

ФОРМУВАННЯ МОТИВАЦІЇ ДО ТЕРАПІЇ ХІМІЧНО ЗАЛЕЖНИХ ОСІБ

СтарковД. Ю.,

молодший науковий співробітник лабораторії психології соціально
дезадаптованих неповнолітніх Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН
України, м. Київ

У статті проаналізовано моделі мотивації до терапії у хімічно залежних осіб. Показано, що існує два підходи до пояснення проблеми низької мотивації до терапії у адиктів: патологічний та санологічний. Розглянуто еволюцію практичних підходів мотивування адиктів до початку лікування: інформаційних підхід, конфронтаційний підхід, мотиваційне інтерв'ювання. Розроблено комплексну модель мотивування хімічно залежних осіб. У методологічну основу моделі покладено інтеграцію патогенетичної моделі анозогнозії та салютогенетичної моделі позитивного розвитку мотивації. Також у комплексній моделі мотивування залежних враховуються особливості особистості, комплексна структура мотивації до терапії, процесуальність розвитку мотивації.

Ключові слова: мотивація, мотивування, хімічна залежність, анозогнозія

Постановка проблеми. Терапія хімічних залежностей є довгостроковим багатоетапним комплексним процесом, мішенями якого є біологічні, психологічні та соціальні фактори адикції. Першорядну роль у досягненні стратегічних цілей терапії залежності (реструктуризація та ресоціалізація особистості, повернення людини до гармонійного тверезого життя без потреби у вживанні психотропних речовин) відіграють психологічні та соціальні фактори, другорядну – біологічні. З цього випливає, що вирішальним фактором успішності терапевтичної роботи з хімічною залежністю є глибокезанурення клієнта в процес терапії та висока мотивація на «одужання». З іншого боку, імпліцитними характеристиками хімічної залежності є високий опір клієнта до терапії та ефект анозогнозії (заперечення своєї хвороби). Тому, необхідною складовою будь-якої програми терапії залежностей є робота по мотивуванню клієнта. На значний ефект мотиваційної роботи на ефективність терапії залежності вказуються у багатьох авторів [2, 6, 10, 15].

Метою даної роботи є розробка комплексної моделі мотивування залежних клієнтів до терапії.

Аналіз останніх досліджень. Аналіз існуючих моделей низької мотивації хімічно залежних осіб до терапії дає змогу говорити, що в основі всіх цих моделей лежить два підходи до розгляду проблеми низької мотивації: патологічний та санологічний.

У патологічному підході як причина низької мотивації до терапії розглядається ефект *анозогнозії* – заперечення або недостатня оцінка значущості залежності. Далі, аналізуючи етіологічні моделі анозогнозії, можна зробити висновок, що анозогнозія у своїй основі може мати різні етіологічні причини. Так механізми ефекту анозогнозії мають свої пояснення [11]: 1) У рамках клініко-біологічного наближення анозогнозія розглядається як наслідок психоорганічного синдрому [8]. Внаслідок енцефалопатії відбувається зниження когнітивних функцій, найбільш значущими з яких є наступні ефекти: підвищення суб'єктивізму мислення, зниження абстрактного мислення, зменшення можливостей до аналізу та синтезу, паралогічність мислення, магічне мислення, ефекти заплутаності мислення, негативне (не бачити вирішення проблем) або ейфорійне (не бачити проблем) мислення. Унаслідок цього відбувається значне зниження здатності до адекватної оцінки ситуації залежності, що і визначає картину анозогнозії. 2) У рамках психопатологічного наближення анозогнозія розглядається як невід'ємна складова синдрому залежності та адиктивної зміни особистості [14]. Анозогнозія тісно пов'язана або з надціннісною адиктивною домінантою (гомогенний варіант порушення усвідомлення адикції), або із загальною ціннісною деформацією особистості (гетерогенний варіант порушення усвідомлення адикції). Адикт в обох варіантах не усвідомлює своєї адикції як негативного явища тому, що вона перестає суперечити його ціннісним диспозиціям. 3) У клініко-психологічному наближенні анозогнозія пояснюється завдяки дії психологічних захистів та опору, як похідної захистів (психодинамічна теорія) або когнітивного дисонансу Фестінгера (когнітивно-біхевіоральна теорія). Вважаємо необхідним виділити також ще два фактори, які формально не відносяться до ефекту анозогнозії, але тісно пов'язані з ними у практичній роботі: 4) Заперечення проблем залежності для інших. Це не є анозогнозією у вузькому розумінні, так, у цьому випадку людина усвідомлює проблеми вживання. Заперечення для інших відбувається як захист від почуттів сорому та провини, а також як захист від агресії та засудження оточуючих. 5) Неусвідомлення проблем залежності через низьку інформованість. Людина просто не розуміє, що в неї залежність, тому що вона не має інформації про її симптоми та має спотворене сприйняття завдяки культуральним нормам. Потрібно враховувати, що анозогнозичні ефекти підвищуються у стані стресу та актуалізації патологічного потягу до вживання. Погоджуємося з позицією Рибаків [4], що з прогресуванням залежності провідна роль у механізмах анозогнозії поступово зміщується від низької інформованості на початку формуванні залежності до психоорганічних ефектів ближче до

третьої стадії. Можливі різні етіологічні фактори ефекту анозогнозії важливо враховувати під час відбору технік роботи з анозогнозією з різними клієнтами на різних стадіях залежності.

У *санологічному підході* як причина низької мотивації до терапії розглядається блокування позитивного процесу розвитку мотивації. Найбільш поширеною моделлю процесу розвитку мотивації є *модель позитивних змін Прохазки, ДіКліменте та Норкроса*[9]. У цій моделі розглядаються 5 стадій процесу розвитку мотивації з додатковою шостою стадією зриву. Для кожної стадії є свої цілі та задачі переходу на наступну стадію. 1.) Стадія преднаміру – людина не замислюється про необхідності змін. 2.) Стадія наміру – амбівалентне ставлення до проблеми. 3.) Підготовка до дій – прийняття рішення змінитися та перші пробні кроки. 4.) Стадія дій – людина намагається вести себе інакше протягом 3-6 місяців. 5.) Підтримання змін – людина довгий час (від 6 місяців до 5 років) дотримується нового стилю поведінки. 6.) Зрив – повернення до вживання. Заслуговує уваги також *модель мотивації В. Ялтонського*, який запропонував розглядати не тільки рівні мотивації, але й її структурні елементи [16]. У своїй структурній моделі мотивації він розглядає чотири рівня розвитку мотивації: амотиваційний рівень (мотивація відсутня, невизнання проблеми), негативна мотивація (зовнішні мотивуючі фактори без внутрішнього прийняття), нестійка мотивація (амбівалентні установки до лікування і до продовження вживання), позитивна мотивація (стійка мотивація до лікування та припинення вживання). У цьому сенсі структурна модель принципово не відрізняється від моделі позитивних змін. Але крім рівнів розвитку мотивації, Ялтонський пропонує розглядати мотивацію не як цілісний феномен, а як те, що має свою структуру та компоненти. Дослідник виділяє наступні компоненти мотивації: ціннісні, емоційні, когнітивні та поведінкові. Кожен з цих компонентів має також своє окремі елементи. Модифікуючи підхід Ялтонського, ми виділяємо наступні важливі мотиваційні елементи в кожному структурному компоненті. Когнітивний компонент: знання – володіння інформацією про механізми, симптоми, розвиток залежності; очікування – очікування від лікування залежності (конструктивні очікування – здатність задовільно жити без вживання, деструктивні очікування – здатність «тримати себе в руках», не дивлячись на бажання вжити та незадовільне життя), самоефективність – впевненість в своїх можливостях досягти позитивних цілей лікування. Емоційний компонент: рівень відчуттів тривоги, провини та сорому. Ціннісний компонент: конфронтація залежності з потребами, цінностями та смислами. Поведінковий компонент: копінги прийняття відповідальності, прийняття допомоги, планування. У практичному застосуванні санологічного підходу для мотивування клієнтів

