

СТРАТЕГИИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЛИНАРКОМАНИИ

А.И. МЕЛЁХИН, Ю.В. ВЕСЕЛКОВА

За последние несколько лет когнитивно-поведенческая психотерапия, направленная на предотвращение и минимизацию рецидива, оказалась наиболее эффективным методом лечения зависимости от психоактивных веществ (опийная наркомания, кокаинизм, каннабизм и полинаркомания). В данной статье описаны психотерапевтические протоколы лечения полинаркоманности. Приведены интегративные принципы краткосрочной когнитивно-поведенческой психотерапии наряду с мотивационной терапией, психообразованием и системно-семейной терапией. Представлены шаги проведения мотивационного интервью, функционального анализа проблемного поведения, обучения социальным навыкам и техникам преодоления негативного стресса, основанные на принципе осознанности. Особое внимание в статье уделяется профилактике рецидивов у пациентов с полинаркоманией.

Ключевые слова: когнитивно-поведенческая психотерапия, полинаркомания, реабилитация, наркомания, мотивационное интервью, копинг-навыки.

Использование краткосрочных форм когнитивно-поведенческой психотерапии (далее — КПП), ориентированных на обучение пациента и его родственников навыкам преодоления срывов, стало важной частью спектра медицинской помощи при лечении зависимых пациентов от психоактивных веществ (далее — ПАВ). Эти формы когнитивно-поведенческой психотерапии получили названия: BRIEF-Cognitive-behavioral treatment или Cognitive-behavioral coping skills treatment.

К.М. Carroll (1998) была предложена триада помощи пациентам зависимым от ПАВ:

- обучение **распознаванию** срыва (recognize);
- обучение стратегиям **избегания** (avoid) ;
- обучение стратегиям **совладания** (cope) с зависимостью и другими проблемными ситуациями.

Определив, что основной мишенью психотерапии является изменение поведенческих навыков и стратегий, которые приводят пациента к срыву, психотерапевт уделяет особое внимание вопросу соблюдения ре-

жима лечения и выявлению выгод от краткосрочной и долгосрочной систематической помощи (когнитивных тренингов, индивидуальных и групповых занятий, семейной терапии, психообразования, рецидивной терапии) [Буизман, 2007].

Выделяют следующие аспекты краткосрочной когнитивно-поведенческой психотерапии [Brief interventions, 1999]:

— Решение конкретной проблемы, прицельный ориентир на симптом, а не на то, что за ним.

— Четкое определение цели терапии связано с конкретными изменениями в поведении.

— Цели терапии должны быть понятны как пациенту, так и специалисту в области психического здоровья.

— Результаты терапии видны незамедлительно.

— Ответственность за изменение своего состояния несет пациент.

— В начале процесса терапии внимание пациента акцентируется на его прошлом опыте приема ПАВ, ранних психологических травмах, что позволяет повысить самоэффективность в решении проблемы.

— Результаты терапии рассматриваются в динамике и измеряются количественно и качественно.

Изначально когнитивно-поведенческая психотерапия зависимостей от ПАВ была разработана как способ предотвращения рецидива у пациентов с алкогольной зависимостью с целью научить пациентов избегать или преодолевать повышенный уровень напряжения. Позже фокус внимания специалистов переключился на пациентов, употребляющих кокаин [Samp, Kadden, 2001].

Методы когнитивно-поведенческой психотерапии позволяют показать пациенту, что социальное обучение и научение играют важную роль в развитии ригидного мышления и неадаптивного поведения. Совместно с психотерапевтом пациент учится выявлять и устранять неадаптивное поведение, используя различные копинг-стратегии и техники, чтобы прекратить употребление наркотиков и научиться решать возникающие жизненные трудности, не прибегая к употреблению ПАВ [Carroll, 1998].

Существуют различные протоколы лечения наркомании в рамках КПП [Samp, Kadden, 2001]:

— Мотивационная терапия (Motivational enhancement therapy, MET) с включением 2 индивидуальных сессий мотивационного интервью и 3 групповых сессий КПП (MET/CBT5).

— Мотивационная терапия с включением полного курса КПП — 12 сессий (MET/CBT5 + CBT7).

— Терапия поддержки семьи (The Family Support Network, FSN), включающая MET5+CBT7 для самого пациента и курс семейной тера-

пии (5 сессий) для его родственников (психообразование, домашние встречи, поддерживающие группы для родителей).

— Многоуровневая семейная терапия (Multidimensional Family Therapy, MDFT), один раз в неделю в течение 12 недель с фокусом на семейные роли и дисфункции в семейной системе¹.

Перечисленные протоколы объединяет ряд техник, предназначенных для выработки и укрепления самоконтроля, в основе которых лежит выявление плюсов и минусов, связанных с употреблением ПАВ. Однако стоит учитывать, что на первых этапах терапии у пациентов возникают трудности с выявлением минусов влияния на собственную жизнь, особенно при попытках вспомнить отрицательные последствия употребления ПАВ на начальном этапе приема (во время т.н. «розового периода употребления»).

В связи с трудностями поиска минусов, выработки и укрепления самоконтроля проводятся: мотивационное интервью (2—3 сессии), психообразование (2—3 сессии) как самих пациентов, так и их родственников, что значительно повышает комплаентность пациентов к психотерапии. В рамках психообразования с пациентами и их родственниками обсуждаются вопросы, тематика которых показана на Рис. 1.

