

# Современные принципы ведения профессиональной мотивационной работы, ориентирующей на включение в лечебно-реабилитационные программы лиц с наркологическими расстройствами

Каклюгин Н.В.<sup>1</sup> к.м.н., врач психиатр-нарколог, председатель регионального отделения в Краснодарском крае  
Григорян Н.А.<sup>2</sup> к.б.н., доцент кафедры медицинской биологии и генетики

- 1 — Общероссийская общественная организация «Матери против наркотиков»  
121596, Москва, ул. Горбунова, д. 2, стр. 204
- 2 — ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»  
344022, Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, д. 29

Автор для корреспонденции. Каклюгин Николай Владимирович; e-mail: psihodoctor@ya.ru

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Поступила: 23.09.2017

*При реально высокой потребности всех химически зависимых лиц в обследовании, лечении и вероятном последующем включении в реабилитационный процесс с использованием профессиональных мотивационных технологий в настоящее время фиксируются крайне низкие показатели госпитализаций данной категории больных в государственные наркологические реабилитационные учреждения, либо наблюдается все более широкое распространение случаев насилия над личностью наркозависимых лиц, которых путем не мотивации, а грубого принуждения, вплоть до физического насилия, доставляют в так называемые мотивационные дома, где насилие над ними продолжается и к социальной реабилитации никакого отношения не имеет. Это свидетельствует о необходимости создания и тиражирования единой методологии мотивационного консультирования, создания обучающих площадок для сотрудников и волонтеров негосударственных реабилитационных учреждений с целью определения им допуска к работе с наркологическими больными в негосударственных учреждениях в рамках подготовки наркозависимых к дальнейшему включению в длительные амбулаторные и стационарные реабилитационные программы. Ежегодно снижающееся число психотерапевтов и психологов, участвовавших согласно штатному расписанию в деятельности государственной наркологической службы, также подтверждает необходимость привлечения социально-ориентированных некоммерческих и коммерческих организаций к разворачиванию мотивационных программ для вовлечения пациентов наркологического профиля в процесс лечения (детоксикации) и медицинской реабилитации в государственных учреждениях с последующим переводом в программы медико-социальной или социальной реабилитации (без лечения) в негосударственные учреждения. Данный материал может стать отправной точкой для начала серьезной научной дискуссии, которая выльется в конкретные предложения и будет оформлена в директивные указания для сотрудников как государственных, так и негосударственных реабилитационных учреждений, со стороны профильных служб: региональных и муниципальных антинаркотических комиссий, территориальных органов МВД России, социальной защиты населения, которым поручено координировать и контролировать данный сегмент оказания социально значимых услуг населению.*

**Ключевые слова:** химическая зависимость, лечение, реабилитация, мотивация, мотивационное консультирование, модель поэтапных изменений поведения.

## Введение

Общепризнанной проблемой психотерапевтического лечения пациентов с аддиктивными заболеваниями является низкая мотивация и высокий уровень сопротивления лечению [52]. Оказание лечебно-реабилитационной и психологической помощи лицам с зависимостью различной степени выра-

женности от тех или иных наркотических средств и психотропных веществ сопровождается рядом трудностей, которые связаны с низким уровнем мотивации, неадекватным отношением к заболеванию и самому терапевтическому процессу. Установка на лечение алко- и наркопотребителя с последующим включением в лечебно-реабилитационную программу часто является кратковременной, что обусловлено небла-

гоприятным психосоматическим состоянием, социальными и личностными проблемами, вызванными длительным приемом высокотоксичных психоактивных веществ.

При проведении первичных лечебно-терапевтических мероприятий у данной группы лиц основное внимание уделяется устранению симптомов интоксикации, абстинентного синдрома, стабилизации соматического состояния, при этом коррекции нарушений эмоционально-мотивационной сферы уделяется недостаточное внимание. В то же время официально признанной и научно обоснованной точкой зрения является следующая установка — психотерапию следует проводить с самого начала лечения наркоманий, поскольку именно она будет способствовать формированию у пациента установки на дальнейшее лечение и отказ от приема психоактивных веществ [42]. При этом, как показывает практика, эмоциональные расстройства могут служить препятствием в стабилизации ремиссий, приводят к рецидиву заболевания. Развитие зависимости от психоактивных веществ сопровождается мотивационной деформацией с формированием наркотической доминанты. Дефицит основополагающих потребностей и интересов в жизни, неспособность к упорядоченности в своей деятельности приводят к быстрой трансформации ведущих мотивов, при этом потребление наркотика становится смыслообразующим фактором в поведении. Сохраняемые звенья в иерархии здоровых потребностей с учетом появления на наркорынке все более мощных по наркогенному потенциалу синтетических наркотиков становятся все менее способны противодействовать их выраженному аддиктивному потенциалу.

Открывая заседания Государственного антинаркотического комитета 22.09.2017 г., его председатель, министр внутренних дел В.А. Колокольцев высказал серьезную озабоченность в связи с ростом наркотизации российского общества, особенно в молодежной среде. Согласно озвученным им данным, в первом полугодии 2017 года в России изъято в два раза больше синтетических наркотиков, чем за аналогичный период прошлого года. В то же время цифры официальной статистики государственной наркологической службы демонстрируют снижение числа госпитализаций на наркологические койки в течение последних лет: с 4,1 на 1000 жителей в 2009 г. до 3,6 в 2014—2015 гг., или на 12%, то есть, потребность в госпитализации пациентов наркологического профиля в стране снижается. С реабилитацией дела обстоят несколько иначе — потребности не соответствуют имеющимся мощностям. Число пациентов, прошедших стационарную реабилитационную программу в государственных наркологических учреждениях в 2015 г., составило 29 593 чел., что составляет

5,1% от числа проходивших стационарное лечение. В государственные амбулаторные реабилитационные программы в том же 2015 г. включено 91 700 пациентов наркологического профиля, что составляет 3,5% от числа обратившихся за амбулаторной наркологической помощью. В то же время, в 2015 г. специализированными учреждениями Министерства здравоохранения Российской Федерации зарегистрировано 2 651 579 больных наркологическими расстройствами или около 1,8% общей численности населения. При этом в 2015 г. уменьшилось число наркологических диспансеров — с 95 до 92, число наркологических диспансеров, оказывающих стационарную помощь, уменьшилось до 86. Число учреждений, имеющих амбулаторные наркологические подростковые отделения (кабинеты) с 2013 по 2015 гг. снизилось с 252 до 206, отрицательный прирост 2015 г. к 2014 г. составил 9,3%. Число наркологических коек на 31.12.2015 г. снизилось от 24 068 в 2013 г. до 21 943 в 2015 г., более чем на 2 000 человек [37].

Во многом это связано с простым наркологическим реабилитационным коек в течение года — у наркологических больных стабильно низкая мотивация на вхождение в долгосрочные реабилитационные программы. Измененность личности (или аддиктивная личность) порождает высокую степень сопротивления по отношению к лечебным мероприятиям, лишаящим ее условно выгодных аспектов употребления наркотика и возможности пусть и патологического, деструктивного, но тем не менее удовлетворения личностных тенденций [8, 15, 22, 49]. В отечественной клинической наркологии на нарушения мотивации наркологических больных указывают многие авторы [10, 12, 20, 23, 41]. В части работ эти вопросы рассматривались приоритетным образом [1—5, 21, 54]. В научной литературе описаны ведущие закономерности становления патологически измененной мотивации наркологического больного, связь данных нарушений с клинической картиной и личностью. Наиболее часто низкая мотивация пациентов с наркологическими заболеваниями к лечению трактуется как следствие более общих нарушений мотивационной системы у таких больных, с акцентом на патологической мотивации потребления того или иного психоактивного вещества [1].

Существует и вполне обосновано мнение, что психотерапия — это заложенная внутри культуры целительская практика, возникшая в связи со свойством человека интерпретировать мир, ведь осмысление через интерпретацию позволяет нам объяснять физические и психические недуги [76]. В этом смысле не столь важен вид терапии (или психотерапии), сколько в какой мере он изменяет видение, внутреннюю картину мира пациента и формирует ожидания успеха либо негативной реакции [51]. Эффект ожиданий

значимо влияет на удержание пациента в психотерапии и конкретные терапевтические результаты. Позитивные ожидания от психотерапии приводят к снижению стресса в начале лечения, большей осознанности психологических процессов, появлению улучшений еще до начала лечения (при записи на прием к психотерапевту), а негативные или низкие ожидания способствуют оттоку потенциальных и реальных клиентов и общему снижению эффективности психотерапии [59]. При этом совпадение ожиданий пациента о том, что будет происходить на психотерапии, с объяснением будущего процесса, которое дает психотерапевт при первом контакте, в значительной мере влияет на дальнейшее посещение психотерапии пациентом и последующее включение его в реабилитационную программу [61]. Кроме того, пациенты могут приходить к психотерапевту с уже готовыми ожиданиями о том, как будет проводиться психотерапия и ее результатах: при этом чем выше ожидания, тем больше пациент вовлечен в лечение, тем больше улучшений происходит в ходе терапии и сильнее эффект «реморализации» [57, 58, 59].

Крайне неблагоприятная ситуация в сфере незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ требует оперативных решений. Одним из таких решений, согласно экспертному мнению и позиции ведущих специалистов психиатрической и наркологической службы является введение института принудительного лечения наркозависимых лиц как наиболее сложной и социально опасной группы из всех лиц с зависимым поведением [13, 50, 53]. Со стороны наркологической службы на федеральном уровне идет работа по формированию предложений по изменению законодательства в данном направлении. В частности, о внесении изменений в Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 08.01.1998 года №3-ФЗ [46]. Однако, эта работа на данный момент не обрела конечного результата — институт принудительного лечения, к сожалению, так и не создан, юридически не узаконен. На этом фоне услуги по мотивации наркозависимых лиц и дальнейшей их социальной реабилитации оказывают негосударственные реабилитационные учреждения, открытые под эгидой многочисленных общественных социально-ориентированных некоммерческих организаций: благотворительных фондов, некоммерческих партнерств, автономных некоммерческих организаций и т.п. Среди них, согласно экспертным оценкам, подавляющее большинство представляют собой структуры, тем или иным образом аффилированные с лидерами новых религиозных движений и тоталитарных деструктивных культов, в первую очередь представителей так называемой Салентологической церкви и международного неопятиде-

сятнического движения (так называемые евангельские христиане) [16, 17]. Последние на территории Российской Федерации в последние годы проявляют тенденцию к объединению в ассоциации или союзы. Наиболее известны среди них, имеют наибольшее число ассоциированных членов некоммерческие партнерства «Национальный антинаркотический союз» и «Национальная антинаркотическая ассамблея», Ассоциация некоммерческих организаций «Родина без наркотиков».

Экспертное сообщество причисляет их и входящие в них структуры к тоталитарным деструктивным культам, считая их деятельность социально опасной и сопряженной с угрозой национальной безопасности Российской Федерации [9, 16, 30], не имеющей никакого отношения к реализации реабилитационных программ для лиц с наркологическими расстройствами, поскольку здесь механизмом обеспечения трезвости является использование определенных психотехник, переключающих химическую зависимость алкоголика или наркомана на более мощную нехимическую, психологическую — от группы, лидеров и используемых ими ритуальных квазирелигиозных суггестивных практик [29, 30, 32, 33, 44].

Два других наиболее крупных объединения негосударственных реабилитационных учреждений для лиц с химической зависимостью — «Независимая наркологическая гильдия» и «Национальный союз реабилитационных центров» [35]. Включенные в них организации декларируют осуществление своей реабилитационной деятельности в соответствии с программой «12 шагов» в рамках «Миннесотской модели» терапевтического сообщества [25, 34].

Активно развивается в последние несколько лет система оказания помощи наркозависимым лицам под эгидой Русской Православной Церкви Московского Патриархата в соответствии с программным документом «Об участии Русской Православной Церкви в реабилитации наркозависимых», утвержденным на заседании Священного Синода Русской Православной Церкви 26.12.2012 г. [45]. Названные первыми три структуры — Национальный антинаркотический союз, Национальная антинаркотическая ассамблея и Ассоциация «Родина без наркотиков», помимо своей связи с нетрадиционным для России неопятидесятническим религиозным движением, имеющим те же духовные корни, психотехнические приемы и идеологию, что и сопричастные к событиям на обоих украинских «цветных» революциях аналогичные «церкви», являются в России лидерами по возбуждению дел в отношении их адептов — в соответствии со статьями УК РФ за умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью, похищение человека и за создание некоммерческой организации,



посыгающей на личность и права граждан [33, 35, 47]. В первую очередь это связано с практически нулевым уровнем профессионализма направляемых из данных организаций по согласованию с родственниками наркозависимых так называемых «мотивационных бригад», члены которых неспособны провести работу по мотивации нуждающихся в оказании лечебно-реабилитационной помощи лиц на должном профессиональном уровне.

При этом в Национальном стандарте Российской Федерации «Социальное обслуживание населения» 2013 года, раздел «Термины и определения», указано, что работа с потребителями наркотиков по формированию мотивации к трезвости, рассматриваемая как совокупность мероприятий по формированию, поддержанию и усилению мотивации на полный отказ от приема психоактивных веществ и алкоголя, проводится через поэтапный перевод мотивировки отказа от психоактивных веществ (словесная установка на трезвость, высказываемая потребителем наркотиков и алкоголя под внешним давлением семьи, работы и т.д.) в истинный мотив отказа от психоактивных веществ, как полноценной потребности в трезвой жизни [43].