пропонується акцентувати увагу на позитивному розвитку мотивації (цілісної або її компонентів), а не на пошуку та подоланні патологічних причин низької мотивації.

У літературі можна простежити тенденцію до протиставлення патологічного (до якого більше схильні медикоорієнтовані автори) та санологічного підходу (до якого більше схильні гуманістичноорієнтовані автори). Однак аналіз обох підходів дає змогу зазначити, що патологічний та санологічний підходи не виключають один одного, а доповнюють. Ефективна модель мотивування має в своїй методологічній основі опиратися на інтеграцію цих двох підходів.

Огляд практичних підходів до мотивування залежних осіб. Історично практичні підходи до мотиваційного консультування можна розділити на три «покоління»: інформаційні підходи, конфронтаційні підходи, підходи розвитку мотивації.

Інформаційний підхід. Підхід, що вперше було запропоновано спільнотою «Анонімні Алкоголіки» [1]. Його суть полягає у неупередженому наданні інформації залежному про концепцію хвороби та можливі шляхи виходу. Якщо інформація не викликала підвищення мотивації, то пропонується не проводити більше ніяких додаткових інтервенцій, а дати залежному «досягти свого дна», і тоді, володіючи інформацією про концепцію залежності як хвороби та засоби виходу, залежний сам прийде до рішення про необхідність вирішення проблем залежності.

Конфронтаційний підхід. Вперше було запропоновано В. Джонсоном [3] для мотивування залежного через соціальну систему. У цьому підході пропонується не пасивне надання інформації, а активна позиція тиску та конфронтації захистів (але без звинувачень, упередженості тощо).

Підхід розвитку мотивації. Найбільш відомим представником третього покоління мотиваційних методів є метод *мотиваційного інтерв'ювання*, розроблений В. Мілером та С. Ролніком [20]. У цьому підході акцентується увага на розвитку позитивної мотивації, а не на конфронтації захистів, враховується багаторівнева модель мотивації та пропонується застосовувати техніки активного слухання. У своїй методологічній основі мотиваційне інтерв'ювання спирається на модель позитивних змін. У ньому пропонуються наступні цілі та задачі мотиваційної роботи на кожному етапі змін мотивації. 1.) Стадія преднаміру: Ціль – змусити сумніватися, сприяти усвідомленню проблем. Задачі – встановити взаєморозуміння, надати інформацію у нейтральній незасуджуючій формі, прояснити ризики залежної поведінки, сприяти переоцінці існуючої моделі поведінки, сприяти самоаналізу (а не діям). 2.) Стадія наміру. Ціль – визначити причини

для змін та ризику відсутності змін. Основні задачі – аналіз усіх «за» та «проти» змін та їх відсутності. 3.) Підготовка до дій. Цілі та задачі – допомога у складанні плану дій. 4.) Стадія дій. Цілі та задачі – підтримка мотивації до продовження роботи над проблемою. 5.) Підтримання змін. Цілі та задачі – профілактика ризиків зриву. 6.) Зрив. Цілі та задачі – допомога у поверненні до роздумів над проблемою, підтримка.

Хоча дану статтю присвячена розгляду індивідоцентричних моделей мотиваційної роботи (мотивування безпосередньо залежної особи), автор вважає необхідним зазначити і енваєроцентричні підходи (не безпосереднє мотивування, а опосередковане через вплив соціального оточення): 1.) вплив через сімейну систему – такі як модель переконання Вернона Джонсона [3], CRAFT [19]; 2.) підходи впливу на робочому місці та індустріальні програми [12, 17].

Окрім розгляду проблем низької мотивації та підходів до мотивування хімічно залежних, необхідно зазначити також особливості особистості цієї групи клієнтів такі як [5]: когнітивні зниження внаслідок психоорганічного синдрому (нездатність до абстрактного мислення, зниження здатності до аналізу та синтезу, суб'єктивність мислення, високий рівень магічного мислення, знижена здатність запам'ятовування), високий рівень інфантильності, патологічна брехливість, високий рівень опорів до роботи, тенденція до симбіотичних стосунків, безвідповідальність, високий рівень негативних афектів та нездатність їх контролювати, високий рівень почуття сорому та провини, циклічність внутрішнього часу. Усі ці особливості групи залежних клієнтів необхідно враховувати у консультативній та мотиваційній роботі.

Проведений аналіз теоретичних моделей проблем мотивації до терапії та практичних підходів мотивування, дає можливість зробити висновок, що ефективна модель мотиваційної роботи повинна: мати в своїй методологічній основі інтегровану концепцію патологічного та санологічного розгляду мотивації до терапії; враховувати особливості особистості залежних та відповідних особливостей їх консультування; розглядати мотивацію як комплексну багатокомпонентну структуру; застосовувати процесуальну модель розвитку мотивації. На жаль, у жодному з підходів мотиваційної роботи з залежними не досягається усе коло задач. Тому, важливим є розробка комплексної моделі мотивування залежних осіб, яка б у своїй теоретичній основі та практичній реалізації враховувала весь названий спектр.

Виклад основного матеріалу. Як теоретичний базис для **комплексної моделі мотивування** клієнта до терапії залежності було закладено інтеграцію патологічного (моделі анозогнозії) та санологічного (модель процесуального розвитку позитивної

мотивації) концепцій низької мотивації залежного до терапії та її розвитку.