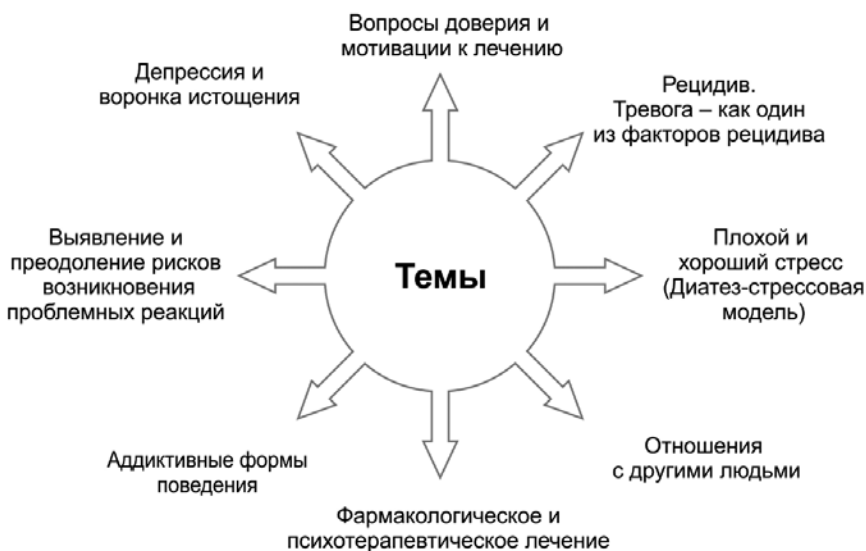


Рис. 1. Направления психообразования пациентов и их родственников

¹ Примечание. Подробнее об интеграции когнитивно-поведенческой терапии и системно-семейной терапии [Гаранян, Холмогорова 2013].

Благодаря психообразованию пациент и его родственники обучаются распознавать срыв на ранних этапах и выявлять потенциальные кризисные ситуации, и применяя полученные копинг-стратегии преодолеть рецидив, не прибегая к привычному аддиктивному поведению [Бауман, 2007]. Исследования показывают, что способы преодоления рецидива, основанные на методах КПП, эффективно сохраняют ремиссию у пациента на длительный срок — от одного года до нескольких лет [Reis de Oliveira, 2012; Patitjean, 2014].

Так же проводятся исследования, целью которых является создание более гибких интервенций при лечении зависимости от ПАВ путем объединения КПП с другими направлениями поведенческой психотерапии (например, с программой 12 шагов) [Ouimette, 1997].

Программа 12 шагов и когнитивно-поведенческая психотерапия

Традиционный подход 12 шагов, разработанный в парадигме самопомощи, объединяет пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью. Предполагается, что употребление психоактивных веществ является результатом биологической и/или психологической уязвимости, которая приводит к потере контроля над употреблением ПАВ. Пациенты, которые проходят программу 12 шагов, принимают модель собственной болезни (например: наркомания, алкоголизм) или собственную аддиктивную идентичность и следуют системе лечения, принимая участие в 12-ступенчатой программе. Данную систему критикуют за подход к лечению по типу «все или ничего», а также за стигматизацию (маркировку) пациентов. Вместо того чтобы сказать «я сделал ошибку», пациенту присваивается негативный ярлык «я неудачник». Этот ярлык приводит пациента к гневу, тревожности, фрустрации и низкой самооценке. Согласно постулатам когнитивно-поведенческой психотерапии ярлыки вредны и только усугубляют проблему. Некоторые исследователи отмечают, что цель ярлыков в 12 шаговых программах не в выработке у пациентов способности прекратить употребление наркотиков или алкоголя, а в обезличивание и формирование зависимости от групп, в которых реализуется данный подход (например, от группы АА (анонимные алкоголики) и АН (анонимные наркоманы)) [Ouimette, 1997].

Когнитивно-поведенческий подход к реабилитации от химической зависимости разработан в рамках теории социального научения и ряда клинических исследований. Основное предположение модели КПП — это то, что употребление психоактивных веществ является одной из форм неадаптивного поведения. Сам факт употребления психоактивных веществ является некой *поведенческой гипотезой*, которую пациент часто не замечает и не осознает. В этих случаях целями психотерапии

становятся осознанная проверка этой гипотезы и выявление тех факторов, которые поддерживают модель неадаптивного поведения (например убеждений о власти ПАВ над личностью, об отсутствии возможности самостоятельного прекращения употребления веществ, о невозможности справиться с состоянием дискомфорта в жизненных ситуациях). Психотерапевт совместно с пациентом, занимается выявлением негативных убеждений о приеме ПАВ и способствует их замене на более адаптивные, формирует новый репертуар копинг-стратегий, позволяющих предотвратить срыв.

Ранее считалось, что 12 шагов и КПП это два подхода, которые по-разному смотрят на вопросы этиологии, лечения и восстановления после употребления ПАВ. Однако, на данный момент, проведены два эмпирических исследования, которые сравнивают эффективность 12-шагов и КПП в лечении зависимости от ПАВ. В рандомизированном клиническом исследовании была показана относительная эффективность 12-шаговой терапии и профилактики рецидивов с помощью КПП в группах, зависимых от кокаина в амбулатории клиники. Пациенты после прохождения данной терапии сократили прием кокаина. Однако стоит учитывать, что лечение строилось на добровольном участии, что повышало эффективность лечения [Ouimette, 1997]. На данный момент, 12 шагов и КПП объединены в направление под названием «12-шаговая упрощенная терапия» (Twelve-Step Facilitated Therapy, сокр. TSF), которая направлена на мотивирование и осознание пациентом необходимости прохождения 12-шаговой программы [Ouimette, 1997].

Выделяют ряд преимуществ когнитивно-поведенческой психотерапии в лечении злоупотребления психоактивными веществами [Moyns, 2011]:

— КПП является краткосрочным подходом, хорошо подходящим для включения его в большинство клинических реабилитационных программ;

— КПП является гибким, индивидуализированным подходом, который может быть адаптирован к широкому диапазону пациентов, а также множеством форм применения (стационарный пациент, амбулаторный пациент) и форматов (групповые, индивидуальные занятия);

— особенно стоит отметить форму «письменной терапии» (Writing Therapy), когда в назначенное время каждую неделю пациент пишет психотерапевту о своих проблемных реакциях. Данная форма КПП особенно полезна для пациентов, которые испытывают трудности говорить о своих мыслях и чувствах;

— построение психотерапии с опорой на планирование лечения и выбор конкретных целей;

— КПП основана на структурированных принципах оценки прогресса лечения.