В реальности, к сожалению нередко все происходит абсолютно иначе, мало кто соблюдает такой регламент. Как мы видим, исходя из информации от самих пострадавших и их родственников от такой «интервенции», постоянно проходящих в новостных лентах сообщений о задержании, а затем — возбуждении в тех или иных субъектах Российской Федерации уголовных дел в отношении руководителей и сотрудников общественных организаций, мотивационное консультирование или интервьюирование на практике очень часто превращается в вызов на дом родственниками так называемой «мотивационной бригады», банальное избивание алко- или наркозависимого, «упаковку» его при помощи клейкой ленты и/или наручников в транспортное средство, доставку в соответствующий «мотивационный дом», размещение там по-прежнему зафиксированным в отдельном помещении и постоянное подавление воли до момента, пока она не будет сломлена и человек под страхом применения в отношении него повторного насилия не начнет беспрекословно подчиняться всем требованиям. В результате, как сообщают в своих заявлениях с просьбами возбудить уголовные дела пострадавшие, по отношению к ним применяется беспрецедентное насилие с использованием дубинок, электрошокеров, незаконным введением инъекционным путем психотропных препаратов из ряда нейролептиков и прочими моментами, несоотносимыми с понятием «мотивация на включение в реабилитационную программу» [19, 31, 47, 55].

## Основные понятия в мотивационной работе

С точки зрения науки в общем смысле мотивация — это система стимулов (мотивов), побуждающих человека к действию или бездействию. Мотив — это побуждение совершить какое-то действие или бездействие. Это внутреннее состояние человека (нужда, идея или эмоция), которое побуждает к деятельности. Под мотивацией понимается динамический процесс развития, формирования и реализации имеющихся мотивов [28]. Мотивы объясняют, почему человек начинает действовать, почему он делает именно это, а не что-то другое, и почему он воздерживается от некоторых действий.

В качестве мотивов действия или бездействия могут выступать потребности и интересы, влечения и эмоции, установки и идеалы.

В современной психологии есть несколько теорий по поводу мотивов действий человека. Основные здесь — поведенческий подход и гуманистический подход.

Поведенческий подход утверждает, что человек руководствуется в своем поведении сигналами, поступающими из окружающего мира, а его внутренний мир для поведения не имеет большого значения. Поэтому поведение человека можно программировать (предвидеть, предопределять) посылаемыми ему стимулами.

Гуманистический подход утверждает, что у человека есть свобода выбора и в своих поступках он руководствуется решениями, основанными на мотивах (потребностях и интересах, влечениях и эмоциях, установках и идеалах).

Основная общая проблема для всех лиц с зависимым поведением состоит в слабой мотивации к лечению и последующей реабилитации. Мотивация при этом выражается в степени готовности к изменению существующего положения и предусматривает:

- 1) желание начать лечение,
- 2) активное сотрудничество в достижении терапевтических целей во время лечения и вплоть до его запланированного завершения,
- 3) стремление избежать рецидивов после окончания лечения.

В отличие от большинства психических расстройств, при которых пациент активно заинтересован в лечении, при злоупотреблении психоактивными веществами выполнение трех вышеназванных аспектов крайне проблематично.

При организации мотивационной деятельности с потребителями наркотиков необходимо учитывать, что особенностью влияния психоактивных веществ на мотивационную систему потребителя наркотиков является то, что, постепенно поглощая все предшествующие глубинно-личностные мотивы, он разрастается и становится

ся главным, доминирующим мотивом. Мотив изменения сознания с помощью психоактивных веществ меняет и конкретно — ситуативные мотивы, так что все их содержание становится связанным с наркотической или алкогольной тематикой [43]. Подавление других значимых мотивов доминирующим мотивом к употреблению наркотиков является барьером к осознанию потребителем наркотиков необходимости изменений с целью прекращения употребления наркотиков.

Также трудности мотивирования обусловлены зачастую недостаточностью знаний и компетенций специалистов, которые сталкиваются с потребителями наркотиков в своей практической работе, о возможностях, методах, техниках мотивирования потребителей наркотиков к прохождению программ комплексной реабилитации.

Под «мотивом» в широком смысле понимается мотив как предмет удовлетворения потребности. Мотив дан человеку изначально готовым, его невозможно сформировать, но он может актуализироваться и запускать процесс «мотивации» в результате внешних (психогенных) и внутренних (психическая болезнь) процессов.

Мотивация — это средство или механизм реализации имеющихся мотивов, динамический процесс развития и формирования мотива. Первичная мотивация проявляется в форме потребности, влечения.

В течение последних 15 лет целый ряд отечественных научных исследований был посвящен разработке механизмов повышения мотивации злоупотребляющих людей к терапии зависимости. На основании зарубежного опыта 1980-1990-х годов разработана целая серия мотивационных подходов с целью выявить и активировать мотивацию пациента к изменению своего деструктивного поведения, наносящего ущерб своему здоровью и безопасности окружающих.

Упомянутые подходы опираются на следующие положения о природе мотивации:

- мотивация — это ключ к изменению. Опыт человеческого «внутреннего я» — это самый главный компонент личностного изменения и роста — процесс самоактуализации, который дает толчок к постановке целей для усиления влияния на личность. В этом контексте мотивация приобретает новые свойства целенаправленного, намеренного и позитивно ориентированного явления, работающего в лучших интересах личности;
- мотивация многомерна, вобрав в себя внутренние эмоции и желания, переживаемые пациентом, внешнее давление и цели, влияющие на пациента, осознание рисков и преимуществ личностного поведения, а так же когнитивную оценку ситуации.
- мотивация динамична и неустойчива — это динамичное состояние, которое гораздо более подвержено изменениям под влиянием времени и различных ситуа-

ций, чем любой статичный признак личности. Мотивация имеет различные степени силы и ответной реакции;

- мотивация интерактивна, подвержена влиянию социального взаимодействия. Мотивация является врожденной, но, тем не менее, поддается влиянию посторонних людей или окружающих факторов. Однако, внутренние факторы являются основой изменений, а внешние — их условиями. На мотивацию личности может повлиять семья, друзья, личные переживания и поддержка общества;

- мотивацию можно видоизменить. Она охватывает все виды деятельности, проявляясь в сложных ситуациях и любом отрезке времени. Отсюда следует, что врач и прочие специалисты, а также ближайшее окружение больного могут повлиять и положительно изменить мотивацию личности еще до того как здоровьем, отношениям, репутации или собственному имиджу нанесен значительный вред;

- стиль работы специалиста влияет на мотивацию пациента. Несмотря на то, что ответственность за изменение лежит на пациенте, задача специалиста заключается не только в обучении, структурировании и раздаче советов. Целью становится помочь больному распознать проблему поведения, рассмотреть положительные изменения как достижения на благо обеих сторон, чувствовать себя способным осуществить изменения, разработать план изменений, начать действовать и продолжать придерживаться стратегии, которая будет препятствовать возвращению к проблемному поведению. Усиленное привлечение таких факторов как культурное происхождение пациента, может значительно повлиять на его мотивацию.

Но при всем этом существует различие в понятиях влияющих на мотивацию личности, несколько типов личного опыта, которые могут повысить или понизить мотивацию.

Предпосылки, подталкивающие людей к изменениям и принятию решения о необходимых действиях:

- уровень дистресса. К примеру, многие люди подвержены изменениям и поиску помощи в моменты тяжелого расстройства, причиной которому стало волнение или депрессия;
- критические жизненные события. Жизненный этап, подталкивающий к изменениям, причиной которых стал душевный переворот из-за аварии или тяжелой болезни любимого человека, увольнения, беременности или вступления в брак;
- когнитивный анализ или оценка. Оценка влияния вредных веществ на жизнь пациента может привести к изменениям;
- осознание негативных последствий. Помощь пациенту в нахождении связи между злоупотреблением вредными веществами и их пагубным влиянием может стать важной мотивационной стратегией;

• позитивное и негативное внешнее побуждение так же влияет на мотивацию. Поддерживающие и уверенные друзья, награды, или применение некоторых видов ограничений могут стимулировать мотивацию к изменению.

Все эти моменты рекомендуется использовать в мотивационной работе с алко- и наркозависимыми лицами, их родственниками.

Следует уточнить такие понятия, как мотивация употребления наркотиков и алкоголя и мотивация отказа от наркотиков и алкоголя.

Мотивация отказа от наркотиков и алкоголя не связана с синдромом патологического влечения, а отражает отношение личности к зависимости.

Существуют психологические и психопатологические факторы (аффективные расстройства, расстройства личности), которые участвуют в конкретном мотивационном процессе и обуславливают принятие человеком решения. Эти факторы называются «мотиваторами» и являются аргументами принятого решения. При действии подобных «мотиваторов» (плохое настроение, ссора с близким родственником) врождённый мотив изменения сознания с помощью психоактивных веществ и алкоголя актуализируется, развивается поисковая деятельность, этот мотив опредмечивается, при этом наркотик или алкоголь становится самостоятельным мотивом.

В целом психологические мотиваторы («мотивировки» по Личко А.Е., 1991) выделяются в следующие группы: нравственный контроль (наличие нравственных принципов), предпочтения (интересы, склонности), внешняя ситуация, собственные возможности (знания, умения, качества), собственное состояние в данный момент, условия достижения цели (затраты усилий и времени), последствия своего действия, поступка [41].

Задачей мотивационной психотерапии при психокоррекции синдрома химической зависимости является поэтапный перевод мотивировки (мотиватора) отказа от наркотиков и алкоголя (словесная установка на трезвость, высказываемая потребителем наркотиков под внешним давлением семьи, работы и т.д.) в истинный мотив отказа от наркотиков и алкоголя как полноценную потребность в трезвой жизни [6, 11, 14]. Здесь речь идет об усилении уже имеющегося мотива отказа от наркотиков и алкоголя. Специфичность собственно мотивационной работы определяется феноменом анозогнозии (феномен «замороженных чувств»), которая является обязательным проявлением зависимости от психоактивных веществ [18].

Индивидуальность мотивационной психотерапии потребителей наркотиков определяется также вариантами динамики мотивации потребления психоактивных веществ. В работе с потребителями наркотиков чаще всего

проявляется приступообразный тип мотивации, когда потребитель наркотиков будет нуждаться в постоянном или периодическом участии внешней среды в виде индивидуальной терапии, групповой терапии, участии в стационарных реабилитационных программах.

### **Модель поэтапных изменений поведения химически зависимых лиц**

Базовой основой современного мотивационного консультирования является модель «поэтапных изменений», которая была разработана как общая теория поведенческих изменений в психотерапии пациентов с зависимостью от психоактивных веществ в начале 80-х годов DiClemente С.С., Prochaska J.O. [60] Ключевой концепцией является «готовность к изменениям», которая рассматривается как внутреннее состояние, чувствительное к воздействию внешних факторов. Эта модель согласуется с теорией И.П. Ильина о том, что специалист не может создавать мотив, но имеет все возможности для влияния на процесс формирования мотива извне [26]. Применение стадийной модели позволяет дифференцировать подход к мотивационной работе с потребителями наркотиков.

По мнению ряда зарубежных исследователей, изменения мотивации не линейны, а цикличны [67, 70]. С.С. DiClemente, J.O. Prochaska наличие или отсутствие мотивации рассматривают как готовность к изменениям. Авторами была выдвинута концепция изменения как стадийного феномена. Были выделены четыре стадии: предразмышления, размышления, действие, сохранения. Когда человек вовлекается в определенные формы активности (лечение, психотерапия, отказ от употребления наркотиков и алкоголя и т.д.), то речь идет о стадии действий. Позднее была добавлена еще одна стадия — подготовка, занимающая место между обдумыванием и действием. Стадия поддержки считается наиболее важной, так как потребитель наркотиков нуждается не только в поддержке со стороны обслуживающего персонала, но и со стороны значимых других лиц [68, 70].

Таким образом, окончательно сложилась модель из пяти стадий.

#### **1. Стадия предразмышления (предобдумывание, предсозерцание)**

На этой стадии индивид ещё не имеет серьезного намерения изменить свое вредное для здоровья поведение, по крайней мере, в ближайшие полгода. Этот срок был выбран в качестве критерия, поскольку он представляется максимальным для планирования каких-то изменений поведения в будущем. Важно отметить, что человек, находящийся в стадии предобду-



мывания, обычно стремится избежать контактов, которые могли бы помочь в изменении образа жизни. Он не проявляет интереса к предлагаемым методам самопомощи и не склонен к обсуждению своих вредных привычек. Используя термины теории принятия решений, можно сказать, что индивид склонен преувеличивать положительные стороны своего образа жизни и недооценивать степень риска.

## 2. Стадия размышления (обдумывание, созерцание)

Стадия размышления — это период, когда человек начинает всерьез рассматривать возможность изменения своего вредного для здоровья поведения в ближайшие полгода. На этой стадии индивид обычно оценивает «за» и «против» своего образа жизни как примерно равные (и имеющие высокую ценность). Поэтому, хотя обдумывание изменения поведения и имеет место, результаты могут оказаться амбивалентными.