У такій інтегративній моделі мотивація має процесуальний характер і свої рівні та етапи розвитку. З іншого боку, існують патологічні анозогностичні ефекти, що блокують розвиток мотивації. Проблема низької мотивації у такій моделі розглядається як «застрягання» на початкових стадіях розвитку позитивної мотивації завдяки комбінації двох причин: 1.) недостатньої фасилітації процесу розвитку мотивації; 2.) блокування процесу розвитку та процес зниження мотивації завдяки анозогностичним ефектам. Тому, актуальний рівень мотивації буде залежати від факторів фасилітації мотивації (які підтримують процес розвитку мотивації) та від факторів анозогностичних ефектів (які підтримують процес зниження мотивації). У такому сенсі робота з мотивування повинна будуватися паралельно в двох напрямках: підтримка та фасилітація розвитку позитивної мотивації, а також має містити заходи з подолання анозогностичних ефектів.

Як модель розвитку мотивації ми приймаємо структурну модель В. Ялтонського, в якій розглядаються 4 рівня розвитку мотивації (амотиваційний, негативний, амбівалентний, позитивний), та 4 структурні компоненти (когнітивна, емоційна, ціннісна та поведінкова). У якості причини анозогностичних ефектів розглядаються наступні механізми: психоорганічний синдром, ціннісна адиктивна деформація особистості, психологічні захисти, заперечення проблем для інших, проблеми інформованості.

У комплексній моделі мотиваційної роботи пропонується 5 етапів: встановлення довірливих відносин, інтервенція, підсилення мотивації, планування, підтримка. Кожен з цих етапів має свої цілі та задачі.

1. Встановлення довірливих відносин.

У «типового» залежного сформовано негативну картину світу, немає досвіду довіри у відносинах, будь-які інтервенції до залежності приймаються ворожотощо. Тому ми не підтримуємо пропозицію моделі *мотиваційного інтерв'ювання* щодо розмов про вживання на першому етапі роботи. Без формування довіри будь-які теми щодо вживання будуть сприйматися ворожо та підсилювати захисти. Тому, на першому етапі пропонується не приділяти уваги проблемам залежності та споживання, а за головну мету прийняти розвиток довірливого робочого альянсу. Пропонуються наступні принципи роботи на цьому етапі:

Безумовне прийняття, розуміння та емпатія до клієнта. Це є базою розвитку довірливих відносин у будь-якому підході терапії. Але у роботі з залежними, зважаючи на їх особистісні риси (аморальність, брехливість, маніпуляційність тощо) не підготовлений спеціаліст часто

починає сумніватися у доцільності принципу безумовного прийняття щодо цієї групи клієнтів. Тому вважаємо зазначити, що залежна група клієнтів потребує безумовного прийняття навіть більше, ніж багато інших груп. Для допомоги у пошуку точок емпатійного прийняття спеціаліст може використовувати модель хвороби: це не клієнт свідомо реалізує залежну поведінку, а це симптомом хвороби, якому він не в змозі чинити опір. Через таку ж призму можна дивитися і на інші можливі прояви залежної особистості: аморальність, брехливість, маніпуляційність, егоцентризм.

Повага. Зі спостережень за родинami залежних можна констатувати, що повага є тим, що майже повністю відсутнє у їхніх стосунках. Для довірливих відносин важливим є заповнення цього дефіциту поваги. Важливим є також, щоб спеціаліст проявляв повагу не тільки до клієнта, але й до себе, не піддаючись на маніпуляції та провокації клієнта.

Чіткі межі. Залежні клієнти є такими, що порушують межі. Для встановлення довірливих відносин важливим є чітке дотримання встановлених рамок, домовленостей, відповідальностей. Зі спеціалістом, що порушує свої межі встановлюються не довірливі відносини, а маніпуляційні— «Жертва-Рятівник».

Модель для наслідування. Спеціалісту бажано демонструвати ту модель, яку б захотів прийняти у свій досвід клієнт, захотів би бути схожим на спеціаліста.

Допомога у вирішенні проблем. Встановленню контакту може сприяти психологічна допомога у вирішенні інших проблем, окрім залежності.

Технічно у консультуванні ці принципи пропонується реалізовувати за допомогою моделі *рефлексивного активного слухання*, у якому акцент робиться на «приєднанні зверху», віддзеркаленні змістів, веденні клієнта (на відміну від емпатійного слухання, де акцентується увага на «резонансному приєднанні», віддзеркаленні почуттів, слідуванні за клієнтом). У рефлексивному варіанті активного слухання у спеціаліста більш активна та директивна позиція, він має буди джерелом ресурсів, ця позиція консультування більш схожа на «жорстке прийняття батька», чим на «м'яке прийняття матері» у емпатійному варіанті рефлексивного слухання. При застосуванні емпатійного варіанту рефлексивного слухання є вірогідність потрапити у маніпулятивні відносини з клієнтом, або підвищити його тривогу та спровокувати вихід з робочого альянсу. Застосування активного слухання до консультування залежних розробляли В. Мілер та С. Ролнік (підхід «Мотиваційне інтерв'ювання») [7, 13, 20].

Окрім того, необхідно враховувати наступні особливості консультативної роботи з залежними особами: активність та директивність, емоційна підтримка та ресурсність, структурованість, «обхід» захистів та опорів, «непрямі» інтерпретації та конфронтації (пояснення на сторонніх прикладах, присвоювати собі чи ні – вибір клієнта), конкретність та наочність, «цікавість» процесу консультування, пояснення та обґрунтування (надання інформації), налаштування на позитивні цілі, безумовне прийняття (при цьому потрібно бути готовим та приймати такі складні особливості клієнта, як аморальність, брехливість, опір, безвідповідальність, недисциплінованість тощо). Взагалі консультативна робота з залежними клієнтами проводиться у стилі підтримуючої терапії, що пропонується для психоорганічних та психотичних клієнтів [5].

Час, який потрібний для встановлення достатньої довіри у відносинах може варіюватися від декількох хвилин на початку консультації до року роботи. Основні фактори, які впливають на час встановлення довірливих відносин, є: рівень функціонування особистості (невротичний, пограничний чи психотичний), тип особистості, тип споживання (соціальне прийнятне – алкоголь, чи криміналізоване – заборонені наркотики з кримінальними наслідками їх споживання), тип звернення (примусовий чи добровільний), стадія розвитку залежності та відповідна цінність вживання.

У багатьох випадках рекомендоване стаціонарне лікування без особистого бажання залежного (під тиском родичів чи примусово). У цьому випадку спеціалісту, що проводить мотиваційну роботу, необхідно не виступати на боці сторони, що здійснює тиск, а навпаки, підтримувати сторону клієнта (не піддаючись на маніпулятивні спроби клієнта через спеціаліста сприяти виходу із стаціонару): *«Я не підтримую примусове лікування, і я розумію ваше обурення, але ніяких важелів для вашого виходу зі стаціонару не маю. З іншого боку, якщо ми все рівно з вами працюємо, щоб задарма не втрачати час, я можу вам допомогти у наступних психологічних проблемах...»*

Найбільш складними для мотиваційної роботи є особистості з вираженим психоорганічним синдромом (що відбувається приблизно на початку третьої стадії залежності) та з вираженою адиктивною зміною особистості (що відбувається наприкінці другої стадії залежності). Для обох випадків перехід на наступний етап роботи, доки не будуть подолані механізми анозогнозії (психоорганічне та адиктивне зниження особистості відповідно) не є доцільним. В обох випадках роботу пропонується проводити в стаціонарі, де примусово переривається вживання психотропних речовин.