Структура психотерапии

Когнитивно-поведенческая психотерапия предполагает, что пациенты с наркоманией испытывают *дефицит навыков преодоления трудностей* [Kadden, 2001]. Они не могут эффективно использовать стратегии совладания и подавлять тягу к приему ПАВ. В связи с этим одной из первоочередных целей КПП химических зависимостей, является обучение пациентов распознавать ситуации, в которых они более всего склонны к принятию наркотических веществ, а также поиск путей избегания подобных ситуаций и/или способов более эффективно справляться с различными жизненными ситуациями, чувствами и поведением, связанными с употреблением ПАВ. КПП особое внимание уделяет функциональному (или поведенческому) и мотивационному анализу злоупотребления ПАВ. Психотерапия строится на выявлении и понимании убеждений (верований, установок), лежащих в основе представлений пациента о себе и о своем отношении к употреблению ПАВ [Буизман, 2007; Свит, 1997; Kadden, 2001].

Учитывая биопсихосоциальный подход к пониманию болезни, выделяют следующие задачи в рамках КПП пациентов с наркоманией [Samp, Kadden, 2001]:

1. Формирование мотивации к трезвости и ясности сознания.
2. Обучение навыкам преодоления трудностей (повышение стрессоустойчивости).
3. Обучение техникам релаксации.
4. Управление гневом и болезненными аффектами.
5. Улучшение межличностного функционирования и повышение уровня социальной поддержки.

Помимо вышеизложенных задач психотерапии, следует уделять внимание наличию и риску развития аффективных расстройств: депрессии, тревожного расстройства [Witkiewitz, Bowen, 2010]. В этом случае необходимо подключить к программе дополнительные протоколы психотерапии данных аффективных расстройств.

В когнитивно-поведенческой психотерапии для пациентов с наркоманией выделяют следующие психотерапевтические этапы [Carroll, 1998; Буизман, 2007]:

- мотивационное интервью (Motivational Interviewing);
- функциональный анализ поведения (Functional analysis);
- обучение пациента когнитивной модели и диспуту о дисфункциональных убеждениях;

- обучение пациента различным социальным навыкам (Skills Training);
 - обучение пациента совладанию со стрессом (Teaching Stress Management);
 - тренинг уверенности (Assertiveness Training);
 - профилактика рецидивов (Relapse Prevention).
- Рассмотрим более подробно данные компоненты.

Мотивационное интервью и цели терапии

После оценки соматического и психического состояния, в начале психотерапии, пациенту предлагается протокол мотивационного интервью [Motivation & Ambivalence], алгоритм заполнения которого показан на рис. 2.

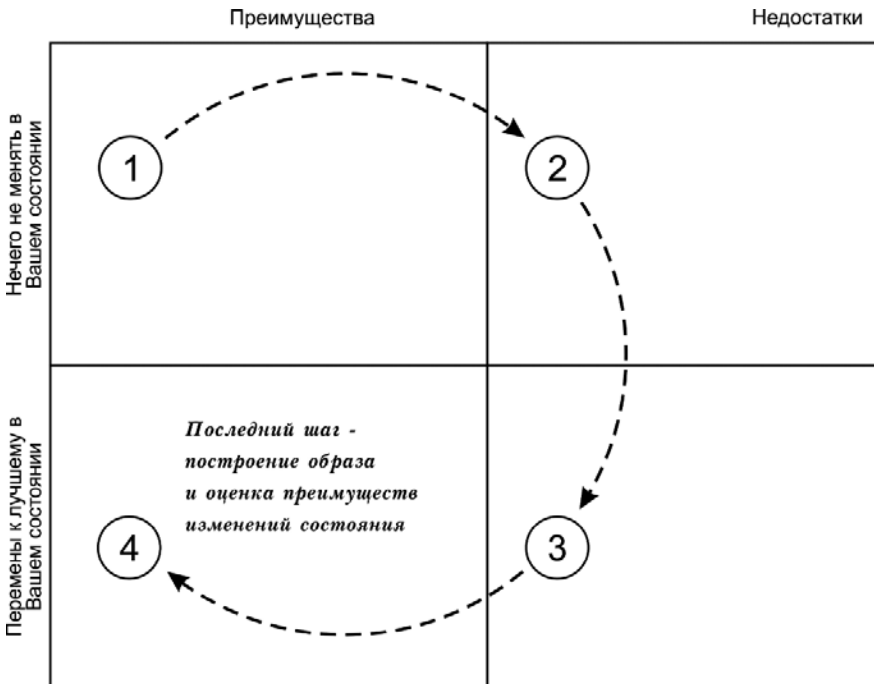


Рис. 2. Алгоритм заполнения протокола мотивационного интервью

Пациенту задаются следующие вопросы: 1) Каковы преимущества пребывания в данном состоянии; 2) Каковы недостатки пребывания в данном состоянии; 3) Есть ли недостатки при изменении состояния; 4) Есть ли преимущества в перемене состояния. Совместно с пациен-

том заполняются поля данного протокола, и ответы проговариваются вслух. Особое внимание стоит уделить мотивации пациента к переменам. Для этого можно использовать технику «Контракт с собой» [Харитонов, 2013; 2015], когда пациенту задается вопрос: «что Вы хотите изменить в себе?» (цель терапии) и каковы «стоп» цели (что пациент не хочет изменять). От психотерапевта требуется точно выявить те чувства, мысли и поведенческие паттерны, которые мешают пациенту взять на себя обязательства за изменение своего состояния. Копия мотивационного протокола обязательно отдается пациенту [Буизман, 2007; Соммерз-Фланаган, 2006; Moyers, Houck, 2011].

После заполнения протокола мотивационного интервью пациенту предлагается лист личных целей (Personal Goal Worksheet) со следующими вопросами [Samp, Kadden, 2001]:

Каковы мои цели в отношении отказа от приема наркотиков?

Каковы причины следовать этой цели?

Какие шаги я планирую предпринять, чтобы достичь этой цели?