## 3. Стадия принятия решения (подготовка)

Стадия подготовки начинается, когда человек намерен изменить свое поведение в течение ближайшего месяца. Обычно на протяжении года перед этим какие-то попытки уже предпринимались, и теперь делаются, может быть, небольшие, но важные шаги в новой попытке изменения поведения. В терминах баланса решений на стадии подготовки «за» перевешивают «против», хотя и те, и другие все еще высоки.

## 4. Стадия действий

К стадии действия относится полугодовой период, следующий за решительным изменением образа жизни и характеризующийся стабильным сохранением нового стиля поведения. Проблемой, стоящей перед индивидом, является избегание рецидива.

## 5. Стадия сохранения (поддержание)

К этой стадии относится период после истечения шести месяцев с момента явного поведенческого изменения до тех пор, когда нежелательное поведение окончательно преодолено.

## Срыв, рецидив (необязательная стадия изменений)

Некоторые люди, решившие однажды измениться, в ходе изменений по разным причинам изменяют свои намерения и возвращаются к привычному для них поведению, нередко сопряженному с немалым риском. Во время срыва они возвращаются на одну из предыдущих стадий, чаще всего на стадию преднамерения или намерения.

Таким образом, вместо предложенного ранее линейного движения через различные стадии авторы трансформационной модели рассматривают порядок изменения как происходящий по спирали [48] (рисунок).

Эти этапы можно проследить как при самоиницированных изменениях поведения, так и при изменениях, совершаемых с терапевтической помощью. Различают четыре типа течения: (1) стабильный тип: пациенты застревают в какой-то фазе в течение длительного времени; (2) прогрессирующий тип течения: можно установить линейное движение от одной стадии к другой; (3) регрессивный тип: пациент возвращается из более поздней стадии в более раннюю; (4) рециркуляция: у пациентов, по меньшей мере, дважды в процессе терапии меняется направленность изменений [56].

Валентином Ю.В. и Курьшевым В.Н. (1992) было показано, что у потребителей наркотиков с внешними установками на трезвость и достижение позитивных социально-значимых целей преобладали непродолжительные ремиссии (до шести месяцев) [14]. В то же время у половины потребителей наркотиков с промежуточными и у основной части потребителей наркотиков с внутренними терапевтическими установками на трезвость и достижение позитивных социально-значимых целей терапевтическая ремиссия длилась год и более.

Учитывая тот факт, что мотивационная система является одной из характеристик личности, то можно предположить, что личности с различными особенностями характера будут отличаться друг от друга по таким факторам, как мотивация к отказу от наркотиков и алкоголя и ее динамика в процессе комплексной терапии, чувствительность к разным типам психотерапии и эффективность комплексной терапии [23, 27, 28, 38, 39].

Причем, как отмечает ряд авторов, в процессе психотерапии зависимый пациент бессознательно обращается к механизмам психологической защиты, чтобы предотвратить возможное изменение — т.е. возврат к трезвости либо сокращение потребления психоактивных веществ [62]. Так механизмы психологической защиты становятся средствами сопротивления психотерапии. Клиент на-



Стадии изменения поведения

чинает реагировать на терапевтическую интервенцию, отвергая ее различными способами [52].

В мотивационном интервью сопротивление рассматривается как результат взаимодействия клиента и психотерапевта, в котором пациент ощущает, что может потерять возможность выбора или свободу. Устранение сопротивления становится одной из главных целей мотивационного интервью, поскольку разговор об изменениях — один из основных его инструментов — не может происходить в ситуации конфликта. Тем не менее, психотерапевт в мотивационном интервью следует принципу «движения вместе с сопротивлением» — то есть, не конфронтирует, а обходит его, направляя психологическую энергию сопротивления для усиления взаимодействия [52]. В мотивационном подходе к консультированию выбор делается самим пациентом, а не специалистами наркологического учреждения. Консультант не позволяет ничего выбирать, потому что предпочтение всегда остается за пациентом. Выбирает больной. Задача специалиста — помочь сделать выбор в его интересах. Важным смыслом мотивационного подхода является ответственность и свобода выбора пациента. Он должен быть приучен к таким фразам как: «Это зависит от вас — как сейчас поступить»; «Никто этого за вас не решит»; «Никто не изменит вашу зависимость. Только вы сами можете»; «Это вам решать — продолжать принимать наркотики или измениться».

Основные стратегии и технологии мотивационной работы, направленные на изменение поведения потребителя наркотиков, а также его внутреннего отношения к своему состоянию, следующие:

- «Мотивационное интервьюирование» — целенаправленный, динамичный, циклический процесс работы и способ общения с клиентом, в ходе которого изменяется баланс аргументов «за» и «против» употребления психоактивных веществ, становятся очевидными преобладание отрицательных последствий употребления над положительными эффектами и необходимость изменения поведения клиента; выявляются предпосылки изменений, усиливается мотивация клиента [56, 65, 66, 72];

- «Терапия Увеличения Мотивации», или метод МЕТ, «Motivational Enhancement Therapy» представляет собой адаптацию метода оценки («check-up») [69]. Он был специально разработан и испытан в проекте МАТСН, включавшем клинические испытания (в нескольких клиниках) методов лечения злоупотребления и зависимости от алкоголя;

- «Краткое мотивационное интервьюирование». Методика разработана для использования в течение одного приема консультирования, около 40 минут, для лиц, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, не желающих обращаться за помощью в соответ-

ствующие учреждения. С этой целью исследователи из США: Стефан Роллник, Ник Хизер и Элисон Белл разработали набор конкретных приемов, способных передать принципы мотивационного интервьюирования в условиях короткого контакта [71];

- «Метод интервенций» (Метод оценки) представляет собой стратегию, разработанную как интервенцию, применяемую во время краткого контакта с клиентами, имеющими проблемы с употреблением наркотиков или алкоголя. Данная стратегия включает всестороннюю оценку поведения клиента (в отношении основной и родственных проблем), сопровождаемую систематической обратной связью с клиентом [67, 74]. Данный метод в большей степени относится к директивным методам воздействия,

Механизмы мотивирования потребителей наркотиков к прохождению комплексной реабилитации и ресоциализации могут быть схожими при применении в отношении потребителя наркотиков, совершившего правонарушение различных статей уголовного или административного кодекса.

### Процесс мотивирования

Мотивационное интервьюирование — это метод, благодаря которому врач ли, консультант ли по химической зависимости, психолог ли, не имеет особого значения кто конкретно, назовем его здесь терапевтом, становится помощником в процессе изменения и выражает свое принятие пациента. Это один из способов взаимодействия с зависимым человеком, который помогает ему справиться с любой амбивалентностью, мешающей перенастроить мотивацию с употребления наркотиков на жизнь без приема психотропных веществ. Роль терапевта в мотивационном консультировании заключается в том, чтобы помочь пациенту сформулировать причины для самомотивации, которые приведут к изменению поведения. Важно то, что мотивационное интервьюирование должно помочь пациенту выявить его/ее возможности измениться.

Больные, проходящие лечение от злоупотребления психоактивными веществами, как правило, страдают от своего пристрастия, внутренне готовы отказаться от него, но не находят сил, чтобы прекратить свое падение, остановиться. Особое затруднение возникает, когда наркотические вещества и психотропные средства принимаются как средства самолечения. Достаточно часто люди употребляют наркотики или алкоголь, чтобы сбежать от проблем или найти облегчение, пусть даже на время, от страданий связанных с пережитым сексуальным или физическим насилием. На время алкоголь и наркотики помогают стереть из памяти травмирующие воспоминания и связанную с ними злобу. Однако, твердое убеждение и



продолжительное употребление вредных веществ приводит к зависимости и злоупотреблению. К тому же вынужденное употребление наркотиков как средства самолечения всегда преобладает над негативными последствиями для здоровья, социальных и поведенческих норм.

Зажатые между не оправдывающим себя образом жизни и наркотиком, помогающим уйти от реальности, такие люди испытывают внутреннее противоречие между приемом наркотиков и изменением поведения. Очень важно осознать и принять эту амбивалентность, так как ее переживание является естественным этапом начала лечения.

Таким образом, раздвоение чувств, амбивалентность, становится главной проблемой лечения зависимости у женщин — отсутствие мотивации сигнализирует об амбивалентности. Если амбивалентность интерпретируется как «отрицание» или «сопротивление» тогда процесс помощи перестает быть направленным на те проблемы, которые должен выявить и решить пациент.

Прежде, чем перейти к практическим действиям, настоятельно рекомендуется обратиться за помощью к специалисту в следующих случаях:

- если химически зависимый человек страдает каким-либо психическим расстройством;
- если он (она) отличается жестоким, оскорбительным и крайне сумасбродным поведением;
- он (она) в какой-то период времени находился в состоянии глубокой депрессии.

Одной из разновидностей интервенции, как уже упоминалось выше, является одномоментное использование ресурса так называемой «мотивационной бригады», которая состоит из бывших потребителей наркотиков, и приезжает, как правило, по месту проживания потребителя наркотиков. Участники мотивационной бригады убеждают потребителя наркотиков начать процесс выздоровления, опираясь на свой собственный опыт, используя при этом личностные оценки «посмотри на меня...», «я тоже думал, что все в порядке...», «подумай о страдающих родных» и т.п.

Метод альтернативы или ультиматума является способом внешней мотивации потребителя наркотиков пройти курс реабилитации и ресоциализации. Предполагается, что внутренняя мотивация будет формироваться уже в процессе реабилитации.

Внешняя мотивация потребителя наркотиков пройти курс реабилитации реализуется либо законодательными мерами предоставления альтернативы: либо прохождение курса лечения и реабилитации, либо тюремное заключение за совершенные деяния, связанные с употреблением и незаконным оборотом наркотиков. Реализуется данный метод посредством решения суда по альтернативным статьям — 82.2 УК

РФ, с рекомендацией пройти курс лечения и реабилитации при постоянном контроле УФСИН.

Также близкие потребителя наркотиков могут предложить созависимому родственнику альтернативу (ультиматум), состоящую в следующем:

- поддержка семьи, при условии, что потребитель наркотиков обращается за помощью к специалистам;
- лишение финансовой и иной поддержки потребителя наркотиков, прекращение решения его проблем, связанных с употреблением наркотиков (погашение задолженности по кредитам, раздача долгов знакомым и тому подобное).

Данные методы мотивирования применяются для немотивированных клиентов, которые не осознают последствий своего поведения и категорически отказываются включаться в программы лечения и реабилитации от зависимости. Вместе с тем данный метод предполагает не только выдвигание ультиматума «или...или...», но и предложение четких вариантов дальнейших действий. Это предполагает наличие знаний о программах реабилитации и разработки индивидуальной программы реабилитации.

### **Основные положения, принципы и приемы краткого мотивационного интервьюирования**

Вариаций приемов консультирования может быть столько же, сколько различных клиентов. Однако, постоянным остается суть метода, которую можно охарактеризовать несколькими ключевыми моментами [7]:

- мотивация к изменению поведения возникает у самого клиента, а не навязывается ему извне. Другие мотивационные подходы подчеркивают важность принуждения, убеждения, конструктивной конфронтации и использования внешних обстоятельств (например, угрозы потерять работу или семью);

- именно клиент, а не специалист должен сформулировать и разрешить его/ее амбивалентность. Амбивалентность принимает форму конфликта между двумя возможными направлениями действий (например, потворство против самообладания), каждое из которых имеет как преимущества, так и издержки. У многих клиентов никогда не было возможности проговорить зачастую запутанные, противоречивые и имеющие исключительно личный характер элементы этого такого конфликта. Задача консультанта — помочь клиенту выразить обе стороны амбивалентности и направить его к принятию приемлемого решения, могущего повлечь за собой изменение поведения;

- прямое убеждение не является эффективным методом разрешения амбивалентности. У терапевта возникает искушение «помочь», убедив клиента в том, что пробле-

ма требует неотложного решения, и изменение поведения гарантирует преимущества. Однако достаточно ясно, что подобные тактики обычно увеличивают сопротивление клиента и снижают вероятность изменения;

- стиль консультирования обычно спокойный и выявляющий. Прямое убеждение, агрессивная конфронтация, и спор являются концептуально противоположными мотивационному интервьюированию, и не приемлемы при данном подходе;

- консультант направляет усилия на оказание помощи клиенту анализе и разрешении амбивалентности. Мотивационное интервьюирование ограничивается подведением клиента к принятию решения без указания ему, что делать дальше. Для этого используются поведенческие методы. Данные методы и мотивационное интервьюирование не исключают друг друга, а, скорее, дополняют;

- готовность к изменениям является не чертой клиента, а результатом изменяющегося межличностного взаимодействия. Поэтому терапевт должен быть в высшей степени внимателен и восприимчив к любым проявлениям мотивации клиента. Сопротивление и «отрицание» расцениваются терапевтом не как черты характера клиента, а как обратная связь на поведение консультанта [64];

- взаимоотношения между терапевтом и клиентом являются в большей степени партнерскими или дружескими, нежели отношения, характерные для ролей эксперт/реципиент [64, 65].

Проведенное в 2015 году на базе ФГБУ ННЦ наркологии Министерства Здравоохранения РФ исследование подтвердило — одним из главных факторов успешности психотерапии лиц с наркологическими расстройствами является особый тип отношений между врачом и пациентом — терапевтический альянс. Альянс-центрированный метод психотерапии способствует улучшению комплайенса за счет усиления эмпатической связи и сотруднических отношений между пациентом и врачом, то есть, терапевтического альянса [3].