Для психоорганічного варіанту пропонується тип підтримуючої психотерапії та відповідна медикаментозна терапія. У психотерапевтичній роботі основний акцент робиться на зниження рівня стресу та негативних афектів. Доцільно переходити на наступний етап мотиваційної роботи тільки після достатнього відновлення когнітивних здібностей клієнта. З власного досвіду роботи з цією групою клієнтів автор може констатувати, що якщо за три місяця тверезості не відбувається позитивної динаміки у когнітивній сфері, то психоорганічні ураження мозку, скоріше за все, незворотні. Для варіанту адиктивної зміни особистості (психопатизація особистості з надцінною ідеєю вживання та примітивізацією ціннісної сфери) рекомендується етап експресивного типу психотерапії. Особливий акцент у цій психотерапевтичній роботі потрібно робити на відновлення конкуруючих вживанню цінностей та альтернативних каналів регулюванню психологічного стану. Без достатнього відновлення ціннісної сфери перехід на наступний етап мотивування буде не доцільним. В обох випадках для першого етапу рекомендований час роботи не менший ніж три місяці.

2. *Інтервенція.* На цьому етапі пропонуються проводити інтервенції до проблем із залежною поведінкою з метою зародження сумнівів.

Технічно, для цього можна використовувати наступні процедурні кроки: 1.) прохання пояснити деякі факти, що свідчать про проблеми з залежною поведінкою; 2.) «спостерігаюча конфронтація»: «як можна виявити, чи справді немає залежності, чи діє механізми заперечення?»; 3.) пропозиція до спільного дослідження; 4.) збір фактів про симптоми залежності; 4.) надання інформації про механізми залежності; 5.) пропозиція клієнтові визначити, чи відповідають його симптоми залежності, чи ні (можна за допомогою тестів). Наприклад: *«Мене хвилюють деякі факти, які ви розповідали раніше про ваше вживання. У мене зараз подвійне ставлення до них: з одного боку я вам повністю довіряю і вірю, що ви не бачити в цих випадках проблеми. Але з іншого, уявіть, якщо би на вашому місці була залежна людина, вона б також не бачила ніяких проблем, бо у неї працював би механізм заперечення. Як спеціаліст, що хоче допомогти вам, я зобов'язаний торкнутися цього питання. Як нам з вами вчинити, щоб розвіяти сумніви: чи у вас дійсно немає проблем, чи вони знаходяться в «сліпій зоні»? Чи згодні ви на те, щоб ми дослідили це питання? (на цьому етапі збираються факти про вживання та надається інформація про механізми хвороби). Як ви зараз бачити, чи може буди те, що ви розповідали, проявом залежності?»*

Пропонуються наступні техніки роботи на цьому етапі:

- *Відсутність протистояння, суперечок, моралізації, тиску, відловлювань на брехні тощо.*

- *Бути на боці клієнта.* Тут закладено не тільки екзистенційний зміст бажання допомогти клієнтові, але і технічно-консультативний поведінковий зміст: погоджуватись з клієнтом, підтримувати його, застосовувати висловлювання з особистісними займенниками першої особи множини («як **НАМ З ВАМИ...**», «як **МИ** можемо вирішити...», «що **НАМ** робити...» і т.і.).

- *Віддавати ініціативу клієнтові.* Наприклад, потрібно не доводити клієнтові, що у нього є симптоми залежності, а навпаки, ініціювати, щоб він доводив собі, що у нього немає цих симптомів («А які ви можете навести собі стовідсоткові докази того, що у вас немає симптомів залежності?»). Бесіду рекомендовано вести у стилі Сократичного діалогу.

- *Спільне дослідження.* Заохочувати до спільного дослідження, чи є проблема залежності («Для того щоб нам переконатися, присуття або відсуття у вас залежність, добре було би нам з вами дослідити це...»).

- *Надання інформації.* Клієнтові необхідно надати інформацію про механізми залежності, її проявах, перспективах розвитку тощо. При цьому важливо робити акцент на тому, що залежність є хворобою, у якій людина не винна.

- *Спостерігаючи інтерпретації.* Клієнтові не присвоюється той чи інший симптом, а спеціаліст надає інформацію про симптоми у нейтральній формі, клієнт сам присвоює собі його, чи ні (наприклад, замість «у вас прояви абстинентного синдрому» використовувати «у абстинентного синдрому наступні прояви ..., чи схоже те, про що ви розповідали на це?»).

3. *Підсилення мотивації.* На цьому етапі йде безпосередня робота по фасилітації мотивації та подоланню анозогнозичних ефектів.

Для фасилітації мотивації пропонується проводити фокусну роботу з когнітивними, емоційними, ціннісними, поведінковими компонентами мотивації. Нижче пропонується техніки роботи з кожним елементом чотирьох компонентів мотивації.

Когнітивні компоненти:

- *Інформування.* Клієнтові необхідно комплекс інформації про концепцію хвороби залежності, її механізми та симптоми, перспективи розвитку. Інформацію потрібно надавати у нейтральній незасуджуючій формі. Автор застосовує для цієї цілі комплекс інформаційно-мотиваційних завдань, можливі також інформаційні консультації, рекомендація відповідної літератури, відео тощо. Потрібно бути готовим до виникнення у клієнта афектів тривоги, провини, сорому.

- *Очікування.* Необхідно правильно поставити цілі роботи з залежністю, а саме: не припинити вживання (це є тільки необхідною умовою одужання), а задовільне життя без вживання («*ціль не припинити вживання, а щоб не було бажання вживати*»). Пропонуються вправи по моделюванню позитивного майбутнього без вживання, постановки цілей та ін.

- *Самоефективність.* Для підсилення самоефективності необхідно розбивати процес на дрібні частини і заключати контракт на проходження цих частин (наприклад «*спробувати місяць працювати над собою в реабілітаційному центрі, а потім приймати рішення про подальші дії*»). Пропонується проробляти внутрішні конфлікти, що заважають повірити в свої цілі, вправи по підвищенню впевненості, проробка ефектів вивченої безпомічності і т.д.

Емоційні компоненти:

- *Почуття провини.* Почуття провини конфронтується через концепцію хвороби – вживання та його наслідки це не провина клієнта, а неконтрольований симптом хвороби.

- *Почуття сорому.* Почуття сорому також можна конфронтувати через концепцію хвороби.

- *Тривога.* З тривогою рекомендується працювати через знаходження «тут і зараз» та постановки короткотермінових цілей – «*не кидати пити назавжди, а не пити сьогодні*».