Если цели являются недостаточно определенными или неуместными для лечения, то психотерапевт совместно с пациентом заполняет протокол, предлагая несколько идей, которые могут помочь выявить цели. В ходе заполнения протокола психотерапевт может предложить внести изменения таким образом, чтобы пациент не чувствовал критику. Если у пациента возникают проблемы с формулированием целей, есть несколько способов, чтобы помочь ему [Samp, Kadden, 2001; Харитонов, 2015]:

— Скажите пациенту, что на этапе прекращения употребления, более успешны люди, имеющие четкое планирование и копинг-стратегии для избегания ситуаций которые приводят к употреблению.

— Спросите пациента о том, чем он может отвлечь себя, от мыслей об употреблении наркотиков?

— Обратите внимание пациента, что в ходе лечения он будет больше узнавать о конкретных стратегиях позволяющих решить проблему употребления наркотиков.

После того как лист целей заполнен, психотерапевт просит пациента прочитать его вслух, предварительно объяснив, что чтение вслух помогает укрепить мотивацию для достижения цели. Копия листа целей обязательно отдается пациенту на руки [Samp, Kadden, 2001].

Для оценки мотивации включения пациента в психотерапию используются *визуально-аналоговые шкалы*, когда пациенту на каждой сессии предлагается оценить желание продолжить лечение и заинтересованность в нем по 10 бальной шкале. Оценка комплаенса и приверженность пациента лечению оценивается так же по 10 бальной шкале самим специалистом [Харитонов, 2013; 2015].

Функциональный анализ проблемного поведения

Под функциональным анализом понимается анализ предпосылок (триггеров) к употреблению и последствий от употребления ПАВ. Этот анализ позволяет пациенту увидеть свое неадаптивное поведение, а также выявляет мотивы и препятствия для его изменения. Анализ предпосылок проводится с помощью техники «5 вопросов» (5 Ws): Когда? Где? Почему? С кем / От кого? Что случилось дальше? [Carroll, 2008]. Дополнительно проводится анализ:

- Мест, где пациент покупает и употребляет наркотики.
- Внешних и внутренних сигналов (эмоциональных состояний) которые могут спровоцировать употребление ПАВ.
- Окружающих людей, с которыми пациент употребляет наркотики.
- Эффект (психологический и физический), который пациент получает от употребления ПАВ.

Проводится ретроспективная оценка до употребления ПАВ:

- Что происходило перед тем, как вы приняли наркотик?
- Как чувствовали себя до того, как вы его приняли?
- Как / где вы приобрели и приняли наркотик?
- С кем вы употребляли наркотик?
- Что произошло после того как вы приняли наркотик?
- Где вы были, когда вы начали думать об употреблении наркотика?

В рамках функционального анализа проводится анализ мыслей, чувств и событий, связанных с употреблением психоактивных веществ. При проведении данного анализа используется протокол функционального анализа для выявления рисков употребления ПАВ (Functional Analysis or High-Risk Situations Record), который представлен в табл. 1.

Таблица 1

Протокол функционально анализа и ситуаций риска

Ситуация	Мысли	Эмоции и ощущения в теле	Поведение	Последствия
Где я был? Кто был со мной? Что произошло?	О чем я подумал в этот момент?	Что я почувствовал в этот момент? Какие ощущения были в теле?	Что делал я? Что в этот момент делали окружающие люди?	Что произошло после? Как я чувствовал себя после употребления? Как другие люди реагировали на мое поведение?

Можно предложить пациенту более расширенный протокол функциональной оценки поведения до и после приема ПАВ [Samp, Kadden, 2001], представленный в табл. 2

Таблица 2

Протокол оценки поведения до и после приема психоактивных веществ

Ситуация (триггер)	Мысли и эмоции	Поведение	Положительные результаты	Негативные результаты
Какая ситуация, мысль, образ спровоцировали употребление ПАВ?	О чем я думал в этот момент? Что я чувствовал? Что я говорил себе?	Что я делал?	Какие хорошие вещи происходили?	Какие плохие вещи происходили?

Данные протоколы позволяют выявить триггеры, которые запускают прием ПАВ. Триггеры бывают как внешними (люди, места, предметы, периоды времени), так и внутренними (гнев, разочарование, возбуждение, волнение, скука, усталость, счастье). На рис. 3 представлена модель влияния триггеров на прием ПАВ [Carroll, 2008].

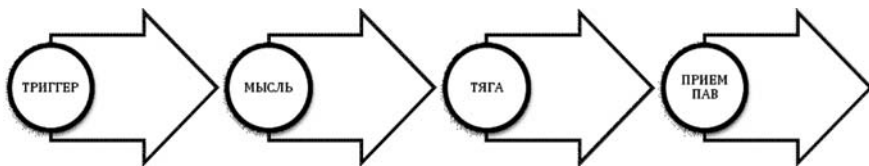


Рис. 3. Модель влияния триггеров на прием ПАВ [Carroll, 2008]

Аналогом функционального анализа является *техника сетевого анализа* [Харитонов, 2009]. Выделив ситуации высокого и малого рисков, психотерапевт обучает пациента сокращать время пребывания в ситуациях высокого риска и переходить в ситуации малого риска с целью минимизации срыва. Для выполнения этой задачи применяются ролевые игры. Например, «высокий риск против малого риска» (high-risk vs. low-risk), когда психотерапевт на основе выявленных триггеров и сведений из функционального анализа разыгрывает ситуации высокого риска вместе с пациентом, с целью повышения переносимости дискомфорта [Brief Interventions, 1999]. Также психотерапевт может использовать техники: «градиент изменений с созданием шкал», «управление силой верований», «когнитивный синтез», с предварительной когнитивной репетицией [Харитонов, 2009; 2015] или применять когнитивно-реструктурирующую терапию [McHugh, Hearon, 2010].

Таким образом, функциональный анализ показывает «дорожную карту» ситуаций высокого риска, которые могут привести к употреблению ПАВ, а также позволяет определить те ситуации или состояния, в которых пациенту трудно справляться с дискомфортом, учитывая влияние межличностных, внутриличностных факторов и факторов окружающей среды. Это первый шаг, который дает пациенту некий инструмент для контроля над своим поведением и избегания ситуаций, вызывающих употребление ПАВ.