Пытаясь помочь клиенту разобраться со своим поведением с помощью мотивационного интервьюирования, консультант старается следовать основным принципам:

- сопереживать клиенту;
- выявлять противоречия (колебания и сомнения по поводу проблемы) и работать с ними;
- избегать споров, прямого убеждения и попыток доказать;
- уменьшать сопротивление;
- поддерживать, развивать самостоятельность клиента в принятии и реализации решений.

## Ошибки при кратком мотивационном интервьюировании

Если терапевт не пользуется отражающим слушанием, а напротив, навязывает свое руководство и суждения, то он создает барьеры, разрушающие взаимоотношения между ним и клиентом [65]. Наиболее вероятно, что клиент отреагирует прекращением беседы, уклонением от темы или ее изменением.

Ниже приведены некоторые реакции, которые препятствуют полному взаимопониманию между специалистом по мотивации и его клиентом.

1. Приказы или руководство. Руководство дается тоном авторитетного человека. Консультант говорит с позиции силы (например — родитель, работодатель) или же используются авторитарные формулировки или интонация.

2. Предупреждение или угрозы. Эта форма реагирования подобна приказам, но она несёт в себе явную или скрытую угрозу негативных последствий в том случае, если клиент не последует руководству. Угроза может исходить от самого консультанта или просто содержать предсказание негативных последствий, которые наступят в том случае, если собеседник ослушается, например: «Если Вы не послушаетесь меня, Вы об этом пожалеете».

3. Советы, предложения или предоставление готовых решений преждевременно или помимо воли клиента. Эта форма реагирования предполагает предложение направления действий, основанного на знаниях консультанта и его личном опыте. Эти предложения очень часто начинаются с таких слов: «Что бы я сделал, так это...»

4. Убеждение с помощью логических аргументов, уговоров или поучений. Скрытый смысл такой формы реагирования состоит в том, что клиент недостаточно убежден в необходимости решать проблему и ему нужно в этом помочь.

5. Морализаторство, поучение, или указание клиенту на его обязанности. Это иногда предполагает использование таких слов, как «должен» или «обязан», с целью напомнить о моральных предписаниях.

6. Осуждение, критика, несогласие или обвинение. Эта форма реагирования предполагает, что с клиентом что-то не в порядке или он что-то не то сказал. Даже обычное несогласие может клиентом интерпретироваться как критика.

7. Согласие, одобрение или похвала. Похвала или одобрение также могут стать препятствием в том случае, если консультант соглашается или выражает одобрение по поводу всего, что сказал собеседник. Непрошеное одобрение может прервать коммуникативный процесс, оно также может стимулировать не-

равноправные отношения между говорящим и слушающим. Отражающее слушание не требует одобрения.

8. Подшучивание, навешивание ярлыков, использование прозвищ, попытки пристыдить. Этот способ реагирования выражает открытое неодобрение и намерение исправить определенное поведение и отношение.

9. Попытки все проанализировать и объяснить. Консультанты достаточно часто и легко склоняются к тому, чтобы навязывать свои собственные пояснения сказанного собеседником и находить в нем какой-то скрытый, аналитический смысл.

10. Обнадеживание, сочувствие или утешение. Консультанты часто стремятся помочь клиенту почувствовать себя лучше при помощи утешения. Такое обнадеживание может нарушить развитие общения, особенно когда клиент воспринимает свою проблему реалистично.

11. Засыпание вопросами. Консультанты часто путают эффективное слушание с засыпанием вопросами. Безусловно, консультант может задавать вопросы, чтобы узнать больше о собеседнике, но в основе такой формы реагирования лежит предположение, что консультант может найти решение всех проблем консультируемого, если он задаст достаточное количество вопросов. На самом же деле, поток вопросов может помешать общению и изменить его направления на такие, которые более удобны консультанту, нежели его собеседнику.

12. Уход от темы, отказ от дальнейшего обсуждения, шутки. Хотя обращение к юмору может быть удачной попыткой переключить сознание консультируемого с очень эмоционального вопроса или отвлечь от грозившей проблемы, но оно также может означать и уход от темы, который нарушает общение и предполагает, что не важно то, о чем говорил консультируемый.

Таким образом, при реально высокой потребности всех химически зависимых лиц в обследовании, лечении и вероятном последующем включении в реабилитационный процесс с использованием профессиональных мотивационных технологий в настоящее время фиксируются крайне низкие показатели госпитализаций данной категории больных в государственные наркологические реабилитационные учреждения, либо наблюдается все более широкое распространение случаев насилия над личностью наркозависимых лиц, которых путем не мотивации, а грубого принуждения, вплоть до физического насилия, доставляют в так называемые «мотивационные дома», где насилие над ними продолжается и к социальной реабилитации никакого отношения не имеет. Это свидетельствует об однозначной необходимости создания и тиражирования единой методологии по направлению мотивационного консультирования, повышения профессионализма данного сектора, создания обучающих площадок для сотрудников и волонтеров негосударственных реабилитационных

учреждений с целью определения им допуска к работе с наркологическими больными негосударственных учреждений в рамках подготовки данного контингента к дальнейшему включению в длительные амбулаторные и стационарные реабилитационные программы.

Ежегодно снижающееся число психотерапевтов и психологов, участвовавших согласно штатному расписанию в деятельности государственной наркологической службы, также подтверждает необходимость привлечения социально-ориентированных некоммерческих и коммерческих организаций к разворачиванию мотивационных программ для вовлечения пациентов наркологического профиля в процесс лечения (детоксикации) и медицинской реабилитации в государственных учреждениях с последующим переводом в программы медико-социальной или социальной реабилитации (без лечения) в негосударственные учреждения.

Статистические данные свидетельствуют, что для оказания амбулаторной психотерапевтической помощи лицам, страдающим наркологическими расстройствами, в 2015 г. было занято 195.0 ставок врачей-психотерапевтов (в 2014 г. — 206.25). В 2015 г. снижение этого показателя произошло на фоне крайне низкой обеспеченности амбулаторной наркологической службы психотерапевтами. В течение 2015 г. в наркологических учреждениях на 5,7% уменьшилось число занятых должностей психологов (с 1589.5 в 2014 г. до 1498.25 в 2015 г.). Более того, при переходе на финансирование по системе Обязательного медицинского страхования (ОМС) в первую очередь сокращаются ставки психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников, работа которых ОМС не финансируется. Именно они в первую очередь задействованы в мотивационных программах и программах постреабилитационной поддержки, ресоциализации. Экспертами ситуация определяется как стабильно тяжелая [17, 37].

Дополнительно целесообразно отметить следующее. При организации мотивационной деятельности с потребителями наркотиков необходимо учитывать, что особенностью влияния психоактивных веществ на мотивационную систему потребителя наркотиков является то, что, постепенно поглощая все предшествующие глубинно — личностные мотивы, он разрастается и становится главным, доминирующим мотивом. Мотив изменения сознания с помощью психоактивных веществ меняет и конкретно-ситуативные мотивы, так что все их содержание становится связанным с наркотической или алкогольной тематикой [43]. Подавление других значимых мотивов доминирующим мотивом к употреблению наркотиков является барьером к осознанию потребителем наркотиков необходимости изменений с целью прекращения потребления наркотических средств и психотропных веществ.



Также трудности мотивирования обусловлены зачастую недостаточностью знаний и компетенций специалистов, которые сталкиваются с потребителями наркотиков в своей практической работе, о возможностях, методах, техниках мотивирования потребителей наркотиков к прохождению программ комплексной реабилитации.

В настоящее время действенность механизма правового побуждения как мотивации на вхождение в ту или иную легитимную реабилитационную программу напрямую зависит от мер, принимаемых органами власти субъектов Российской Федерации по организации социальной реабилитации потребителей наркотиков.

В связи с этим для решения вопроса об организации социальной реабилитации наркопотребителей в рамках системы правового побуждения необходимо после определения (назначения) уполномоченного органа исполнительной власти, который будет обеспечивать направление потребителей наркотиков на социальную реабилитацию, в том числе и в рамках механизма правового побуждения, ему необходимо решить следующие задачи:

- определить (создать) в структуре уполномоченного органа учреждения по типу консультационных пунктов, мотивационных центров;
- совместно с профильными территориальными органами ГУВД в регионе провести отбор действующих в рамках правового поля, профессиональных светских, либо полупрофессиональных традиционных для России религиозных реабилитационных сообществ,
- сформировать реестры таких организаций,
- проинформировать судебные органы о возможности и целесообразности направления потребителей наркотиков в рамках механизма правового побуждения в созданные консультационные (мотивационные) пункты.

Рекомендованы следующие механизмы сотрудничества с организациями, соответствующими Критериям оценки качества услуг по социальной реабилитации и ресоциализации лиц, допускающих немедицинское потребление наркотических средств и психотропных веществ, созданных на основе утвержденных Государственным антинаркотическим комитетом 25.06.2014 г.:

1. Реабилитационные учреждения любой формы собственности, входящие в реестр субъекта Российской Федерации, уже имеющие грантовую поддержку от государства, либо не имеющие таковой, должны быть обеспечены медицинской помощью со стороны органов здравоохранения в отношении лиц, проходящих реабилитацию, затраты которых покрываются за счет государства (или целевой государственной программы);

2. Медицинские учреждения, находящиеся в непосредственной близости от реабилитационных цен-

тров, имеют право заключать договора на оказание медицинской помощи реабилитантам, которые будут оплачиваться за счет государственных средств. Это необходимо осуществить для оказания медицинской помощи лицам, постоянно проживающим в других регионах, а также лицам, не имеющих полиса обязательного медицинского страхования.

3. Органам здравоохранения целесообразно разработать порядок освидетельствования лиц, проходящих реабилитацию и не состоящих на наркологическом учете, с целью постановки диагноза «наркомания» и выдачи оплачиваемого сертификата, без обязательной постановки их на наркологический учет;

4. Органам здравоохранения труда и социального развития целесообразно разработать порядок оплаты сертификатов лиц, проходящих реабилитацию, в регионе, не связанном с их постоянным местом проживания.

В настоящее время эти направления уже реализуются на региональном уровне в части субъектов Российской Федерации.

После вынесения постановления суда, регламентирующего возложение обязанности пройти социальную реабилитацию, консультационный пункт (мотивационный центр) при направлении в него правонарушителя, завершившего программы лечения и медицинской реабилитации, определяет негосударственное реабилитационное учреждение, в котором он будет проходить социальную реабилитацию. При этом в зависимости от социального статуса правонарушителя и рекомендаций врача-нарколога или психиатра определяется форма (амбулаторная или стационарная), а также вариант программы социальной реабилитации.

Для реализации механизма правового побуждения в части направления потребителей наркотиков на социальную реабилитацию необходимо также закрепить необходимые источники ее финансирования.

В частности, к таковым целесообразно отнести:

- существующие системы поддержки организаций (выделение субсидий) путем закрепления исполнения решения суда в качестве одного из оснований предоставления субсидий организации, в которой проходит реабилитацию правонарушитель;

- сертификат на реабилитацию.

Все это с учетом текущих реалий развития наркологической службы должно базироваться на механизмах государственно-общественного партнерства. При создании сети мотивационных центров (консультационных пунктов) на уровне регионов и муниципалитетов необходимо объединить инициативу, творческую активность и личностный потенциал общественных объединений и территориальных сообществ с матери-

ально-технической, научно-методической и правовой базой и контролем государственных служб.

Алгоритм мотивационной работы с лицом, допускающим немедицинское потребление наркотических средств или психотропных веществ, в рамках механизма государственно-общественного партнерства предпочтительнее развивать в рамках стационарозамещающих технологий. В амбулаторных мотивационных центрах (консультационных пунктах) необходимо правильное построение групповой работы.

Психотерапевтическая (психокоррекционная) работа может быть индивидуальной или групповой.

Групповая психотерапевтическая (психокоррекционная) работа может осуществляться, как правило, в открытых группах. Эти группы направлены на мотивирование пациентов к участию в реабилитационном процессе, отказе от приема наркотиков, регуляции своего психического состояния (саморегуляцию и релаксацию), выработки критического отношения к болезни (преодоление анозогнозии). При этом используются как различные психотерапевтические методики, так и специальные тренинги, направленные на усиление мотивации к трезвости.

В ходе занятий закрепляются навыки конструктивного, содержательного общения (коммуникативной компетентности), противодействия давлению среды, повышение стрессоустойчивости, предотвращение «срывов» и рецидивов. При этом упор делается не на анализ прошлого опыта потребления наркотиков человеком (нецелесообразно активировать патологическую личность), а на настоящем и будущем потребителя наркотиков, формировании реальной жизненной перспективы на основе продолжения образования, развитии трудовых навыков, гармонизации семейных отношений, повышении нормативности личности.

Групповую работу необходимо проводить не только с пациентами лечебно-реабилитационного учреждения, а также с их родственниками и значимыми другими лицами. В задачи семейной психотерапии входит решение проблем созависимости, конструктивное решение семейных конфликтов и противоречий. Семейная терапия проводится как в индивидуальных беседах с родителями, так и на лекциях для родителей, а также совместных семейных консультациях. При выстроенном сотрудничестве между некоммерческими организациями, которые занимаются помощью в мотивировании и организации реабилитации, и наркологическим учреждением, работа с родственниками может проводиться специалистами и волонтерами профильных некоммерческих организаций.