Компоненти сфери потреб, цінностей та смислів:

- *Потреби.* Клієнтові можна запропонувати схему, як вживання задовольняло його потреби, руйнуючи здорову систему задоволення потреб, і як ці потреби можна навчитися задовольняти тверезими засобами (можна використовувати піраміду потреб Маслоу).

- *Цінності.* Можна попросити назвати п'ять найважливіших цінностей у житті, а потім обговорити, як вживання задовольняє або руйнує ці цінності, що відбудеться при продовженні вживання, як можна задовольняти ці цінності у тверезості.

- *Смисли.* Просимо клієнта поставити п'ять найважливіших стратегічних життєвих цілей (5-10 років). Потім обговорюємо, як вживання буде допомагати чи заважати їх досягнути, та що насправді відбудеться, якщо вживання буде продовжуватися (враховуючи прогресування залежності).

Поведінкові компоненти:

- *Відповідальність.* Пояснити концепцію відповідальності за своє одужання – що основний вклад має сам клієнт.

- *Прийняття допомоги.* Тренінг прийняття допомоги. Пояснення про зони відповідальності допомоги та власну зону відповідальності.

- **Планування.** Тренінг навичок планування.

Основним механізмом анозогнозичних ефектів на цьому етапі роботи виступають психологічні захисти (механізми психоорганічного та адиктивного зниження особистості відіграють провідну роль на попередніх етапах роботи). Крім того, зіткнення з необхідністю визнати у себе проблеми зі зловживанням та присутність залежності викликає негативні афекти, витривалість до яких у залежних слабка. Внаслідок цього, механізми психологічних захистів від негативних афектів і визнання проблем ще підвищуються. Тому основним фокусом на етапі підвищення мотивації стоїть робота з психологічними захистами. Слід особливо зазначити, що тут робота з захистами має ціль виключно визнання проблем з залежністю, а не психотерапевтичної корекції самої системи захистів особистості. Тому психотерапевтичні техніки роботи з захистами (наприклад, інтерпретації та проробці в психоаналізі) тут не доцільні. Для цілей подолання захистів у мотиваційній роботі добре підходить раціональний підхід аналізу захисного мислення. У простій формі клієнтові подається концепція механізмів захистів, концепції захисного мислення (наприклад, є частина особистості, яка бажає залишатися тверезою, а є частина, яка бажає далі вживати, і друга частина особистості намагається переконати на продовження вживання; ті доводи, які вона наводить, називаються захисним або залежним мисленням). Можна навести приклади такого захисного мислення (Табл. 1.). Потім сумісно з клієнтом можна аналізувати приклади його захисного мислення за схемою: як захисне мислення звучить, як воно виправдовує вживання або невизнання залежності, які в цьому мисленні є помилки, яким може буде здорове мислення в даному випадку (табл. 2). При роботі з захистами клієнтові також слід давати значний підтримуючий ресурс та інші засоби подолати негативні афекти, пов'язані з визнанням залежності.

Таблиця 1.

Види захисного мислення та засоби роботи з ним (приклади для клієнтів)

Захисне мислення	Що робить?	Як звучить	Як долати
Заперечення	Повне невизнання проблем із вживанням	У мене жодних проблем із вживанням	Запросити зворотний зв'язок у людей, яким довіряєш
Мінімізація	Зменшує значущість проблеми	У мене не так вже багато проблем із вживанням	Провести чесний аналіз втрат від вживання
Витіснення	Визнає свої проблеми, але	Ой, я забув, що мені не можна!	Нагадувати собі, план дня

	забуває про них	Ой, я забув зробити щось по одужанню!	
Контроль	Визнає проблему, але при цьому думає, що впорається з нею сам	У мене все під контролем! Я впораюся сам, без допомоги! Я можу вживати контрольовано!	Провести чесний аналіз випадків втрати контролю
Проекція	Приписування своїх проблем іншим	Це не я алкоголік, це вони! Це у них проблеми!	Шукати в інших людях відображення себе
Порівняння	Порівняння себе з людьми, чиї проблеми ще гірші	У мене не так все погано, як у нього!	Порівнювати себе з людьми, у яких справи кращі.
Фантазування	Нереальні плани, фантазії.	Я завтра кину!	Повертатися в «тут і зараз», робити «тільки сьогодні»
Моралізація	Замість того, щоб шукати вирішення проблеми, засуджувати себе	Я кінчений алкоголік! Що я натворив, мені немає прощання (залишається тільки вживати далі)!	Відмова від почуття провини і сорому, прийняття відповідальності за рішення проблем.
Резонерствування	Міркування замість пошуку рішення, розумні і туманні формулювання, довгі розмови і так далі	Тільки разом взявшись за руки і озброївшись терпінням і неупередженістю ми зможемо виграти нерівний бій з ворогом...	Дії замість слів
Раціоналізація	Виправдання проблем, пошук інших причин	Я вживаю тому, що ... (життя, рідні, керівництво, обставини тощо)	Пошук головної причини у своїй залежності
Заміщення	Визнання проблем, але одночасно пошук інших, «важливіших» проблем	Та я залежний, і з цим треба щось робити, але спочатку необхідно (заробити гроші, налагодити справи в сім'ї тощо)	Чесний аналіз того, як подальше вживання вплине на інші «важливіші проблеми». Визнання залежності найважливішою проблемою на сьогоднішній день

Засміювання	Представлення проблем у смішному світі	Ги-ги, у мене залежність!	Відмова від жартів з приводу залежності, визнання «сумної» ситуації
-------------	--	---------------------------	---

Таблиця 2.

Аналіз захисного мислення

Захисне мислення	Частина правди	Частина брехні і/або прихована правда	Як це мислення виправдовує вживання?	Незалежне (здорове) мислення

4. Планування. Показником успішного проходження попереднього етапу мотиваційної роботи є розуміння клієнтом необхідності роботи з проблемами залежності. Однак, через адиктивні особливості особистості, крок між розумінням необхідності у роботі та самим початком роботи може ніколи не бути зроблений. Для допомоги в переході від розуміння до початку роботи з проблемами залежності спрямовано четвертий етап мотивування. Компоненти мотиваційної роботи на цьому етапі:

1.) Стратегічне планування процесу одужання від залежності. З одного боку, довгострокове планування викликає тривогу, з іншого боку воно є необхідним для попередження переривання терапії після перших етапів. Робота ведеться як із стратегічними цілями, так і з тривогою та ризиками передчасного переривання терапії.

2.) Аналіз важливості негайного початку лікування; визначення конкретних початкових дій. Залежний клієнт може повністю погоджуватись з необхідністю роботи з залежністю, але бажати відкласти її на невизначений термін. Тому необхідно мотивувати його на негайний початок та показати ризики відкладення початку роботи.

3.) Тактичне планування. Важливо проробити докладно кожні перші кроки з часом виконання та альтернативами при невдачах. План потрібно складати письмово та пропонувати клієнтові заключати контракт на його виконання.