Негативные автоматические мысли

Совместно с психотерапевтом пациент учится определять мысли, которые усиливают тягу к употреблению наркотиков, а также те мысли, которые поддерживают состояние тонуса в моменты употребления психоактивного вещества. Отследив влияние этих мыслей на состояние и изменив их, пациент начинает превосходить проблемные реакции в определенных условиях.

Однако при выявлении иррациональных убеждений, пациентов с зависимостью от ПАВ, стоит учитывать следующие характеристики мышления [McHugh, Hearon, 2010]:

- мысли возникают очень быстро;
- мысли жесткие, негибкие;
- дихотомический тип мышления («все или ничего»);
- свехобобщение;
- неэмпирическое и абсолютное мышление;

Выделяют следующие иррациональные убеждения пациентов употребляющих ПАВ:

- мысли об отказе: «наркотики не являются проблемой»;
- наркотики лучший и единственный способ решить эмоциональные проблемы;
- низкая толерантность к фрустрации;
- дискомфорт / беспокойство: все негативные эмоции, которых следует избегать любой ценой;
- преодолеть зависимость слишком сложно, сделать это одному невозможно, я буду беспомощным и следовательно ничего не стоит делать;
- чувство вины, и стыд за то, что я — наркоман.

В табл. 3 показаны общие иррациональных убеждений о приеме наркотиков с представлением рациональных альтернатив.

При работе с иррациональными убеждениями можно использовать целый спектр техник: «когнитивный континуум», «падающая стрела», «дневник учета позитивных мыслей», «выгоды и издержки». Активно применяются карточки совладания (Coping cards), представляющие собой маленькие карточки, на которых с одной стороны записана проблемная реакция (дисфункциональное убеждение, неадаптивное пове-

Таблица 3

Иррациональные убеждения и рациональные альтернативы

Иррациональные убеждения	Рациональная альтернатива после диспута
Употребление наркотиков никогда не было проблемой для меня, даже если я мог потерять контроль.	Потеря контроля может быть первым признаком проблемы. И если не замечать ранние признаки, это приведет к срыву.
Я могу прекратить употребление в любой момент, просто не хочу.	Употребление ПАВ происходит не зависимо от желаний, поэтому прекратить употребление без сторонней помощи и собственных усилий практически не возможно.
Мне нужно употреблять наркотики, чтобы расслабиться.	Есть много способов для снятия напряжения, без помощи наркотиков. Я не должен употреблять наркотики только потому, что хочу расслабиться.
Я не могу спокойно реагировать на отказ, если у меня нет того, что я хочу, мне трудно с этим смириться.	Мне может не нравиться получать отказы, как это происходило в прошлом, но это не значит, что я не могу научиться здоровой реакции на то, что происходит сейчас.
Единственное время, когда я чувствую себя комфортно, когда я «под кайфом».	Трудно научиться жить социально--комфортно без употребления наркотиков, но люди делают это все время.
Слишком трудно прекратить употребление наркотики. Я потеряю всех своих друзей, мне будет скучно, и я никогда не буду чувствовать себя в безопасности без наркотиков.	Чтобы прекратить употребление наркотиков стоит попробовать сделать конкретные вещи, занять время и приложить усилия, а не предвосхищать негативные последствия.
Люди обречены на разочарование и несчастья, поэтому я употребляю наркотики.	Приведите доказательства, что все люди обречены на разочарование и несчастье и из-за этого употребляют наркотики?
Если я перестану употреблять наркотики, я увижу, что моя жизнь ничего не стоит. Я приду туда, откуда все началось, и пойму, что я наркоман и всегда буду наркоманом.	Неудачи и срывы бывают у каждого, но ведь мы можем восстанавливаться. Срыв может показать мне, в каком направлении мне нужно идти и что делать теперь. Это мой выбор.

дение, негативная эмоция), а с другой стороны — способы справиться с ней [Харитонов, 2009; 2015].

Обучение копинг-навыкам

Первым этапом обучения навыкам справляться с тягой к употреблению ПАВ является [Kadden, 2001]:

- участие в деятельности не связанной с употреблением наркотиков;
- умение открыто говорить о тяге;
- умение отлеживать тягу;
- устанавливать мысли усиливающие тягу;
- общение с другом или знакомым, который не употребляет наркотики.

В этих случаях так же эффективно применение ролевых игр. Например, во время игры «триггер — мысль — тяга — употребление» (Trigger — Thought — Craving — Use) с пациентом составляется модель его поведения в моменты тяги, и обсуждаются способы совладания с ней [Brief Interventions, 1999]. В рамках ролевой игры пациент совместно с психотерапевтом моделирует ситуации высокого риска и применяет техники совладания. После ролевой игры происходит обсуждение эффективности техник совладания с тягой и разработка системы напоминаний [Samp, Kadden, 2001].

В рамках обучения копинг-навыкам проводится обучение *внутриличностным навыкам*, таким как:

- управление мыслями о ПАВ;
- техники решения проблем без употребления ПАВ;
- принятие решений;
- обучение релаксации;
- осознание и управление гневом;
- осознание и управление негативными мыслями;
- введение в образ жизни хобби и спорта;
- планирование поведения в случае чрезвычайных ситуаций;
- план помогающий справляться с постоянными проблемами.

Навыки межличностного общения, которым также обучается пациент (с привлечением семьи или «доверительного лица» пациента), включают в себя:

- отказ от предложения употреблять наркотики (говорить «нет»);
- умение не поддерживать разговор о наркотиках;
- чтение языка тела;
- умение выражать и слушать жалобы;
- обучение уверенности в себе;
- выражение эмоций;
- интимные отношения;
- обучение реагировать на критику;
- обучение принимать критику.

