

С. В. Пронин*, Н. А. Пронина*, О. Ю. Лазарева**, В. В. Захарова**, Ю. Г. Степанов*

МОТИВАЦИОННЫЕ МОДЕЛИ В ОЦЕНКЕ ГОТОВНОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЭГ АЛЬФА-ТЕТА-ТРЕНИНГА

*Наркологическая больница «Витар», Новосибирск, Россия

**Институт молекулярной биологии и биофизики СО РАН, Новосибирск, Россия

Привлечение внимания исследователей к изучению мотивационного поля пациентов, проходящих курс ЭЭГ альфа-тета-тренинга, связано с необходимостью дифференцированного подхода к оказанию помощи больным опийной наркоманией, повышения ее эффективности и побуждения пациента к активному участию в терапевтическом процессе. Рассматриваются несколько моделей мотивации – Prochaska, NADA и Simpson. История болезни 18-летнего пациента иллюстрирует взаимосвязь характеристик мотивационного поля (в основе модель Simpson) и динамики основных ритмов в ходе ЭЭГ альфа-тета-тренинга, психических, соматических и поведенческих реакций. Делается заключение, что предлагаемый подход позволяет сделать более конгруэнтными взаимоотношения в системе «пациент – изменение его внутреннего состояния – терапевтическая система».

Ключевые слова: мотивационное поле, готовность к лечению, альфа-ритм, тета-ритм.

Введение. Оценка эффективности применения ЭЭГ альфа-тета-тренинга как системы, позволяющей достичь у пациента состояния спокойного бодрствования, невозможно без прояснения мотивации пациента как необходимой предпосылки для лечения. При первых контактах с пациентом внимание врача акцентируется на прояснении терапевтических ожиданий больного и побуждении его к активному участию в терапевтическом процессе. Поэтому важное значение приобретает оценка мотиваций пациента. Необходимость поэтапного рассмотрения мотивационного процесса признается многими исследователями [1, 2, 3, 4], как правило, вносящими понятие «мотивационного поля», в рамках которого происходит формирование внешних реакций. Введение понятия «мотивационное поле» связано с заданием определенных рамок изучаемого процесса. Обычно рассматриваются следующие компоненты мотивационного поля при субстациональной зависимости: самооценка, аффективная симптоматика, конформность, агрессивность, способность клиента принимать решение, выраженность прессинга на него со стороны окружения и его побудительные мотивы к изменению своего состояния.

Модели изучения мотивационного поля наркотических аддиктов. Можно выделить несколько моделей в изучении побудительных мотивов пациента, связанных с трансформацией его поведенческих реакций и прекращением приема психоактивных веществ (ПАВ).

Обучающая мотивационная модель Prochaska [5] в изучении мотивации при зависимых состояниях постулирует неизбежность проб и ошибок в достижении устойчивой ремиссии. В этой модели формирование поведенческих мотивов

рассматривается как процесс непрерывного обучения личности новому состоянию. Выделяются следующие стадии:

1. Стадия отсутствия осознания вреда от психоактивных веществ (ПАВ) – своеобразное невосприятие информации по негативным последствиям. «Это вы считаете вредным, а не я!»
2. Стадия появления внимания к возникающим проблемам. Сохраняется дистанция к получаемой информации – «Это меня не коснется». Определенные моменты могут ускорить решение задачи «осознания». Обычно анализ проблем проводится с помощью четырехпольного квадрата. Возможный алгоритм разбора вариантов причин отказа от ПАВ: «Негативные и позитивные проявления, связанные с приемом ПАВ. На другой стороне этих своеобразных весов – негатив и позитив в случае отказа от ПАВ».
3. Стадия определения намерений. Баланс изменений еще незначителен. Требуется уточнение цели и смысла жизни при отказе от ПАВ, где необходимо признание полного отказа от приема всех типов ПАВ. Важно оценить, что нужно реально изменить в образе жизни. Сохраняется влияние болезненного стереотипа поведения.
4. Стадия активного реагирования на проблему. Эффективным является планирование поведения, предупреждающего появление старых стереотипов побудительных мыслей и связанных с ними негативных эмоций, приводящих к срывам. Очень важно влияние здорового окружения для закрепления позитивных решений. Одна из сложностей – решение проблемы свободного времени.
5. Стадия удержания достигнутых изменений,

наиболее благоприятная в достижении максимального эффекта при проведении любых реабилитационных программ, в т.ч. БОС-тренинга.

6. Программа во время срыва - суметь удержать достигнутое, не соскользнуть в прошлое.