4.) Проробка критеріїв ефективності кожного етапу одужання необхідна для профілактики подальших опорів. Ці критерії необхідно проробити письмово та пропонувати контракти за ними.

5.) Пошук авторитетної фігури, яка буде перевіряти і контролювати процес зі сторони. Внутрішня мотивація залежних слабка та нестійка, тому пропонується знайти підтримуючий зовнішній контроль виконання. Бажано, щоб такими фігурами не були родичі.

Основним ефектом анозогнозичних ефектів на цьому етапі виступають проблеми соціокультуральних міфів та установок щодо вживання – тобто проблеми інформації. Тому окремим напрямком роботи на цьому етапі буде подолання соціокультуральних міфів, установок, та, взагалі, робота зі зміни свідомих поглядів на вживання.

5. Підтримка. Проходження попереднього етапу передбачає початок роботи над проблемами залежності. Однак мотивація адиктів до терапії є нестійкою з двох причин: активація анозогнозичних ефектів внаслідок стресу або патологічного потягу, та дія психологічних опорів до терапевтичної роботи. Тому на цьому етапі клієнтові надається мотиваційна підтримка у процесі його одужання. Складовими роботи на цьому етапі є емоційна підтримка, перевірка критеріїв ефективності, робота з опорами.

З опором процесу лікування залежності рекомендується працювати аналогічно роботі з психологічними захистами. Дається концепція опору (наприклад, частина особистості, яка бажає продовження вживання, чинить опір процесу лікування). Наводяться приклади опорів, потім разом з клієнтом шукаються шляхи їх подолання.

Можна виділити наступні основні види опорів клієнта процесу терапії залежності та засоби, які можна запропонувати клієнтові для їх подолання:

Зміщення акцентів. Фокус уваги зміщується з одужання на інші аспекти життя (пошук роботи, стосунки в сім'ї тощо). «У мене зараз є важливіші справи». Протидія: Усвідомлено поставити одужання на перше місце у своєму житті. «Якщо я почну вживати, ніяких справ взагалі не буде. Тому зараз важливіше видужувати».

Покірність. Людина зовні як би працює, але насправді ніякої внутрішньої переконаності в необхідності такої роботи немає, процес терапії формальний. «Так і бути, я зроблю це, раз просять і говорять». Протидія: Почати видужувати для себе, а не для когось. «Я видужуватиму, тому що це необхідно мені»

Невіра у свої сили. Залежний не вірить, що у нього може щось вийти в зціленні, що він зможе жити не вживаючи: «Ця терапія не для мене, у мене не вийде». Протидія: укласти з собою угоду спробувати працювати деякий час (краще всього три місяці, але якщо складно,

можна місяць або укласти таку угоду декілька тижнів поспіль), а потім проаналізувати результати. «Я спробую працювати над своєю залежністю деякий час, а потім подивлюся, вийшло у мене, чи ні».

Свавілля. Залежний згоден лікуватися, але його не влаштовує запропоновані способи, він робить все як хоче, «пише свою програму». «Я знайду кращий спосіб». Протидія: спробувати спочатку запропоновані способи, потім, якщо не подіють, шукати свої.

Зневажливість (вибіркове одужання). Залежний нехтує багатьма рекомендаціями програми терапії (у крайній формі робота зводиться до одного тільки визнання залежності, без будь-яких дій). «Мені вони не потрібні (мені це не підходить), я і так впораюся!» Протидія: скласти повний план терапії і повністю наслідувати його, перевіряючи усі рекомендації на практиці. «Я не можу заздалегідь знати, що підходить, а що ні, мені треба спочатку повністю перевірити, які рекомендації для мене важливі, а які ні. Помилка може коштувати тверезості».

Зверхність. Залежний ставить себе в положення «най-най», тому припиняє працювати як інші, шукає до себе особливий підхід. «Вони усі дурні, я краще знаю». Протидія: входження в колектив, шукати загальні проблеми і риси. «Я може і особливий, а ось хвороба однакова, тож і лікування буде схожим»!

Жалість до себе. Залежний починає себе жаліти замість того, щоб реально щось робити. «Як мені нещастить, мені гірше усіх!» Протидія: ставити собі реальні цілі терапії, які покращуватимуть життя і стан. «Якщо мені погано, намагатимуся, щоб мені було краще – видужувати»!

Наївність. Людина як би не розуміє очевидних істин, поводить себе наївно, як дитина «Ой, невже цього не можна? А я не знав!». Протидія: проаналізувати серйозність проблеми, до чого все може призвести. «Порушення рекомендацій призведе до плачевних наслідків незалежно від того, знаю я про них чи ні»!

Скритність. Нерозголошування деяких фактів з минулого або сьогоdnішнього життя. При цьому людина може говорити про проблему (чи опрацювати її) узагальнено, без конкретики і прикладів, абстрактно. «Немає чого зосереджуватися на подробицях, досить загального визнання». Протидія: відкритість, конкретність. Говорити відкрито про проблеми, згадувати конкретику. «Конкретика це найголовніше»!

Нудьга. У залежного пропадає інтерес до процесу терапії, йому стає нудно працювати над залежністю. «Як це усе набридло!» Протидія: шукати в одужанні цікаві моменти, зацікавлювати себе, бачити радісні та веселі сторони. «Насправді в одужанні є багато цікавого і радісного»!

Знецінення. Залежний починає знецінювати результати терапії (варіант – вважати, що хоча іншим допомагає, саме мені це не допоможе). «Терапія не допомагає!» Протидія: Аналізувати позитивні досягнення, хвалити себе за них, зосереджуватися на досягненнях, а не на невдачах. «Є реальні позитивні результати».

Висунення умов. Залежний починає ставити умови, за яких він буде лікуватися. «Я працюватиму над своєю залежністю, якщо.» «Мені ці умови терапії не підходять!» Протидія: ухвалення свого усвідомленого рішення уникнути кінцевої смерті від вживання. «Якщо я не лікуватимуся, то помру без будь-яких додаткових умов!» «Видужувати необхідно починати в тих умовах, які є»!

Показуха. «Лікування напоказ», заради того, щоб справити враження на інших. Як варіант опір «Професійний пацієнт»: все знає, цитує «великих», усім ставить діагнози і оцінює чужі невдачі. «Я вам покажу, як потрібно видужувати!». Протидія: Як і з покірністю, почати видужувати для себе, а не для того, щоб справити враження на інших. «Головне, щоб одужання принесло результати мені»!

Рятівництво. Залежний починає «лікувати» інших, рятувати, звертати більшу увагу одужанню інших. «Я повинен допомогти іншим!» Протидія: в першу чергу приділяти увагу своєму процесу терапії, а потім, у вільний час, якщо попросять, допомозі іншим. «У першу чергу допомоги потребую сам»!