Отдельно стоит отметить обучение *навыкам отказа от предложения употребить ПАВ* (Drug refusal skills). Выделяют следующие принципы эффективного отказа от приема наркотиков:

- отвечать быстро (без запинок и бормотаний, не стесняясь);
- установить хороший зрительный контакт;
- ответить четко и твердо: «Нет» (ввести метафору открытой двери для будущего);
- сделать разговор кратким;
- покинуть ситуацию высокого риска употребления ПАВ.

Данные навыки моделируются в ролевой игре с привлечением прошлого опыта пациента. Моделируются ситуации, когда пациенту делается предложение от друга или продавца наркотиков достать или принять дозу. Отрабатывается навык говорить «Нет» в подобных ситуациях [Brief Interventions, 1999]. Стоит отметить важность обучения принимать критику по поводу употребления психоактивных веществ.

Вопрос *расширения круга социальной поддержки* является краеугольным камнем в терапии пациентов с наркоманией [Samp, Kadden, 2001]. Этот этап терапии начинается с того, что совместно с психотерапевтом пациент рассматривает выгоды для увеличения социальной поддержки. Далее психотерапевт сосредотачивается на обучении навыкам получения социальной поддержки. В терапии часто используют технику «диаграмма социальной поддержки» (Social Circle Diagram), которая показана на рис. 4.

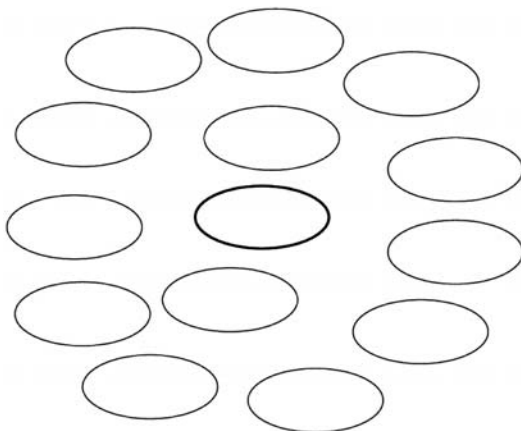


Рис. 4. Протокол диаграммы социальной поддержки

Пациенту предлагается схема (рис. 4) и дается инструкция отметить свой собственный круг социальной поддержки, сосредоточив внимание на тех людях, кто мог бы поддержать его в решении проблемы употреб-

ления ПАВ. Пациента просят поместить свое имя в центр схемы, а затем вписывать имена тех людей, кто может поддержать или оказать помощь в достижении цели. От пациента требуется расположить людей, которые могли бы оказать большую поддержку ближе к кругу с его именем. Уточняется, что заполнять схему нужно столько, сколько может пациент [Samp, Kadden, 2001]. После заполнения и совместного обсуждения с психотерапевтом, пациенту дается лист-напоминание о путях повышения социальной поддержки (Enhancing Social Supports Reminder Sheet), который включает в себя следующие вопросы:

1. Кто из ближайшего окружения мог бы поддержать Вас?
 2. Вспомните людей, которые помогали Вам в прошлом.
 3. Обычно поддержку могут оказать друзья, родственники, знакомые.
 4. Какие виды поддержки будут более подходящими для Вас:
 - помощь в решении проблемных задач, мозговой штурм;
 - моральная поддержка с преобладанием поощрения и понимания;
 - распределение нагрузки в решении проблем;
 - информационная поддержка;
 5. Как вы можете получить поддержку? Какая помощь Вам нужна?
- Спросите себя, что мне нужно? Будьте откровенным и конкретным.
- поиск новых сторонников в решении проблем связанных с прекращением употребления ПАВ;
 - предлагать поддержку другим людям;
 - давать своим сторонникам обратную связь, чтобы они понимали, с какими трудностями они могут столкнуться [Samp, Kadden, 2001].

Техники преодоления негативного стресса

Психотерапевт обучает пациента методикам, которые помогут ему снижать уровень стресса: техники релаксации, систематической десенсибилизации, планирование поведения для потенциально стрессового события, что способствует улучшению психологической адаптации.

В последнее время активно применяется терапия *осознанности в лечении дистресса* (Mindfulness-Based Stress Reduction). Это психообразовательная методика, целью которой является обучение человека намеренному, целенаправленному, созерцательному обращению внимания на автопилот в своей жизни, т.е. взгляду на себя со стороны. Обучение навыкам воспринимать, чувствовать и осознавать свои мысли и телесные ощущения не только в моменты дискомфорта, но «здесь и сейчас». Это направление учит принимать непрерывный поток мыслей и развивать гибкую позицию по отношению к этим мыслям, эмоциями, ощущениям в теле, своему опыту с целью повышения качества жизни и субъективного благополучия [Zqierska, Rabago, 2009].

Исследования показали, что осознанность (барометр стресса) и медитативные техники (трехминутная и минутная медитация, сканирование тела, осознанная минута, осознанные движения) снижают негативные мысли и тенденции реагировать на стресс, неадаптивным поведением употребляя ПАВ [Свит, 1997]. В отношении тяги к ПАВ данный подход позволяет обучить пациентов не реагировать на дискомфортные раздражители, на «автопилоте», а реагировать с осознанием и промедлением, занимая позицию наблюдателя [Marcus, Zgierska, 2009; Bayles, 2014]. Развивать осознанность — значит снижать власть деструктивных привычек у пациента «патологических стереотипов», ослабляя их и контролируемо направлять свои мысли [Журавлев, Воловикова, Галкина, 2014].

Активно разрабатывается новое направление в психотерапии осознанности для профилактики рецидивов (Mindfulness-Based Relapse Prevention, сокр. MBRP), которое сочетает в себе практику медитации со стандартными навыками профилактики рецидивов [Witkiewitz, Bowen, 2010].

Основными задачами MBRP являются:

1. Повышение осведомленности пациента о триггерах и привычных реакциях которые приводят к срыву. Освоение способов делать паузу в этом, казалось бы, автоматическом процессе тяги к употреблению ПАВ. Пациента обучают осознать диапазон выбора, который он может сделать в настоящий момент.

2. Изменение отношения к дискомфорту. Пациент учится распознавать сложные эмоциональные и физические ощущения и реагировать на них более гибко, используя различные медитативные и дыхательные техники.