### **Побуждение к включению лиц с наркологическими расстройствами в программы медико-социальной и социальной реабилитации (без лечения) в качестве альтернативы уголовному наказанию**

Переход к методам рестриктивной наркополитики, учитывающим характер зависимости от наркотиков, а также предусмотренная законодательством России возможность пройти курс лечения и реабилитации в качестве альтернативы уголовному наказанию, в частности, согласно ст. 82.1 УК РФ, согласуется с положениями международных конвенций по контролю над наркотиками. Статья 38 Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года предусматривает следующее: «Стороны уделяют особое внимание и принимают все возможные меры, направленные на предотвращение злоупотребления наркотическими средствами и на раннее выявление, лечение, воспитание, восстановление трудоспособности, возвращение в общество соответствующих лиц». В докладе Международного комитета по контролю над наркотиками за 2007 год при рассмотрении принципа соразмерности отмечается, что в «отношении правонарушений, связанных с хранением или приобретением запрещенных наркотикосодержащих растений для личного немедицинского потребления, эти меры могут применяться в качестве альтернативы осуждению или наказанию».

При назначении основного наказания, не связанного с лишением свободы, на лиц, признанных больными наркоманией, суд может возложить обязанность пройти курс лечения и медицинскую и (или) социальную реабилитацию (ст. 72.1 УК РФ).

При назначении условного осуждения больному наркоманией суд возлагает на него обязанность пройти курс лечения от наркомании (ч. 5 ст. 73 УК РФ).

Для больных наркоманией, совершивших впервые преступления, предусмотренные ч. 1 ст. 228, ч. 1 ст. 231 и ст. 233 УК РФ и изъявивших желание добровольно пройти курс лечения от наркомании, а также медицинскую, социальную реабилитацию, может быть предоставлена отсрочка отбывания наказания (ч. 1, 2 ст. 82.1 УК РФ). Подтвержденная ремиссия после завершения лечения и реабилитации является поводом для освобождения от оставшейся части наказания (ч. 3 ст. 82.1 УК РФ). Однако при некоторых обстоятельствах отсрочка может быть отменена (ч. 4, 5 ст. 82.1 УК РФ).

При вынесении приговора суд решает, нуждается ли подсудимый в лечении от наркомании и медицинской и (или) социальной реабилитации (п. 7.2 ч. 1 ст. 299 УК РФ).

Определение, болен ли подозреваемый/обвиняемый наркоманией, осуществляется в ходе судебно-психиатрической экспертизы (п. 3.2 ст. 196 УПК РФ).

Распоряжением Правительства Российской Федерации № 1772-р утверждена Концепция развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации до 2020 года (далее — Концепция), которая предусматривает основные направления, формы и методы совершенствования и развития уголовно-исполнительной системы, ее взаимосвязь с государственными органами и институтами гражданского общества, и обеспечивает функционирование уголовно-исполнительной системы на период до 2020 года. В сфере социальной, психологической, воспитательной и педагогической работы с осужденными Концепцией предусматривается создание справедливой и эффективной системы стимулов осужденных к законопослушному поведению («социальные лифты»), включающей совершенствование порядка замены неотбытой (после отбывания более половины срока наказания) части наказания более мягким видом наказания, обновление механизма условно-досрочного освобождения. Система «социальных лифтов» представляет собой механизм изменения условий отбывания наказания: изменения вида исправительного учреждения, замены неотбытой части наказания, более мягким видом наказания, условно-досрочного освобождения посредством оценки комиссией исправительного учреждения поведения осужденных с помощью определенных критериев.

При назначении наказания за совершение административных правонарушений в области законодательства о наркотических средствах, психотропных веществах и их прекурсорах на правонарушителя судом может быть возложена обязанность пройти диагностику, профилактические мероприятия, лечение от наркомании и (или) медицинскую и (или) социальную реабилитацию (ч. 2.1 ст. 4.1 КоАП РФ).

Побуждающим к избавлению от потребления наркотиков является примечание к ст. 6.9 КоАП РФ, которое подразумевает как добровольное обращение правонарушителя за лечением в наркологическое учреждение, так и направление судом правонарушителя, больного наркоманией (с его согласия) на медицинскую и (или) социальную реабилитацию. При исполнении указанных действий правонарушитель освобождается от административной ответственности.

Несмотря на добровольный характер обращения за наркологической помощью и социальную реабилитацию или же согласие на эти мероприятия в ходе судебного процесса, ст. 6.9.1 КоАП РФ регламентирует ответственность за уклонение от них в тех случаях,

когда решение о лечении и реабилитации (как альтернативе наказанию) принимал суд.

По аналогии с предложением судом сторонам примирения с заключением мирового соглашения представляется возможным, чтобы суд предлагал подсудимым возможность прохождения комплексной реабилитации в качестве альтернативы наказанию.

Также представляется возможным участие компетентных и профессиональных организаций, работающих в сфере реабилитации и ресоциализации в формировании базы лиц, в рамках работы региональных и муниципальных антинаркотических комиссий, которых суд мог бы привлечь для мотивации участников процесса для вовлечения потребителей наркотиков в комплексные программы реабилитации в качестве альтернативы лишению свободы.

Аналогичная база медиаторов уже применяется в судах на территории Российской Федерации. Процедура формирования базы медиаторов установлены Федеральным законом от 27 июля 2010 г. №193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» и начали действовать с 1 января 2011 года. Данным законодательным актом даже предоставляется возможность отложения судебного разбирательства на срок до 60 дней для применения процедуры медиации.

На каждое действие со стороны химически зависимого человека необходимо иметь соответствующее ответное противодействие, сообразное обстановке и соответствующее цели вмешательства. Если самая подходящая реакция на его поведение — ультиматум, то тот, кто его выдвигает, должен быть готов выдержать все условия до конца и при этом не выйти за пределы своих полномочий, не нанести психологические травмы и без того страдающему человеку и его родственникам. Не говоря уже о травмах телесных. И это тоже непростой вопрос, к решению которого необходимо подходить рационально и взвешенно. Автор надеется, что данный материал станет отправной точкой для начала серьезной научной дискуссии, которая выльется в конкретные предложения и будет оформлена в директивные указания для сотрудников как государственных, так и негосударственных реабилитационных учреждений, со стороны профильных служб: региональных и муниципальных антинаркотических комиссий, территориальных органов МВД России, социальной защиты населения, которым поручено координировать и контролировать данный сегмент оказания социальных услуг населению — безусловно сложный, но социально чрезвычайно значимый для оздоровления и декриминализации российской популяции.



## Список литературы

1. Агибалова Т.В., Рычкова О.В., Кузнецов А.Г., Гуревич Г.Л., Тучин П.В., Вальчук Д.С. Психотерапевтические подходы к больным опиоидной зависимостью с низкой мотивацией на лечение: методические рекомендации. М.: ФГБУ «Национальный научный центр наркологии» Минздрава России, 2013. 26 с.
2. Агибалова Т.В., Тучин П.В., Тучина О.Д. Клинические рекомендации по медицинской реабилитации больных наркологического профиля: психотерапия в программах медицинской реабилитации. *Вопросы наркологии* 2015; (3): 87-106.
3. Агибалова Т.В., Тучин П.В., Шустов Д.И., Бузык О.Ж. Терапевтический альянс как основной фактор формирования сотрудничества в процессе лечения больных опиоидной наркоманией. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова* 2014; (5-2): 57-63.
4. Агибалова Т.В., Шустов Д.И., Кошкина Е.А., Тучина О.Д. Психотерапия в наркологии — обзор научно-доказательных моделей психотерапевтического вмешательства: зарубежный опыт. Часть 1. Психотерапия как эмпирически обоснованный метод лечения. *Вопросы наркологии* 2015; (2): 69-81.
5. Агибалова Т.В., Шустов Д.И., Тучина О.Д., Тучин П.В. Психотерапия в наркологии — обзор научно-доказательных моделей психотерапевтического вмешательства: зарубежный опыт. Часть 2. Эмпирически-обоснованные методы психотерапии наркологических заболеваний. *Вопросы наркологии* 2015; (5): 46-65.
6. Бажин Е.Ф., Гольинкина Е.А., Эткинд А.М. Метод исследования уровня субъективного контроля. *Психологический журнал* 1984; (3): 152-162.
7. Байкенов Е.Б. Мотивационное консультирование на различных этапах наркологической помощи: методические рекомендации. Павлодар, 2010. 49 с.
8. Белокрылов И.В. Личностно ориентированная психотерапия наркологических больных (клиническое и психодинамическое исследование). Дисс. на соискание ученой степени д.м.н. М., 2006. 336 с.
9. Берестов А.И. Каклюгин Н.В. Неопятидесятничество: вирус в христианстве. М.: издательство Духовно-педагогического православного центра во имя святого праведного Иоанна Кронштадтского, 2010. 440 с. Режим доступа: <http://test.dp-c.ru/index.php/books/46-2010-11-29-12-26-07/76-2010-11-29-12-59-37> Дата обращения: 15.09.2017.
10. Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворяк С.В., Глушков В.А. Наркомании у подростков. Киев, 1989. 176 с.
11. Бокий И.В., Цыцарев С.В. Групповая психотерапия больных алкоголизмом в амбулаторных условиях. Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях: республиканский сборник научных трудов. Ленинград, 1982. С. 32-38.
12. Братусь Б.С., Сидоров П.И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. М.: Издательство Московского государственного университета, 1984. С. 144.
13. Бушуева С.А. О необходимости принудительного лечения лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией. *Бизнес в законе* 2008; (2): 273-275. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/v/o-neobhodimosti-prinuditelnogo-lecheniya-lits-stradayuschih-alkogolizmom-i-narkomaniey> Дата обращения: 12.09.2017.
14. Валентик Ю.В., Курьшев В.Н. Клинико-психологическая характеристика установок, формируемых в процессе лечения больных алкоголизмом. *Вопросы наркологии* 1992; (3-4): 75-81.
15. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ. Лекции по наркологии: сборник научных трудов под редакцией Н.Н. Иванца. М.: Нолидж, 2000. С. 309-340.
16. Валуев Н.С. Семинар-совещание «Современная российская молодежная антинаркотическая политика в условиях запуска Национальной системы комплексной реабилитации и ресоциализации лиц, потребляющих наркотические вещества в немедицинских целях. Разработка критериев оценки деятельности центров по реабилитации и ресоциализации наркозависимых». Итоговая резолюция 18.02.2015 г. Информационно-публицистический ресурс «Нет наркотикам», 22.06.2015 г. Режим доступа: [http://narkotiki.ru/5\\_78593.htm](http://narkotiki.ru/5_78593.htm) Дата обращения: 12.09.2017.
17. Валуев Н.С., Каклюгин Н.В. Семинар-совещание «Профилактика зависимого поведения в молодежной среде в рамках Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2020 года. Проблемные аспекты в условиях оптимизации бюджета». Итоговая резолюция 20.04.2016 г. *Наркология* 2016; (8): 17-29.
18. Вассерман Л.И., Дюк В.А., Иовлев Б.В., Червинская К.Р. Психологическая диагностика и новые информационные технологии. СПб., 1997. 203 с.
19. Гарипова Н. Центры реабилитации зависимых: как не попасть в секты и дома пыток. «Челнинские известия», 08.08.2017 г. Режим доступа: <http://www.chelny-izvest.ru/social/53220.html> Дата обращения: 03.09.2017 г.
20. Гульдман В.В., Шведова М.В. Психологический анализ мотивирующих факторов наркотизации подростков. Л.: Издательство Ленинградского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 1991. С. 64-71.
21. Демина М.В., Чирко В.В. «Отчуждение» аддиктивной болезни. М.: Медпрактика, 2006. С. 192.
22. Дудко Т.Н. Динамика мотивов и мотивации у больных игровой зависимостью и с зависимостью от психоактивных веществ. *Вопросы наркологии* 2007; (4): 39-51.
23. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. Новосибирск: Наука, Сибирское отделение, 1988. С. 198.
24. Зиганшин И.М., Китаева С.В., Мухутдинова Д.А. Первые результаты работы наркологического реабилитационного центра «Преодоление». *Вопросы наркологии* 2004; (4): 36-38.
25. Игонин А.Л. Общество Анонимных Алкоголиков и перспективы его деятельности в России (обзорное сообщение). *Наркология* 2007; (1): 54-58.
26. Ильин Е.П. Сущность и структура мотива. *Психологический журнал* 1995; (2): 35-36.
27. Ильин Е.П. Мотивация и мотив: теория и методы изучения. Киев, 1998. С. 23-25.
28. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. СПб.: Питер, 2000. С. 65-77.
29. Каклюгин Н.В. От гедонизма и аномии через алкоголь и наркотики к экстатическим псевдохристианским религиозным группам: трезвость любой ценой? Сообщение 4. *Наркология* 2015; (6): 88-102.
30. Каклюгин Н.В. От гедонизма и аномии через алкоголь и наркотики к экстатическим псевдохристианским религиозным группам: трезвость любой ценой? Сообщение 5. *Наркология* 2016; (1): 79-98.
31. Каклюгин Н.В. «Реабилитационные ОПГ» Кубани. Информационно-аналитическая служба «Русская народная линия», 18.08.2017 г. Режим доступа: [http://ruskline.ru/analitika/2017/08/18/reabilitacionnye\\_organy\\_kubani/](http://ruskline.ru/analitika/2017/08/18/reabilitacionnye_organy_kubani/) Дата обращения: 16.09.2017.
32. Каклюгин Н.В. Специфические особенности методики освобождения от химической зависимости в современных культурных новообразованиях христианского толка на территории Российской Федерации: ресоциализация или индоктринация? Сообщение 1. *Наркология* 2009; (3): 92-104.
33. Каклюгин Н.В. Центры реабилитации наркозависимых как площадки для вербовки в секты. Часть 1. Понятийный аппарат процесса оказания реабилитационной помощи наркозависимым лицам и псевдорезабилитационной (вербовочной) работы с ними. Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Духовные аспекты национальной безопасности России» (Челябинск, 20.12.2016 г.) Информационно-аналитическая служба «Русская народная линия», 21.01.2017 г. Режим доступа: [http://ruskline.ru/analitika/2017/01/21/centry\\_reabilitacii\\_narkozavisimym\\_kak\\_plowadki\\_dlya\\_verbovki\\_v\\_sekty/](http://ruskline.ru/analitika/2017/01/21/centry_reabilitacii_narkozavisimym_kak_plowadki_dlya_verbovki_v_sekty/) Дата обращения: 17.09.2017.
34. Каклюгин Н.В., Бельков С.Н., Костюкова Т.А., Григорян Н.А., Пучнин Д.С., Пашенко П.В. Основные модели оказания реабилитационной помощи лицам с химической зависимостью на территории Российской Федерации, реализуемые соци-

ально ориентированными некоммерческими и конфессиональными организациями. Сообщение 1. Биопсихосоциодуховная модель: общий обзор. Программа «12 шагов». *Наркология* 2017; (5): 87-116.

