Паранойя	4	10	24	48	51	
КПС – ПСИ	Психотическое состояние	3	14	34	44	53	
КПС – ОБЩ	Общий показатель	1 – 53					

Оценка

- Общий показатель: средний показатель по всем 53 пунктам (амплитуда = 0 – 212)
- Число симптомов = число пунктов, на которые отвечает респондент
- Результаты по (9) субшкалам
- Тяжесть актуальных симптомов = общий показатель, разделенный на число симптомов, присутствующих у клиента

## 3) Комментарии

Валидизированная версия КПС была опробована в Нидерландах на 995 стационарных и амбулаторных пациентах. Показатели психических расстройств (возможны также другие диагнозы):

- Расстройства настроения (52%)
- Тревожные расстройства (48%)
- Соматические расстройства (17%)

По этим показателям не было обнаружено существенных различий между стационарными и амбулаторными пациентами.

Помимо трех названных групп психических расстройств, была выделена четвертая крупная группа, которая включала в себя пациентов с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ.