3. Построить образ жизни так, чтобы он больше заключался в осознанности. Работа с глубоко укоренившимися привычками. Введение новых привычек.

4. Осознавать тягу к употреблению ПАВ. Научится бросать прямой вызов тяге. С чем связана тяга (голод, злость, одиночество, и усталость).

Тренинг уверенности (Assertiveness Training)

Психотерапевт поощряет пациента открыто выражать эмоции и потребности, отстаивать свои права в форме различных ролевых игр с моделированием различных стрессовых ситуаций. Пациент учится выражать свои негативные эмоции конструктивно. Данные навыки полезны для пациентов с наркоманией, потому как, часто, они не в состоянии выражать свои эмоции и потребности, и это приводит к срыву. Тренинг асертивности направлен на то, чтобы пациент стал более напористым, смог лучше контролировать свое импульсивное поведение и факторы, которые могут привести к рецидиву [Brief Interventions, 1999].

Профилактика рецидивов

Вопрос рецидивов опирается в большой степени на функциональный анализ, выявление рецидива в ситуациях высокого риска, и разработку алгоритма для совладания с данными ситуациями. Однако при разработке плана совладания с рецидивом стоит учитывать наличие личной выгоды пациента от рецидива. Психотерапевт показывает пациенту когнитивно-поведенческую модель рецидива рис. 5

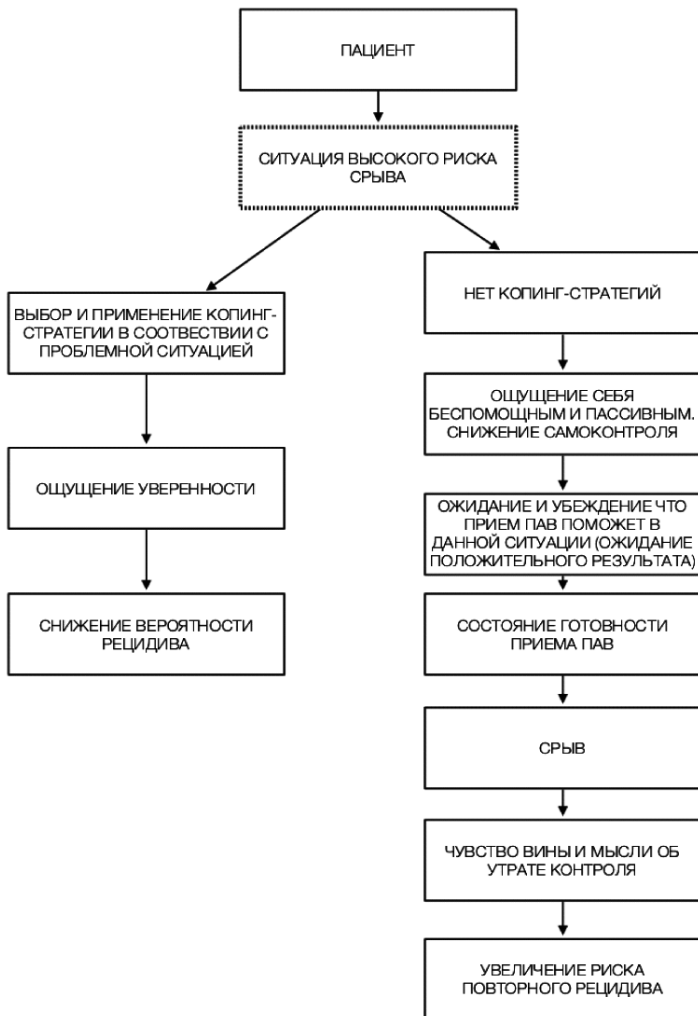


Рис. 5. Когнитивно-поведенческая модель рецидива [Kadden, 2001]

После ознакомления с данной моделью пациенту предлагается выделить необычные ситуации и непредвиденные обстоятельства, которые повышают риск повторного употребления ПАВ. С помощью техники *мозгового штурма* записываются все возможные варианты событий и обстоятельств, без критической оценки. Часто используют следующий протокол, показанный в табл. 4 [Brief Interventions, 1999].

Таблица 4

Лист кризисных ситуаций срыва

Типы кризисных ситуаций	Примеры пациента
Непредвиденный триггер	«Не смог поехать на работу, так как плохо себя чувствовал, а меня уволили»; «Внезапная болезнь и смерть мамы»
Социальное отделение	«Проблемы с женой, подала на развод и запретила видеться с детьми»; «Не понимание со стороны друзей и отсутствие поддержки с их стороны в тяжелых для меня жизненных ситуациях»
Проблемы на работе и в личной жизни	«Получил несправедливый выговор от руководства»; «Поругался с девушкой»
Новые ситуации	«Сменил работу, но никак не могу прижиться в новом коллективе»; «По настоянию родителей переехал в другой район и потерял всех старых друзей»
Новые обязанности	«Узнал о беременности жены, это привело к сильному стрессу, я пока не готов становиться отцом»; «Родители перестали давать деньги, попросили съехать из их квартиры и жить самостоятельно»

Выделив необычные ситуации, психотерапевт обучает пациента технике решения проблем (Problem-Solving), которая состоит из следующих шагов:

- 1. Есть ли проблема?** (записать буквально)
- 2. В чем заключается проблема?** Определите проблему. Опишите проблему настолько точно, насколько это возможно. Можно разбить ее на части.
- 3. Что я могу сделать, чтобы решить проблему?** Рассмотрите различные подходы к решению проблемы. Предложите как можно больше решений этой проблемы.
- 4. Что произойдет, если я выберу этот вариант.. ?** Выберите наиболее оптимальный вариант решения проблем. Рассмотрите все положитель-

ные и отрицательные стороны каждого из возможных вариантов и выберите тот, который, скорее всего, поможет решить эту проблему.

5. Как этот вариант работает? Используйте выбранный вариант. Оцените его эффективность. Подумайте, что вы можете сделать, чтобы этот вариант решения проблемы стал более эффективным.