Клиент-центрированная мотивационная модель NIDA (National Institute on Drug Abuse). Ориентирована, в первую очередь, на решение конкретных проблем пациента. Дает возможность оценки готовности пациента начать лечение с помощью специальных опросников, позволяющих «заострить» его проблемы, связанные с приемом психоактивных веществ. Наиболее интересны следующие опросники: Alcohol and Drug Consequences Questionnaire (ADCQ); Alcohol Expectancy Questionnaire--III (Adult); Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES 8A, 8D); University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA); What I Want From Treatment [6].

Поведенческая мотивационная модель Simpson. Предлагаемая Simpson [7, 8] поведенческая модель для оценки роли мотивации в формировании эффективной лечебной программы делает попытку рассматривать аддиктивную личность как своеобразный «черный ящик» со многими неизвестными, где для успешности лечения необходимо [9, 10], во-первых, «признание проблем», связанных с приемом наркотиков (оценка зависимости проводится по критериям DSM-IV) [11]. Во-вторых, «признание необходимости помощи». В-третьих, «готовность начать лечение», где часто уже приходится говорить только «о последнем шансе» пациента. На стадии готовности больного начать лечение считается разумным его ориентирование на стратегию «лучше синица в руках, чем журавль в небе». Такой подход позволяет более полно отразить состояние внешних и внутренних мотиваторов, влияющих на поведение аддиктивной личности.

Клинический пример. Нами сделана попытка на основании адаптированного тестового материала модели Simpson, проанализировать мотивационное поле конкретного пациента и его последующую реакцию на ЭЭГ альфа-тета тренинг.

Для наглядности приводим краткий анамнез пациента И., 18 лет, анализ мотивационного поля которого представлен ниже.

Анамнез жизни больного: родился в семье служащих, единственный ребенок. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. В развитии от сверстников не отставал, рос спокойным, малообщительным, мечтательным ребенком. Из перенесенных заболеваний отмечаются частые простудные заболевания. Травмы головы отрицает, туберкулеза, венерических заболеваний не было. В школу пошел с семи лет. Учился средне, любил рисовать. В двенадцать лет записался на озудо, но позанимался полгода и бросил, затем стал посещать художественную школу, через полтора года оставил ее, так как не хватало усидчивости. В девятом классе поступил в медицинский лицей, по окончании которого в 1997 году сдал экзамены в медицинский институт, но со

второго семестра 1998 года ушел в академический отпуск. В настоящее время не учится и не работает. Живет с родителями.

Анамнез настоящего заболевания: в 1996-м году впервые в компании сверстников попробовал анашу. Курил три раза в неделю в течение первого месяца. Психическая зависимость стала проявляться в виде желаний испытать «легкость движений, быстроту мыслей», в потребности общения. Со второго месяца стал курить ежедневно (2-3 кружки на день), что поднимало настроение уже в меньшей степени, стали появляться мысли добавить «тяжелых» наркотиков, т.к. курение анаши не вызывало прежнего «полноценного» эффекта психического комфорта. В начале 1997 года попробовал «ханку» (кустарно приготовленный опиум). Отмечает, что влечение к «ханке» было «средним», было ощущение, что при желании может обойтись без наркотиков. С ноября 1998 года перешел на героин, около 100мг за сутки, «нюхал» раз в три дня. Понял, что героин «легче, благороднее». Физического влечения не чувствовал, только испытывал психическую тягу, конкретизировать свои психические ощущения не может. В феврале 1998 года не смог продолжать учебу. Взял академический отпуск. Появилась неусидчивость, пропал интерес к учебе. Стал раздражительным, снизилась память. С марта 1998 года перешел на «ханку», т.к. героин «стоит дорого». С 20 июня по 26 июля 1998 года лежал в 4-й психбольнице г.Новосибирска. Причина госпитализации – требование родителей. После выписки с июля по декабрь курил анашу до двух раз в неделю. С сентября попробовал героин, который нюхал в течение месяца, около 100 мг за сутки. Затем снова стал колоться героином от двух до пяти раз в неделю. Суточная доза составляла 50-100 мг. В конце ноября около двух недель лечился в стационаре городского наркологического диспансера, где нарушал лечебный режим, продолжал принимать наркотики.

Анализ «мотивационного поля» пациента. «Мотивационное поле» пациента И. было построено с использованием тестового материала модели Simpson (рис. 1).