35. Каклюгин Н.В., Бельков С.Н. Критерии оценки качества и сертификация оказания реабилитационных услуг лицам, допускающим немедицинское потребление наркотических средств и психотропных веществ, в различных реабилитационных и псевдореабилитационных сообществах. *Наркология* 2016; (11): 76-95.

36. Катков А.А., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркозависимых. Павлодар, 2003. 267 с.

37. Киржанова В.В., Григорова Н.И., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2014-2015 годах: статистический сборник. М.: НИИ наркологии — филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, 2016. 182 с. Режим доступа: [http://www.nncp.ru/objects/nncp01/%D0%9A%D1%80%D1%81%D0%B1%D0%BE%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA\\_2015\\_%D1%84%D0%B8%D0%BD.pdf](http://www.nncp.ru/objects/nncp01/%D0%9A%D1%80%D1%81%D0%B1%D0%BE%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA_2015_%D1%84%D0%B8%D0%BD.pdf) Дата обращения: 22.08.2017.

38. Леонтьев А.Н. Избранные психологические произведения. Том 2. М., 1982. С. 251-261.

39. Леонтьев А.Н. Современная психология. М., 1983. С. 134-137.

40. Лиманцев В.В. Индивидуальная психотерапия опийной наркомании по методу символдрамы. *Психотерапия* 2006; (4): 32-36.

41. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: руководство. Л.: Медицина, 1991. 304 с.

42. Макеллан А.Т., Марсдан Дж. Современные материалы лечения наркомании: обзор фактических данных. Организация Объединенных Наций, Нью-Йорк. *Наркология* 2005; (3): 29-39.

43. Национальный стандарт «Социальное обслуживание населения. Реабилитационные услуги лицам, зависимым от наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя. Основные виды социальных услуг». ГОСТ Р 54990-2012. Режим доступа: [http://standartgost.ru/g/%D0%93%D0%9E%D0%A1%D0%A2\\_%D0%A0\\_54990-2012](http://standartgost.ru/g/%D0%93%D0%9E%D0%A1%D0%A2_%D0%A0_54990-2012) Дата обращения: 17.09.2017.

44. Новопашин А.В. Перезависимость — результат работы современных тоталитарных деструктивных культов в России в рамках проведения реабилитационной работы с наркозависимыми. ФСКН России, центральный аппарат, конференция «Духовная и медицинская помощь в преодолении пороков табакокурения, пьянства и наркозависимости», 28.01.2010 г. Информационно-публицистический ресурс «Нет наркотикам», 27.05.2010 г. Режим доступа: [http://www.narkotiki.ru/5\\_6790.htm](http://www.narkotiki.ru/5_6790.htm) Дата обращения: 17.09.2017.

45. Об участии Русской Православной Церкви в реабилитации наркозависимых. Документ принят на заседании Священного Синода Русской Православной Церкви от 26.12.2012 г., журнал №128. Режим доступа: <http://www.patriarchia.ru/db/text/2674661.html> Дата обращения: 17.09.2017.

46. О наркотических средствах и психотропных веществах [Федеральный закон Рос. Федерации от 08.01.1998 № 3-ФЗ (ред. от 25.11.2013, с изм. от 04.06.2014) (с изм. и доп., вступающими в силу с 25.05.2014)]. Режим доступа: Консультант Плюс. Законодательство.

47. Плотникова И., Заринова Г., Матвеев М. Работоторговля XXI века: в Татарстане создана сеть «частных тюрем» для наркоманов? Режим доступа: <https://realnoevremya.ru/articles/27420> Дата обращения: 10.09.2017.

48. Прохоров А.В., Велисер У.Ф., Прохаска Дж. О. Транстеоретическая модель изменения поведения и ее применение. *Вопросы психологии* 1994; (2) 113-122.

49. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Мотивационная работа с лицами, употребляющими наркотики и зависимыми от них. Руководство по наркологии (под ред. Н.Н. Иванца). М.: Медицинское информационное агентство, 2008. С. 369-406.

50. Степашин В.М. Лечение лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией, как уголовно-правовая мера принудительного ха-

рактера. *Вестник Омского университета. Серия «Право»* 2014; (2): 200-206.

51. Тучина О.Д., Агибалова Т.В., Шустов Д.И., Шустова С.А., Бузык О.Ж., Петросян Ю.Е. Применение эффекта плацебо в психотерапии наркологических больных: терапевтические и этические аспекты. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова* 2016; (11-2): 61-68.

52. Тучина О.Д., Шустова С.А., Агибалова Т.В., Шустов А.Д., Тучин П.В. Роль сопротивления и механизмов психологической защиты в психотерапии наркологических пациентов. *Вопросы наркологии* 2016; (9-10): 42-50.

53. Фильченко А.П. Прекращение уголовного преследования с применением принудительного лечения алкоголизма и наркомании (сравнительно-правовое исследование). *Проблемы в российском законодательстве* 2011; (4): 142-144.

54. Чирко В.В. Закономерности течения и исходов наркоманий и токсикоманий, начавшихся в молодом возрасте (в свете отдаленного катамнеза). Дисс. на соискание учёной степени д.м.н. М., 2001. 249 с.

55. Шарфиев И. Дом с нормальными явлениями. Как в российских «мотивационных центрах» зарабатывают на принудительном лечении наркоманов. 29.08.2016 г. Режим доступа: <https://meduza.io/feature/2016/08/29/dom-s-normalnymi-yavleniyami> Дата обращения: 10.09.2017.

56. Baumann U., Perrez M. *Lehrbuch Klinische Psychologie, Psychotherapie*. Bern, 1998.

57. Constantino M.J., Ametrano R.M., Greenberg R.P. Clinician Interventions and Participant Characteristics that Foster Adaptive Patient Expectations for Psychotherapy and Psychotherapeutic Change. *Psychotherapy* 2012; 49 (4): 557-569.

58. Constantino M.J., Glass C.R., Arnkoff D.B., Ametrano R.M., Smith J.Z. Expectations. In Norcross J.C., ed. *Psychotherapy Relationships That Work*. New York (NY): Oxford University Press; 2011: 354-376

59. DeFife J.A., Hilsenroth M.J. Starting off on the right foot: Common factor elements in early psychotherapy process. *Journal of Psychotherapy Integration* 2011; 21 (2): 172-191

60. DiClemente C.C., Prochaska J.O. Self-change and therapy change of drugs behavior. New York: Addictive Behavior, 1986. P. 133-142.

61. Ekberg S., Barnes R.K., Kessler D.S., Malpass A., Shaw A.R.G. Managing Clients' Expectations at the Outset of Online Cognitive Behavioural Therapy (CBT) for Depression. *Health Expect.* 2014. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/DOI/10.1111/hex.12227/abstract>

62. Mark D., Luborsky L. A manual for the use of supportive-expressive psychotherapy in the treatment of cocaine abuse. Philadelphia: University of Pennsylvania, 1992.

63. Miller W.R. Motivational interviewing: Research, practice, and puzzles. *Addictive Behaviors* 1996; 21: 835-842.

64. Miller W.R., Benefield R.G., Tonigan J.S. Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *J Consult Clin Psychol.* 1993; 61: 455-461.

65. Miller W.R., Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change. New York: Guilford Press, 1991. P. 38-45, 112-115.

66. Miller W.R., Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for change. New York: Guilford Press, 2002. P. 28-45.

67. Miller W.R., Sovereign R.G. The check-up: A model of early intervention in addictive behaviors. *Addictive behaviors: prevention and early intervention*, Amsterdam, 1989. pp. 219-231

68. Miller W.R., Taylor C.A., West J.C. Relative effectiveness of bibliotherapy, individual and group self-control training in the treatment of problem drinkers. *Addictive Behaviours* 1980; 5: 13-24.

69. Miller W.R., Zweben A., DiClemente C.C., Rychtarik R.G. Motivational Enhancement Therapy Manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. Project MATCH Monograph Series, vol. 2. Rockville, MD: National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), 1992. 121 p.

70. Prochaska J.O., DiClemente C.C. *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: theory, research and practice.* New York 1982; 19: 276-288.

71. Rollnick S., Heather N., Bell A. Negotiating behaviour change in medical settings: the development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health* 1992; 1: 25-37.

72. Rollnick S., Miller W.R. What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1995; 23: 325-334.

73. Schippers G.M., Brokken L.C.M.H., Otten J. Doorlichting, Voorlichting Alcoholgebruik. Handleiding [Manual, Dutch Motivational Drinker's Check-Up]. Bureau Beta, Nijmegen 1994. pp. 45-47.

74. Schoenwald S.K., Ward D.M., Henggeler, S.W. et al. Multisystemic therapy treatment of substance abusing or dependent adolescent offenders: Costs of reducing incarceration, inpatient, and residential placement. *Journal of Child and Family Studies* 1996; 5(4): 431-444.

75. Skinner B.F. *Science and human behavior.* [Harvard University. Cambridge]. New York: Macmillan, 1953. 461 p.

76. Wampold B.E. Humanism as a common factor in psychotherapy. *Psychotherapy* 2012; 49 (4): 445-449.

## References

1. Agibalova T.V., Rychkova O.V., Kuznetsov A.G., Gurevich G.L., Tuchin P.V., Val'chuk D.S. Psihoterapevticheskie podhody k bol'nym opioidnoy zavisimostyu s nizkoy motivatsiey na lechenie: metodicheskie rekomendatsii. [Psychotherapeutic approaches to patients with opioid dependence with low motivation for treatment: methodical recommendations]. M.: FGBU «Natsionalnyy nauchnyy tsentr narkologii» Minzdrava Rossii, 2012. 26 p. (In Russ.)

2. Agibalova T.V., Tuchin P.V., Tuchina O.D. Klinicheskie rekomendatsii po medicinskoj rehabilitatsii bol'nyh narkologicheskogo profilya: psihoterapiya v programmah medicinskoj rehabilitatsii. [Clinical recommendations for medical rehabilitation of patients with a narcological profile: psychotherapy in medical rehabilitation programs]. *Voprosy narkologii* 2015; (3): 87-106 (In Russ.)

3. Agibalova T.V., Tuchin P.V., Shustov D.I., Buzik O.Zh. Terapevticheskij al'yans kak osnovnoj faktor formirovaniya sotrudnichestva v processe lecheniya bol'nyh opioidnoy narkomaniej. [Therapeutic alliance as the main factor in the formation of cooperation in the treatment of patients with opioid addiction]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* 2014; (5-2): 57-63. (In Russ.)

4. Agibalova T.V., Shustov D.I., Koshkina E.A., Tuchina O.D. Psihoterapiya v narkologii — obzor nauchno-dokazatel'nyh modelej psihoterapevticheskogo vmeshatel'stva: zarubezhnyj opyt. Chast' 1. Psihoterapiya kak ehmpiricheski obosnovannyj metod lecheniya. [Psychotherapy in narcology — review of evidence-based models of psychotherapeutic intervention: foreign experience. Part 1. Psychotherapy as an empirically valid method of treatment]. *Voprosy narkologii* 2015; (2): 69-81 (In Russ.)

5. Agibalova T.V., Shustov D.I., Tuchina O.D., Tuchin P.V. Psihoterapiya v narkologii — obzor nauchno-dokazatel'nyh modelej psihoterapevticheskogo vmeshatel'stva: zarubezhnyj opyt. Chast' 2. Empiricheski-obosnovannyye metody psihoterapii narkologicheskikh zabolevanij. [Psychotherapy in narcology — review of evidence-based models of psychotherapeutic intervention: foreign experience. Part 2. Empirically-based methods of psychotherapy of narcological diseases]. *Voprosy narkologii* 2015; (5): 46-65. (In Russ.)