Агресивність. Агресивне ставлення до програми терапії, консультантів, інших представників програми, критика, боротьба, спори тощо. «Я повинен їх провчити, я їм усім покажу». Протидія: спочатку допомогти собі, а потім «розбиратися» з іншими «Спочатку покажи собі».

Збудження. Занадто натхненне прийняття програми, ейфорія, запал, збудження. «Ось воно!!!». Протидія: терапія залежності – процес обдуманий і спокійний, зупинятися, приводити себе до душевної рівноваги, а тільки потім займатися справами терапії.

Поклоніння. Фанатичне прийняття програми терапії, замість роботи по ній – поклоніння їй. «Тільки вона мене врятує!». Протидія: ніяка програма не лікує, це усього лише набір рекомендацій, змінює себе сама людина. Не передавати відповідальність програмі, а брати на себе відповідальність за її розумне виконання. «Ніяка програма без мене не може призвести до змін в мені».

Висновки. Мотиваційна робота з залежними клієнтами є необхідним і одним із центральних компонентів терапевтичної роботи взагалі. Комплексний мотиваційний підхід до індивідоцентрованої мотиваційної роботи передбачає: розгляд проблеми мотивації з патологічної (ефект анозогнозії) та санологічної (розвиток та функціонування здорової мотивації) точки зору, врахування

особливостей особистості залежних та відповідних особливостей консультування, багаторівневу модель мотивації, комплексну структуру мотивації, етапність та поступовість мотиваційної роботи.

Список використаних джерел:

1. Анонимныеалкоголики : рассказ о том, какмногиетысячи мужчин и женщинвылечились от алкоголизма / [пер. с англ.]. – К. : AA WorldService, 2011. – 120 с.
2. Громько Д. И. Уровнимотивации к лечению и ихзависимость от клинико-психологических характеристик больныхалкоголизмом : дис. ... канд. мед. наук. : 14.00.45 / ГромькоДмитрийИванович. – СПб., 2002. – 119 с.
3. Джонсон В. Метод убеждения. Как заставит наркомана илиалкоголикалечиться / Джонсон Вернон. – М. : Институтобщегуманитарныхисследований, 2012. – 112 с.
4. Ерышев О. Ф. Алкогольнаязависимость : формирование, течение, противорецидивнаятерапия / О. Ф. Ерышев, Т. Г. Рыбакова, П. Д. Шабанов. – СПб. : Изд-во «ЭЛБИ-СПб», 2002. – 192 с.
5. Иванов В. О. Принципи роботи амбулаторної соціально-психологічної реабілітації осіб залежних від алкоголю : науково-методичний посібник / В. О. Иванов, Ю. М. Безсмертний, Д. Ю. Старков. – К. : ПАТ «Віпол», 2013. – 128 с.
6. Кривулин Е. Н. Эффективностьмотивационнойпсихотерапиилицам с алкоголизмом и низкимуровнеммотивации на отказ от его употребления / Е. Н. Кривулин, И. Ю. Бочкарева, А. Х. Мингазов Н. В. Юркина, А. А. Власов // Академический журнал ЗападнойСибири. – 2012. – № 1. – С. 39-40.
7. Магкоев В. Мотивационноеинтервьюирование : руководство для тренера / В. Магкоев, Я. Туреханов. – Душанбе : СПИД Фонд Восток-Запад, 2011. – 68 с.
8. Понизовский П. А. Когнитивныерасстройства и соматическаяанозогнозия у больныхалкогольнойзависимостью : автореф. дис. на соисканиестепениканд. мед. наук : спец. : 14.00.18 «Психиатрия» / П. А. Понизовский. – М., 2007. – 24 с.
9. Прохазка Д. О. Психологияпозитивныхизменений. Какнавсегдаизбавиться от вредныхпривычек / Д. О. Прохазка, К. ди Клементе, Д. К. Норкросс ; пер. сангл., М. Пускант. – М. : Манн, Иванов и Фербер, 2013. – 166 с.
10. Тикноте Г. Структура и уровеньмотивации на лечениебольныхалкоголизмом / Г. Тикноте, С. Г. Григорьев, В. А. Мильчакова, С. Мизерас, Р. Мизерене // Вестникпсихотерапии : науч.-практ. журн., Междунар. ин-т резерв. возможностейчеловека. - СПб., 2013. – № 47. – С. 86-97
11. Трифонова Е. А. Актуальныевопросыизученияалкогольнойанозогнозии / Е. А. Трифонова, А. В. Яровинская // Актуальныепроблемыгуманитарных и естественных наук. – 2010. – №8. – С. 375-379.
12. Флорес Ф. Дж. Групповая психотерапия зависимостей / Филип Дж. Флорес ; пер. с англ.– М.: Институт общегума-нитарных исследований, 2014.– 736 с.

13. Храпаль А. Мотивационное интервьюирование лиц, употребляющих инъекционные наркотики (пособие для социальных работников программ профилактики ВИЧ/СПИД) / [глав. ред. Андрей Храпаль]. – К. : «Alliance». – 2004. – 108 с.
14. Чирко В. В. Очерки клинической наркологии / В. В. Чирко, М. В. Демина. – М. : Медпрактика, 2002. – 237 с.
15. Эпов Л. Ю. Применение мотивационной психотерапии при лечении больных с алкогольной зависимостью : дис. ... канд. мед. наук. : 14.00.45 / Эпов Лев Юрьевич. – М., 2004. – 154 с.
16. Ялтонский В. М. Теоретическая модель мотивации к лечению зависимости от психоактивных веществ / Ялтонский В. М. // Вопросы наркологии. – 2009. – №6. – С. 68-76.
17. Ames G. M. Prevention Interventions of Alcohol Problems in the Workplace: A Review and Guiding Framework / J. M. Ames, J. B. Bennett // Alcohol Research & Health. – 2011. – Vol. 34, No. 2. – p. 175-187
18. Meyers R. Get Your Loved One Sober: Alternatives to Nagging, Pleading, and Threatening / Robert J. Meyers, Brenda L. Wolfe. – Hazelden, 2003 – 240 p.
19. Meyers R. The Community Reinforcement Approach: An Update of the Evidence / Robert J. Meyers, Hendrik G. Roozen, Jane Ellen Smith // Alcohol Research & Health. – 2011. – Vol. 33, No. 4. – p. 380-388.
20. Miller W. R. Motivational interviewing : Preparing people to change / W.R. Miller, S. Rollnick. – New York : Guilford, 2002. – 212 p.