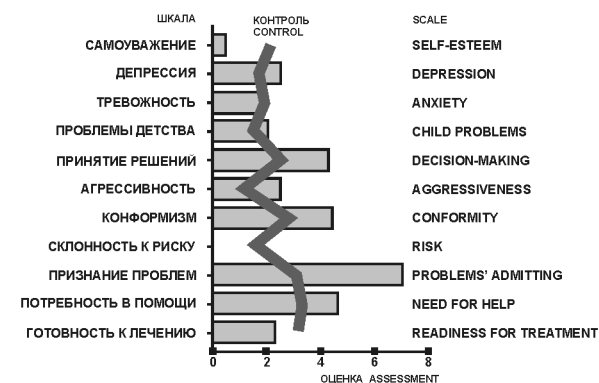


Рис. 1. Оценка «мотивационного поля» пациента И. перед ЭЭГ-тренингом. За контроль взяты данные модели Simpson.

Fig. 1. Assessment of "motivation field" of patient I., 18 years, before EEG-training. Control parameters are taken from Simpson's model.

На рис. 1 видно, что перед началом тренинга у пациента были ниже контрольных отметок следующие шкалы: самоуважение, склонность к

рису, готовность к лечению. Шкалы: депрессия, тревожность, проблемы детства (у пациента диагностирована клептомания), принятие решений, агрессивность, конформизм, признание проблем, готовность к помощи превышали контрольные оценки.

Завышенные оценки по шкале «конформность» свидетельствуют, в первую очередь, о готовности сознательного изменения пациентом своих ожидаемых реакций соразмерно с реакцией окружающих, в первую очередь, из-за выраженности внешнего «убеждения».

Динамика поведенческих реакций и основных ритмов пациента в ходе ЭЭГ альфа-тета-тренинга. В начале занятий у пациента отмечалось импульсивное поведение, повышенная раздражительность, тревожность, навязчивые сновидения с наркотической тематикой.

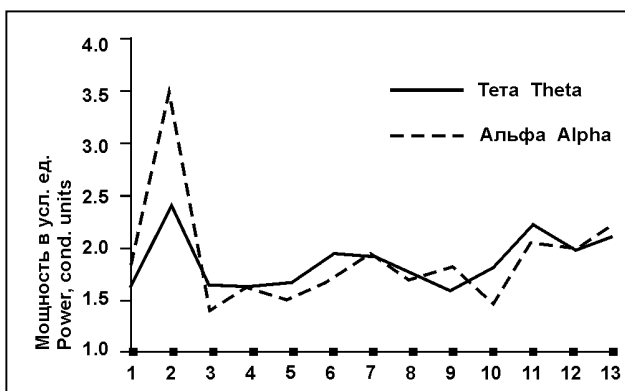


Рис. 2. Динамика основных ритмов в ходе ЭЭГ альфа-тета-тренинга у пациента И., 18 лет.

Fig. 2. Progress of basic rhythms in the course of EEG alpha-theta training. Patient I., 18 years.

По рис. 2 можно проследить динамику основных ритмов ЭЭГ в процессе альфа-тета-тренинга у пациента И. В ходе тренинга на фоне клинической стабилизации ремиссии заметно изменилась динамика основных ритмов, их мощность. К двенадцатой сессии отмечено повышение амплитуды основных ритмов, их синхронизация. Стало заметно усиление психопатологической и соматовегетативной компоненты патологического влечения к наркотическим веществам. Усилилась раздражительность, появилась быстрая истощаемость внимания, слабость, вялость. Тренинги были приостановлены из-за появившейся клиники острого гепатита – нарастающей желтухи, которая редуцировала после инфузионной терапии в течение двух недель. Был поставлен диагноз «гепатит С», который связывался с последней инъекцией раствора «ханки» три месяца назад. В последующем занятия были продолжены.

Анализ мотивационного поля пациента в конце курса тренинга. На рис. 3 представлено «мотивационное поле» рассматриваемого пациента И. после завершения курса ЭЭГ альфа-тета-тренинга и стабилизации его соматического состояния. Уменьшились депрессивные, тревожные

проявления, снизилась оценка по шкале «принятие решений», «агрессивности».

В данном примере повышение самооценки пациента (шкала «самоуважение») в конце курса отразило положительный эффект тренинга.

Нами выявлен ряд диагностических особенностей модели Simpson. Во-первых, превышение уровня контрольных оценок показателя по шкалам «депрессия» и «тревога» свидетельствуют о приеме наркотиков.