6. Bazhin E.F., Golyinkina E.A., Etkind A.M. Metod issledovaniya urovnya sub'ektivnogo kontrolya. [Method of investigating the level of subjective control]. *Psihologicheskij zhurnal* 1984; (3): 152-162. (In Russ.)

7. Baykenov E.B. Motivatsionnoe konsultirovanie na razlichnykh etapah narkologicheskoy pomoschi: metodicheskie rekomendatsii. [Motivational counseling at various stages of drug treatment: guidelines]. Pavlodar, 2010. 49 p. (In Russ.)

8. Belokrylov I.V. Lichnostno orientirovannaya psihoterapiya narkologicheskikh bol'nyh (klinicheskoe i psihodinamicheskoe issledovanie). [Personally oriented psychotherapy of narcological patients (clinical and psychodynamic research)] Diss. na soiskanie uchenoj stepeni d.med.n. Moscow, 2006. 336 p. (In Russ.)

9. Berestov A.I. Kaklyugin N.V. Neopyatidesyatnichestvo: virus v hristianstve. [Neo-Pentecostalism: a virus in Christianity] M.: izdatelstvo Dushopechitel'skogo pravoslavnogo tsentra vo imya svyatogo pravednogo Ioanna Kronshtadtskogo, 2010. 440 p. Available at: <http://test.dp-c.ru/index.php/books/46-2010-11-29-12-26-07/76-2010-11-29-12-59-37> (In Russ.)

10. Bitsenskiy V.S., Hersonskiy B.G., Dvoryak S.V., Glushkov V.A. Narkomanii u podrostkov. [Drug abuse and addiction of adolescents] / Kiev, 1989. 176 p. (In Russ.)

11. Bokiy I.V., Tsytsarev S.V. Gruppovaya psihoterapiya bol'nyh alkogolizmom v ambulatornykh usloviyah. Issledovanie mehanizmov i effektivnosti psihoterapii pri nervno-psihicheskikh za-bolevaniyah: respublikanskiy sbornik nauchnykh trudov. [Group psychotherapy of patients with alcoholism in outpatient settings. Investigation of the mechanisms and effectiveness of psychotherapy in neuropsychiatric diseases: the republican collection of scientific papers]. Leningrad, 1982. P. 32-38. (In Russ.)

12. Bratus B.S., Sidorov P.I. Psihologiya, klinika i profilaktika rannego alkogolizma. [Psychology, clinic and prevention of early alcoholism] Moscow: Moscow State University, 1984. P. 144. (In Russ.)

13. Bushueva S.A. O neobходимosti prinuditel'nogo lecheniya lits, stradayuschih alkogolizmom i narkomaniej. [About the need for compulsory treatment of people suffering from alcoholism and drug addiction] *Biznes v zakone* 2008; (2): 273-275.

14. Valentik Yu.V., Kuryishev V.N. Kliniko-psihologicheskaya harakteristika ustanovok, formiruemykh v protsesse lecheniya bol'nyh alkogolizmom. [Clinical and psychological characteristics of the settings formed during the treatment of patients with alcoholism] *Voprosy narkologii* 1992; (3-4): 75-81 (In Russ.)

15. Valentik Yu.V. Sovremennyye metody psihoterapii bol'nyh s zavisimostyu ot psi-hoaktivnykh veschestv. Lektsii po narkologii: sbornik nauchnykh tre-dov pod redaktsey N.N. Ivantsa. [Modern methods of psychotherapy of patients with dependence on psychoactive substances. Lectures on narcology: a collection of scientific papers edited by N.N. Ivanets]. M.: Nolidzh, 2000. P. 309-340 (In Russ.)

16. Valuev N.S. Seminar-soveshanie «Sovremennaya rossiyskaya molodezhnaya antinarko-ticheskaya politika v usloviyah zapiska Natsionalnoy sistemy kompleksnoy rehabilitatsii i reso-tsializatsii lits, potrebyayuschih narkoticheskie veschestva v nemeditsinskih tselyah. Razrabotka kri-teriev otsenki deyatelnosti tsentrov po rehabilitatsii i resotsializatsii narkozavisimyykh» Itogovaya rezolyutsiya 18.02.2015 g. [Seminar-meeting «Modern Russian youth anti-drug policy in the conditions of launching the National System of Comprehensive Rehabilitation and Resocialization of Persons Consuming Narcotic Substances for Non-Medical Purposes. Development of criteria for assessing the activities of centers for the rehabilitation and resocialization of drug addicts». Final resolution 18.02.2015]. Available at: [http://narkotiki.ru/5\\_78593.htm](http://narkotiki.ru/5_78593.htm) (In Russ.)

17. Valuev N.S., Kaklyugin N.V. Seminar-soveshanie «Profilaktika zavisimogo pove-deniya v molodezhnoy srede v ramkah Kontseptsii dolgosrochnogo sotsialno-ekonomicheskogo razvi-tiya RF do 2020 goda. Problemye aspekty v usloviyah optimizatsii byudzheta». Itogovaya rezolyutsiya 20.04.2016 g. [Seminar-meeting «Prevention of dependent behavior in the youth environment within the framework of the Concept of long-term social and economic development of the Russian Federation until 2020. Problem aspects in conditions of budget optimization». Final resolution 20.04.2016] *Narkologiya [Narcology]* 2016; (8): 17-29. (In Russ.)

18. Vasseman L.I., Dyuk V.A., Iovlev B.V., Chervinskaya K.R. Psihologicheskaya diagno-stika i novyye informatsionnyye tehnologii. [Psychological diagnostics and new information technologies] SPb., 1997. 203 p. (In Russ.)

19. Garipova N. Tsentry rehabilitatsii zavisimyykh: kak ne popast v sekty i doma pyitok. [Rehabilitation centers of addicts: how not to



get into sects and houses of torture] «Chelny-izvestiya», 08.08.2017 g. Available at: <http://www.chelny-izvest.ru/social/53220.html> Data obrascheniya: 03.09.2017 y. (In Russ.)

20. Guldan V.V., Shvedova M.V. Psihologicheskiy analiz motivoobrazuyuschih faktorov narkotizatsii podrostkov. [Psychological analysis of the motivating factors of teenage drug addiction] L.: izdatelstvo Leningradskogo psihonevrologicheskogo instituta im. V.M. Behtereva, 1991. P. 64-71 (In Russ.)

21. Demina M.V., Chirko V.V. «Otchuzhdenie» addiktivnoy bolezni. [«Alienation» addictive disease]. M.: Medpraktika, 2006. P. 192 (In Russ.)

22. Dudko T.N. Dinamika motivov i motivatsii u bolnykh igrovoy zavisimostyu i s za-visimostyu ot psihoaktivnykh veschestv. [Dynamics of motives and motivation in patients with gambling addiction and dependence on psychoactive substances]. *Voprosy narkologii* 2007; (4): 39-51. (In Russ.)

23. Zavyalov V.Yu. Psihologicheskie aspekty formirovaniya alkogolnoy zavisimosti. [Psychological aspects of the formation of alcohol dependence]. Novosibirsk: Nauka, 1988. P. 198 (In Russ.)

24. Ziganshin I.M., Kitaeva S.V., Muhutdinova D.A. Pervye rezultaty raboty narko-logicheskogo reabilitatsionnogo tsentra «Preodolenie». [The first results of work of the drug rehabilitation center «Preodolenie»]. *Voprosy narkologii* 2004; (4): 36-38. (In Russ.)

25. Igonin A.L. Obschestvo Anonimnykh Alkogolikov i perspektivy ego deyatelnosti v Rossii (obzornoe soobschenie). [Society of Alcoholics Anonymous and prospects for its activities in Russia (overview report)]. *Narkologiya [Narcology]* 2007; (1): 54-58.

26. Ilyin E.P. Suschnost i struktura motiva. [The essence and structure of the motive]. *Psihologicheskiy zhurnal* 1995; (2): 35-36. (In Russ.)

27. Ilyin E.P. Motivatsiya i motiv: teoriya i metody izucheniya. [Motivation and motive: theory and methods of study]. Kiev, 1998. PP. 23-25 (In Russ.)

28. Ilyin E.P. Motivatsiya i motivy. [Motivation and motives]. SPb.: Piter, 2000. P. 65-77 (In Russ.)

29. Kaklyugin N.V. Ot gedonizma i anomii cherez alkogol i narkotiki k ekstatcheskim psevdohristianskim religioznym gruppam: trezvost lyuboy tsenoy? Soobschenie 4. [From hedonism and anomie through alcohol and drugs to ecstatic pseudo-Christian religious groups: sobriety at any cost? Message 4]. *Narkologiya [Narcology]* 2015; (6): 88-102. (In Russ.)

30. Kaklyugin N.V. Ot gedonizma i anomii cherez alkogol i narkotiki k ekstatcheskim psevdohristianskim religioznym gruppam: trezvost lyuboy tsenoy? Soobschenie 5. [From hedonism and anomie through alcohol and drugs to ecstatic pseudo-Christian religious groups: sobriety at any cost? Message 5]. *Narkologiya [Narcology]* 2016; (1): 79-98.

31. Kaklyugin N.V. «Reabilitatsionnye OPG» Kubani. [«Rehabilitation organized criminal groups» of the Kuban] Informatsionno-analiticheskaya sluzhba «Russkaya narodnaya liniya», 18.08.2017 g. Available at: [http://ruskline.ru/analitika/2017/08/18/reabilitatsionnye\\_opg\\_kubani/](http://ruskline.ru/analitika/2017/08/18/reabilitatsionnye_opg_kubani/) (In Russ.)

32. Kaklyugin N.V. Spetsificheskie osobennosti metodiki osvozhdeniya ot himicheskoy zavisimosti v sovremennykh kultovykh novoobrazovaniyakh hristianskogo tolka na territorii Rossiyskoy Federatsii: resotsializatsiya ili indoktrinatsiya? Soobschenie 1. [Specific features of the method of liberation from chemical dependence in modern cult neoplasms of the Christian sense in the territory of the Russian Federation: resocialization or indoctrination? Message 1]. *Narkologiya [Narcology]* 2009; (3): 92-104. (In Russ.)

33. Kaklyugin N.V. Tsentry reabilitatsii narkozavisimyykh kak ploshchadki dlya verbovki v sektyi. Chast 1. Ponyatiynyy apparat protsessa okazaniya reabilitatsionnoy pomoschi narkozavisimyyim litsam i psevdoreabilitatsionnoy (verbovchnoy) raboty s nimi. Materialy Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii «Duhovnyye aspekty natsionalnoy bezopasnosti Rossii» [Centers for the rehabilitation of drug addicts as a platform for recruitment into sects. Part 1. Conceptual apparatus of the process of providing rehabilitation assistance to drug addicts and pseudo-rehabilitation

(recruitment) work with them. Materials of the All-Russian Scientific and Practical Conference «Spiritual Aspects of the National Security of Russia»] (Chelyabinsk, 20.12.2016 g.) Informatsionno-analiticheskaya sluzhba «Russkaya narodnaya liniya», 21.01.2017 y. Available at: [http://ruskline.ru/analitika/2017/01/21/centry\\_reabilitatsii\\_narkozavisimyykh\\_kak\\_ploshchadki\\_dlya\\_verbovki\\_v\\_sektyi/](http://ruskline.ru/analitika/2017/01/21/centry_reabilitatsii_narkozavisimyykh_kak_ploshchadki_dlya_verbovki_v_sektyi/) (In Russ.)

34. Kaklyugin N.V., Belkov S.N., Kostyukova T.A., Grigoryan N.A., Puchnin D.S., Paschenko P.V. Osnovnyye modeli okazaniya reabilitatsionnoy pomoschi litsam s himicheskoy zavisimostyu na territorii Rossiyskoy Federatsii, realizuemye sotsialno orientirovannymi nekommerche-skimi i konfessionalnymi organizatsiyami. Soobschenie 1. Biopsihosotsioduhovnaya model: obshchiy obzor. Programma «12 shagov». [The basic models of rendering rehabilitation aid to persons with chemical dependence on the territory of the Russian Federation, implemented by socially-oriented non-profit and religious organizations. Communication 1. Biopsychosocioendric model: general review. The program «12 Steps»]. *Narkologiya [Narcology]* 2017; (5): 87-116. (In Russ.)

35. Kaklyugin N.V., Belkov S.N. Kriterii otsenki kachestva i sertifikatsiya okazaniya reabilitatsionnykh uslug litsam, dopuskayuschim nemeditsinskoe potreblenie narkoticheskikh sredstv i psihotropnykh veschestv, v razlichnykh reabilitatsionnykh i psevdoreabilitatsionnykh so-obshchestvakh. [Criteria for assessing the quality and certification of the provision of rehabilitation services to people who admit non-medical consumption of narcotic drugs and psychotropic substances in various rehabilitation and pseudo-rehabilitation societies]. *Narkologiya [Narcology]* 2016; (11): 76-95. (In Russ.)

36. Katkov A.L., Pak T.V., Rossinskiy Yu.A., Titova V.V. Integrativno-razvivayuschaya psihoterapiya bolnykh narkozavisimyykh. [Integrative-developmental psychotherapy of patients with drug addicts]. Pavlodar, 2003. 267 p. (In Russ.)