REFERENCES:

1. *Alcoholic Anonymous* (2011). Kyiv: AA World Service.
2. Hromyko, D.I. (2002). Urovnimotivatsii k lecheniuiihzavisimostot kliniko-psikhologicheskikhkarakterystikbolnykhalkoholyzom [Treatment motivation's levels and its dependence of clinical-psychological characteristics of alco-addicts]. *Candidate's thesis*. Moscow [in Russian].
3. Johnson, V.E. (2012). *Intervention, how to help someone who doesn't want help: a step-by-step guide for families and friends of chemically dependent persons*. Moscow: Instytutobshchehumanytarnykhissledovaniy.
4. Eryshev, O.F., Shabanov, P.D., & Rybakova T.H. (2002). *Alkoholnaiazavisimost: formirovanie, techene, protivoretsidivnaiaaterapiia [Alcohol addiction: the formation, during, antirelapse therapy]*. Saint Petersburg: Izd-vo «ELBY-SPb» [in Russian].
5. Ivanov, V.O., Bezsmertnyi, Yu.M. & Starkov, D.Yu. (2013). *Prytspyrobotyambulatornoisotsialno-psykhologichnoireabilitatsiisibzaleznykh vid alkoholiu [Operating principles of ambulatory social and psychological rehabilitation of persons dependent on alcohol]*. Kyiv: PAT «Vipol» [in Ukrainian]
6. Krivulin, E.N., Bochkareva, I.Yu., Minhazov, A.Kh., Yurkina, N.V., & Vlasov, A.A. (2012). Effektivnostmotivatsionnoipsikhoterapiiitsam s alkoholizmom i nizkimurovнемotivatsiinaotkazotehoupotrebleniia [The efficacy of motivational psychotherapy to persons with alcoholism and a low level of motivation to rejection its consumption]. *Akademicheskii zhurnal Zapadnoi Sibiri – Academic Journal of West Siberia*, 1, 39-40 [in Russian].

7. Mahkoev, V. & Turekhanov, Ya. (2011). *Motivatsionnoeinterviuovanie [The motivational interviewing]*. Dushanbe: SPID Fond Vostok-Zapad [in Russian].

8. Ponizovskii, P.A. (2007). Kognitivnyerasstroistvaisomaticheskaiaanozohnoziia u bolnykhalkoholnoizavisimosti [Cognitive disorders and somatic anosognosia in patients with alcohol dependence]. *Extended abstract of candidate's thesis*. Moscow [in Russian].

9. Prochaska, J.O., Norcross, J.C. & DiClemente, C.C. (2013). *Changing for Good: The Revolutionary Program That Explains the Six Stages of Change and Teaches You How to Free Yourself from Bad Habits*. Moscow: Mann, Ivanov i Ferber.

10. Tikniute, H., Hrihorev, S.H., Milchakova, V.A., Mizeras, S., & Mizerene R. (2013). Strukturaiurovenmotivatsiinalecheniebolnykhalkoholizmom [Structure and level of motivation for treatment in alcoholic patients]. *Vestnikpsykhoterapii – Bulletin of Psychotherapy*, 47, 86-97 [in Russian].

11. Trifonova, E.A., & Yarovinskaia, A.V. (2010). voprosyuzchenyiaalkoholnoianozohnozii [Actual issues the study of alcoholic anosognosia]. *Aktualnyeproblemyhumanitarnykhiestestvennykh nauk – Current problems the humanities and natural sciences*, 8, 375-379 [in Russian].

12. Flores, P.J. (2014). *Group Psychotherapy with Addicted Populations*. Moscow: Institutobshchegumanytarnykhissledovani.

13. Khrapal, A. (2004). *Motivatsionnoeinterviuovanie lits, upotrebliaiushchikhinektsyonnyenarkotiki [Motivational interviewing people who inject drugs]*. A. Khrapal (Ed.). Kyiv: «Alliance» [in Russian].

14. Chirko, V.V. & Demina, M.V. (2002). *Ocherkiklinicheskoinarkologii [Essays on a clinical narcology]*. Moscow: Medpraktika [in Russian].

15. Epov, L.Yu. (2004). Primeneniemotivatsionnoipsikhoterapiiprilecheniibolnykh s alkoholnoizavisimosti [The use of motivational psychotherapy in the treatment of patients with alcohol dependence]. *Candidate's thesis*. Moscow [in Russian].

16. Yaltonskii, V.M. (2009). Teoreticheskaiamodelmotivatsiik lecheniizavisimostiopsikhoaktivnykhveshchestv [Theoretical Model Of Motivation To Treatment Of Psychoactive Substances Dependence]. *Voprosynarkologii – Journal of Addiction Problems*, 6, 68-76. » [in Russian].

17. Ames, G.M. & Bennett, J.B. (2011). Prevention Interventions of Alcohol Problems in the Workplace: A Review and Guiding Framework. *Alcohol Research & Health*, Vol. 34, 2, 175-187

18. Meyers, R.J., & Wolfe, B.L. (2003). *Get Your Loved One Sober: Alternatives to Nagging, Pleading, and Threatening*. Hazelden.

19. Meyers, R.J., Roozen, H.G., & Smith J.E. (2011). The Community Reinforcement Approach: An Update of the Evidence. *Alcohol Research & Health*, Vol. 33, 4, 380-388.

20. Miller, W.R. & Rollnick, S. *Motivational interviewing: Preparing people to change*. New York: Guilford.

Старков Д. Ю. Формирование мотивации к терапии у химических зависимых особ. В статье проанализированы модели мотивации к

терапии у химически зависимых лиц. Показано, что существует два подхода к объяснению проблемы низкой мотивации к терапии у аддиктов: патологический и санологический. Рассмотрена эволюция практических подходов мотивирования аддиктов к началу лечения: информационных подход, конфронтационный подход, мотивационное интервьюирование. Разработана комплексная модель мотивации химически зависимых лиц. В методологическую основу модели положена интеграция патогенетической модели анозогнозии и салютогенетической модели позитивного развития мотивации. Также в комплексной модели комплексная структура мотивации к терапии, процессуальность развития мотивации.

Ключевые слова: мотивация, мотивирование, химическая зависимость, анозогнозия

Starkov D. Yu. Formation of chemical addict's motivation to therapy. Models of motivation to treatment of chemically dependent persons is analyzed in the article. It is shown that there are two approaches to the explanation of the problem of addict's low motivation to therapy: pathological and sanological. Anosognosia's effects in the pathological model cause low motivation. Five mechanisms of anosognosia is considered: psycho-organic syndrome, axiological sphere's addiction deformation, psychological defenses, denial for others, and the problem of awareness. Integrated model of motivation of chemically dependent persons is developed. The model's methodological basis is integration of pathogenetic model of anosognosia and salutogenetic model of positive development of motivation. The integrated model of motivation consists of five stages: establishing trust, intervention, enhance motivation, planning, support. The first phase is to establish a trusting relationship with the client and working with the mechanisms of anosognosia such as psychoorganic and addictive decline of the personality. The aim of the second stage is the emergence of doubts about the lack of problems with addiction. In the third stage for the development of motivation offers working with cognitive, emotional, value, and behavioral components of motivation and psychological defenses. The fourth stage is devoted to strategic planning, tactical planning, motivation for immediate start working with addiction, working through the performance criteria, searching authority person and exploring socio-cultural myths.

Key words: motivation, motivate, chemical addiction, denial