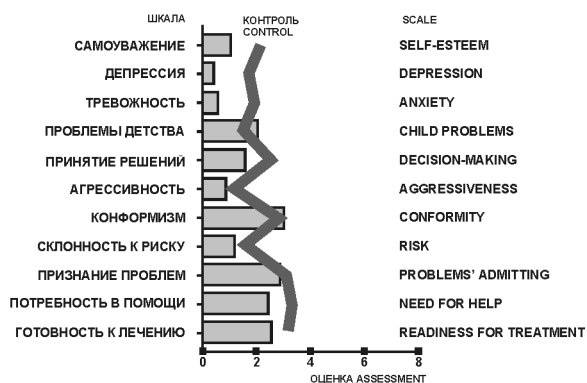


Рис. 3. «Мотивационное поле» пациента И. после завершения курса альфа-тета-тренинга. Контроль-данные модели Simpson.

Fig. 3. "Motivation field" of patient I., 18 years, after EEG-training. Control parameters are taken from Simpson's model.

Во-вторых, высокие оценки по шкале «конформность» отражают высокую степень подверженности такого пациента суггестивным воздействиям, стремление получить поддержку своего близкого окружения (круг «Я»); при исчерпании ресурса этого уровня наблюдался переход ко второму уровню (круг «Ты»), обычно возобновление контактов со старыми друзьями. Появление своеобразного круга «Они» было связано с обращением за поддержкой к медицинской системе только в дезадаптивных ситуациях. Такие пациенты наиболее подвержены внешнему прессингу, в чем бы лице он ни был представлен.

Заключение. Таким образом, анализ состояния проблемы, связанной с изучением мотивации пациента и факторов, влияющих на нее, показывает наличие нескольких подходов. Практически отсутствуют работы по психофизиологической оценке внутренних механизмов формирования мотивационного поля и связанных с этим стереотипных поведенческих паттернов у аддиктивной личности. Важно определить их значение для повышения эффективности БОС-тренингов. Определенный накопленный опыт позволяет говорить о перспективности данного подхода, призванного сделать более конгруэнтными взаимоотношения в системе «пациент – изменение его внутреннего состояния – терапевтическая система», повысить мотивацию пациента к участию в ЭЭГ альфа-тета-тренинге.

Литература.

1. Иванников В.А. Формирование побуждений к действию// Вопросы психологии. 1985. 3[1].

2. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. СПб: Издательство «Питер». 2000. – С.70.
3. Магомед-Эминов М.Ш. Психодиагностика мотивации. Общая психодиагностика. М. 1987.
4. Файзулаев А.А. Мотивационные кризисы личности// Психологический журнал. 1989. 3.
5. Prochaska J.O., DiClemente C.C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: theory, research and practice. 1982. 19. – С. 276-288.
6. Principles of drug addiction treatment: a research-based guide. National Institute on Drug Abuse, National Institute of Health. 1999. <http://165.112.78.61/PODAT/PODATindex.html>.
7. Knight K., Holcom M., Simpson D. TCU psychosocial functioning and motivation scales: Manual on psychometric properties. Fort Worth: Texas Christian University. Institute of Behavioral Research. 1994. February.
8. Simpson D.D., Joe G.W. Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment// Psychotherapy. 1993. 30(2). – P. 357-368.
9. Simpson D.D., Sells S.B. Research Summary. TCU Model of treatment process and outcomes. 2000. April.
10. Simpson D.D., Sells S.B. Effectiveness of treatment for drug abuse: An overview of the DARP research program// Advances in Alcohol and Substance Abuse. 1982. 2(1). – P. 7-29.
11. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: Триада-Х. 1999. – С. 28-37.

MOTIVATION MODELS IN THE ASSESSMENT OF OPIOID ADDICTS' TREATMENT READINESS IN THE COURSE OF EEG ALPHA-THETA TRAINING**S. V. Pronin*, N. A. Pronina*, O. Yu. Lazareva**, V. V. Zakharova**, Yu. G. Stepanov*****"VITAR" hospital, Novosibirsk, Russia****Institute for Molecular Biology and Biophysics, RAMS, Siberian Branch, Novosibirsk, Russia**Key words: motivation field, treatment readiness, alpha-rhythm, theta-rhythm.*

The paper considers characteristics of motivation field in patients treated by means of EEG alpha-theta-training. The differential approach to the treatment of opioid addicts increases its efficiency and promotes a patient to take active part in the therapeutic process. Two models of motivation (Prochaska and Simpson) are regarded. The example of 18-years old patient's history illustrates the correlation between motivation field characteristics and consequent dynamics of basic rhythms in the course of EEG training along with changes in psychic, somatic and behavioral reactions. The conclusion is made that the approach suggested allows creating more proper relations in the scheme "patient – inner condition changing – therapeutic system".