37. Kirzhanova V.V., Grigorova N.I., Kirzhanov V.N., Sidoryuk O.V. Osnovnyye pokazateli deyatelnosti narkologicheskoy sluzhby v Rossiyskoy Federatsii v 2014-2015 godah: statisticheskii sbornik. [The main indicators of the drug service in the Russian Federation in 2014-2015: a statistical collection]. Moscow, 2016. 182 p. Available at: [http://www.nncn.ru/objects/nncn01/Kr\\_sbormik\\_2015\\_fin.pdf](http://www.nncn.ru/objects/nncn01/Kr_sbormik_2015_fin.pdf). (In Russ.)

38. Leontev A.N. Izbrannyye psihologicheskie proizvedeniya. [Selected psychological works]. Vol. 2. Moscow, 1982. P. 251-261. (In Russ.)

39. Leontev A.N. Sovremennaya psihologiya. [Modern psychology]. Moscow, 1983. P. 134-137 (In Russ.)

40. Limantsev V.V. Individualnaya psihoterapiya opiyonoy narkomanii po metodu simvoldramy. [Individual psychotherapy of opium addiction using the symbol drama method]. *Psychotherapy* 2006; (4): 32-36 (In Russ.)

41. Lichko A.E., Bitenskiy V.S. Podrostkovaya narkologiya: rukovodstvo. [Teenage narcology: leadership]. Leningrad: Meditsina, 1991. 304 p. (In Russ.)

42. Maklellan A.T., Marsdan Dzh. Sovremennyye materialy lecheniya narkomanii: obzor fakticheskikh dannykh. Organizatsiya Ob'edinennykh Natsij, N'yu-York. [Modern materials for the treatment of drug addiction: a review of evidence. United Nations, New York]. *Narkologiya [Narcology]* 2005; (3): 29-39. (In Russ.)

43. Natsionalnyy standart «Sotsialnoe obsluzhivanie naseleniya. Reabilitatsionnyye uslugi litsam, zavisimyyim ot narkoticheskikh sredstv, psihotropnykh veschestv i alkogolya. Osnovnyye vidy sotsialnykh uslug». [The national standard «Social services for the population. Rehabilitation services for persons dependent on narcotic drugs, psychotropic substances and alcohol. Main types of social services»] GOST R 54990-2012. Available at: [http://standartgost.ru/g/GOST\\_R\\_54990-2012](http://standartgost.ru/g/GOST_R_54990-2012) (In Russ.)

44. Novopashin A.V. Perezavisimost — rezultat raboty sovremennykh totalitarnykh destruktivnykh kultov v Rossii v ramkakh provedeniya reabilitatsionnoy raboty s narkozavisi-myimi. FSKN Rossii, tsentralnyy apparat, konferentsiya «Duhovnaya i meditsinskaya pomosch v preodolenii porokov tabakokureniya, pyanstva i narkozavisimosti»,

28.01.2010 g. [Dependence is the result of the work of modern totalitarian destructive cults in Russia as part of the rehabilitation work with drug addicts. Federal Drug Control Service of Russia, the central office, the conference «Spiritual and medical assistance in overcoming the malformations of tobacco smoking, drunkenness and drug addiction», 28.01.2010]. Net narkotikam. Available at: [http://www.narkotiki.ru/5\\_6790.htm](http://www.narkotiki.ru/5_6790.htm) (In Russ.)

45. Ob uchastii Russkoy Pravoslavnoy Tserkvi v reabilitatsii narkozavisimyyih. [About participation of the Russian Orthodox Church in the rehabilitation of drug addicts. The document was adopted at a meeting of the Holy Synod of the Russian Orthodox Church on December 26, 2012, magazine No. 128]. Available at: <http://www.patriarchia.ru/db/text/2674661.html> (In Russ.)

46. O narkoticheskikh sredstvakh i psihotropnykh veshchestvakh [Feder. zakon Ros. Federatsii ot 08.01.1998 # 3-FZ]. [On narcotic drugs and psychotropic substances. Federal Law of Russian Federation of 08.01.1998 No. 3-FZ] Available at: Konsultant Plus. Zakonodatelstvo. (In Russ.)

47. Plotnikova I., Zaripova G., Matveev M. Rabotorgovlya XXI veka: v Tatarstane sozda-na set «chastnykh tyurem» dlya narkomanov? [The 21st century slave trade: in Tatarstan, is it created for the network of «private prisons» for drug addicts?] Available at: <https://realnoevremya.ru/articles/27420> (In Russ.)

48. Prokhorov A.V., Veliser U.F., Prochaska Dzh. O. Transteoreticheskaya model izmeneniya povedeniya i ee primenenie. [Transtheoretical model of behavioral change and its application] *Voprosy psichologii* 1994; (2) 113-122 (In Russ.)

49. Sirota N.A., Yaltonskiy V.M. Motivatsionnaya rabota s litsami, upotreblayuschimi narkotiki i zavisimymi ot nih. Rukovodstvo po narkologii (pod red. N.N. Ivantsa). [Motivational work with persons who use drugs and are dependent on them. Guide to narcology (edited by N.N. Ivanets)] M.: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2008. P. 369-406. (In Russ.)

50. Stepashin V.M. Lechenie lits, stradayushchih alkogolizmom i narkomaniei, kak ugolovno-pravovaya mera prinuditelnogo haraktera. [Treatment of persons suffering from alcoholism and drug addiction as a criminal-legal measure of a coercive nature]. *Vestnik Omskogo universiteta. Seriya «Pravo»* 2014; (2) 200-206. (In Russ.)

51. Tuchina O.D., Agibalova T.V., Shustov D.I., Shustova S.A., Buzik O.Zh., Petrosyan Yu.E. Primenenie efekta placebo v psihoterapii narkologicheskikh bol'nyh: terapevticheskie i eticheskije aspekty. [The use of the placebo effect in psychotherapy of narcological patients: therapeutic and ethical aspects]. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova* 2016; (11-2): 61-68. (In Russ.)

52. Tuchina O.D., Shustova S.A., Agibalova T.V., Shustov A.D., Tuchin P.V. Rol' soprotivleniya i mekhanizmov psichologicheskoy zashchity v psihoterapii narkologicheskikh pacientov. [The role of resistance and psychological defense mechanisms in psychotherapy of narcological patients]. *Voprosy narkologii* 2016; (9-10): 42-50 (In Russ.)

53. Filchenko A.P. Prekraschenie ugolovnogo presledovaniya s primeneniem prinuditelnogo lecheniya alkogolizma i narkomanii (sravnitelno-pravovoe issledovanie). [Termination of criminal prosecution with the use of compulsory treatment of alcoholism and drug addiction (comparative legal study)]. *Probeli v rossiyskom zakonodatelstve* 2011; (4) 142-144. (In Russ.)

54. Chirko V.V. Zakonomernosti techeniya i ishodov narkomanii i toksikomanii, nachavshihsva v molodom vozraste (v svete otdalennogo katamneza). [Regularities of the course and outcomes of drug addiction and substance abuse, started at a young age (in the light of distant catamnesis)]. Moscow, 2001. 249 p. (In Russ.)

55. Sharafiev I. Dom s normalnymi yavleniyami. Kak v rossiyskikh «motivatsionnykh tsentrah» zarabatyivayut na prinuditelnom lechenii narkomanov. [A house with normal phenomenon. As in the Russian «motivational centers» they earn on compulsory treatment of drug addicts] 29.08.2016 y. Available at: <https://meduza.io/feature/2016/08/29/dom-s-normalnymi-yavle-niyami> (In Russ.)

56. Baumann U., Perrez M. Lehrbuch Klinische Psychologie, Psychotherapie. Bern, 1998.

57. Constantino M.J., Ametrano R.M., Greenberg R.P. Clinician Interventions and Participant Characteristics that Foster Adaptive Patient Expectations for Psychotherapy and Psychotherapeutic Change. *Psychotherapy* 2012; 49 (4): 557-569.

58. Constantino M.J., Glass C.R., Arnkoff D.B., Ametrano R.M., Smith J.Z. Expectations. In Norcross J.C., ed. *Psychotherapy Relationships That Work*. New York (NY): Oxford University Press; 2011: 354-376

59. DeFife J.A., Hilsenroth M.J. Starting off on the right foot: Common factor elements in early psychotherapy process. *Journal of Psychotherapy Integration* 2011; 21 (2): 172-191

60. DiClemente C.C., Prochaska J.O. Self-change and therapy change of drugs behavior. New York: Addictive Behavior, 1986. P. 133-142.

61. Ekberg S., Barnes R.K., Kessler D.S., Malpass A., Shaw A.R.G. Managing Clients' Expectations at the Outset of Online Cognitive Behavioural Therapy (CBT) for Depression. *Health Expect.* 2014. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/DOI/10.1111/hex.12227/abstract>

62. Mark D., Luborsky L. A manual for the use of supportive-expressive psychotherapy in the treatment of cocaine abuse. Philadelphia: University of Pennsylvania, 1992.

63. Miller W.R. Motivational interviewing: Research, practice, and puzzles. *Addictive Behaviors* 1996; 21: 835-842.

64. Miller W.R., Benefield R.G., Tonigan J.S. Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *J Consult Clin Psychol.* 1993; 61: 455-461.

65. Miller W.R., Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change. New York: Guilford Press, 1991. P. 38-45, 112-115.

66. Miller W.R., Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for change. New York: Guilford Press, 2002. P. 28-45.

67. Miller W.R., Sovereign R.G. The check-up: A model of early intervention in addictive behaviors. *Addictive behaviors: prevention and early intervention*, Amsterdam, 1989. pp. 219-231

68. Miller W.R., Taylor C.A., West J.C. Relative effectiveness of bibliotherapy, individual and group self-control training in the treatment of problem drinkers. *Addictive Behaviours* 1980; 5: 13-24.

69. Miller W.R., Zweben A., DiClemente C.C., Rychtarik R.G. Motivational Enhancement Therapy Manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. Project MATCH Monograph Series, vol. 2. Rockville, MD: National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), 1992. 121 p.

70. Prochaska J.O., DiClemente C.C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice*. New York 1982; 19: 276-288.

71. Rollnick S., Heather N., Bell A. Negotiating behaviour change in medical settings: the development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health* 1992; 1: 25-37.

72. Rollnick S., Miller W.R. What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1995; 23: 325-334.

73. Schippers G.M., Brokken L.C.M.H., Otten J. Doorlichting, Voorlichting Alcoholgebruik. Handleiding [Manual, Dutch Motivational Drinker's Check-Up]. Bureau Beta, Nijmegen 1994. Pp. 45-47.

74. Schoenwald S.K., Ward D.M., Henggeler, S.W. et al. Multisystemic therapy treatment of substance abusing or dependent adolescent offenders: Costs of reducing incarceration, inpatient, and residential placement. *Journal of Child and Family Studies* 1996; 5(4): 431-444.

75. Skinner B.F. Science and human behavior. [Harvard University. Cambridge]. New York: Macmillan, 1953. 461 p.

76. Wampold B.E. Humanism as a common factor in psychotherapy. *Psychotherapy* 2012; 49 (4): 445-449.

**MODERN PRINCIPLES OF PROFESSIONAL MOTIVATIONAL WORK,  
WHICH FOCUSES ON THE INCLUSION IN TREATMENT AND REHABILITATION PROGRAMS  
OF PERSONS WITH SUBSTANCE ABUSE DISORDERS**

*Kaklyugin N.V.<sup>1</sup>, Grigoryan N.A.<sup>2</sup>*

1 — Russian public organization «Mothers Against Drugs», regional branch in the Krasnodar region  
Krasnodar, Russia

2 — Rostov State Medical University  
Rostov-on-Don, Russia

Corresponding author: *Kaklyugin Nikolay*; e-mail: [psihodocor@ya.ru](mailto:psihodocor@ya.ru)

**Funding.** The study had no sponsorship.

**Conflict of interest.** The author declare no conflict of interests.

**Received:** 23.09.2017.

At a really high demand of all chemically dependent persons in the survey, treatment and probable subsequent inclusion in the rehabilitation process using professional motivational technologies, very low rates of hospitalizations of this category of patients to the state narcological rehabilitation institutions are recorded, or there is an increasing number of cases violence against the personality of drug addicts who, not through motivation, but through coercive coercion, are brought to so-called «motivational homes», where violence continues and has nothing to do with social rehabilitation. This demonstrates the unambiguous need to create and replicate a unified methodology for the direction of motivational counseling, to increase the professionalism of this sector, to create training grounds for staff and volunteers of non-state rehabilitation institutions with a view to determining its admission to work with narcological patients of non-state institutions in preparation for this contingent to further inclusion in long-term outpatient and inpatient rehabilitation programs. The annually decreasing number of psychotherapists and psychologists who participated in the state service in the state narcological service also confirms the need to involve socially-oriented non-commercial and commercial organizations in the development of motivational programs for involving patients in the narcological profile in the process of treatment (detoxification) and medical rehabilitation in state institutions with subsequent transfer to programs of medical, social or social rehabilitation (Without treatment) in private institutions. This material can become a starting point for the beginning of a serious scientific discussion that will result in concrete proposals and will be framed in directives for employees of both state and non-state rehabilitation institutions from the profile services: regional and municipal drug control commissions, territorial bodies of the Ministry of Internal Affairs of Russia, social protection of the population, which is charged with coordinating and monitoring this segment of rendering socially significant services to the population.

**Keywords:** chemical dependence, alcoholism, drug addiction, treatment, rehabilitation, motive, motivation, motivational counseling, motivational interviewing, intervention, psychological violence, model of step-by-step behavior changes.