Следующим шагом в терапии, направленной на предотвращение рецидива, является разработка плана совладания с рецидивом. Разработав план заранее, пациент будет менее уязвим в непредвиденных чрезвычайных ситуациях. Пациенту предлагается протокол (Personal Emergency Plan), состоящий из следующих пунктов:

1. план для кого (имя и фамилия);
2. возможные чрезвычайные ситуации, к которым я хочу быть готов;
3. если одна из этих чрезвычайных ситуаций происходит, как я помогу себе справиться;
4. что я буду делать:
 - о чем я могу подумать в этот момент;
 - как я могу отвлечься (физическая активность, расслабляющие занятия, творчество и др.);
 - к кому я могу обратиться за помощью (указать имя и телефон).
5. что я не буду делать:
 - покупать и употреблять наркотики;
 - действовать на автопилоте;
 - быть эмоциональным;
 - изолировать себя и/или держаться подальше от людей, которые могут помочь мне;
 - пребывать в ситуации высокого риска употребления наркотиков.
6. Есть ли экстренный вариант избегания рецидива употребления наркотиков? Какие шаги помогут мне остановить срыв? [Brief Interventions, 1999].

Домашние задания

Домашние задания являются неотъемлемым компонентом профилактики рецидивов употребления ПАВ. Исследования показывают положительное влияние выполнения домашних заданий на результат лечения пациентов с химической зависимостью [McHugh, Hearon, 2010]. Однако при построении домашних заданий особое внимание стоит уделять мотивации пациента к изменению состояния. Мотивацию часто рассматривают как предиктор для выполнения домашних заданий в ходе психотерапии. Согласно транстеоретической модели (transtheoretical model), мотивация [Gonzalez, 2006], или готовность изменить собственное аддиктивное поведение, проходит ряд стадий:

1. Предварительное размышление (не учитывает изменения состояния).
2. Созерцание (оценка выгод и издержек).
3. Подготовка (планирование изменений).
4. Действие (изменение поведения).
5. Обеспечение (поддержка изменений).

При работе с пациентами, употребляющими ПАВ, стоит учитывать данный цикл.

В **заключение** стоит отметить, что на современном этапе развития когнитивно-поведенческой психотерапии аддиктивного поведения от специалистов, работающих в области психического здоровья, требуется гибкое сочетание различных подходов, методов и протоколов лечения, начиная с мотивационного интервью, которое способствует формированию мотивации к изменению собственного состояния и комплаентности к лечению, заканчивая профилактикой рецидивов и разработкой кризисных планов совладания с прямой тягой. Помимо когнитивно-поведенческой психотерапии в структуру психотерапевтических форм лечения пациентов с наркоманией включают: психообразование пациентов и их родственников, когнитивные тренинги, семейную терапию, терапию среды (работа в мастерских).

Ключевыми компонентами, которые отличают когнитивно-поведенческую психотерапию, от других подходов к лечению наркомании являются:

- Функциональный анализ употребления психоактивных веществ.
- Принцип осознанности пациентом употребления ПАВ и разработка стратегий, как справиться с тягой. Управление мыслями, решение проблем, приводящих к эмоциональному дискомфорту, нормативное и кризисное планирование на случай чрезвычайных ситуаций, приводящих к срыву.
- Разработка алгоритмов и копинг-стратегий с моделированием их применения. Создание системы напоминаний об использовании разработанных алгоритмов.

Эти компоненты позволяют пациенту, совместно с психотерапевтом, увидеть свое аддиктивное поведение с различных точек зрения и, опираясь на сильные стороны своей личности, увеличить продолжительность ремиссии заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

- Буизман В. Когнитивно-поведенческие вмешательства в терапии зависимости от психоактивных веществ / Руководство по проведению тренингов. М.: УНП ООН, 2007. 57 с.
- Гараня Н.Г., Холмогорова А.Б. Интеграция семейной системной и когнитивно-бихевиоральной психотерапии в лечении больных с хронифицированными

- формами тревожных расстройств // Журнал «Вестник ассоциации психиатров Украины». 2013. № 4.
- МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии / Пер. с англ. СПб.: Речь, 2001. 560 с.
- Психологическое здоровье личности и духовно-нравственные проблемы современного российского общества / Под ред. А.Л. Журавлева, М.И. Воловикова, Т.В. Галкина. М: ИП РАН, 2014.
- Свит К. Соскочить с крючка / СПб.: Питер Пресс, 1997. 256 с.
- Соммерз-Фланаган Д. Клиническое интервью / 3-е издание. Пер. с англ. М.: Издательский дом «Вильямс», 2006. 672 с.
- Хартонов С.В. Основы поведенческой психотерапии / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 128 с.
- Хартонов С.В. Руководство по когнитивно-поведенческой психотерапии / М.: Психотерапия, 2009. 176 с.
- Хартонов С.В. Система реабилитации больных с личностными расстройствами методами когнитивной и рациональной психотерапии. Дисс. ...докт. мед. наук. М., 2013. 279 с.
- A Cognitive-behavioral approach: Treating cocaine addiction / Ed. К.М. Carroll. National Institutes of Health. 1998. 137 p.
- Bayles C. Using mindfulness in a harm reduction approach to substance abuse treatment: A literature review // International journal of behavioral consultation and therapy. 2014. Vol. 9. № 2.
- Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse // Treatment Improvement Protocol (TIP) / Center for Substance Abuse Treatment. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). 1999. № 34.
- Cannabis Youth Treatment Series // Ed. by Susan Samp, Ronald Kadden. Center for Substance Abuse Treatment. 2001. Vol. 1. 156 p.
- Gonzalez V.M. The Role of Homework in Cognitive-Behavioral Therapy for Cocaine Dependence // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2006. Vol. 74. № 3. P. 633—637.
- Himelstein S. Mindfulness-Based Substance Abuse Treatment for Incarcerated Youth: A Mixed Method Pilot Study // International Journal of Transpersonal Studies. 2011. Vol. 30.
- Kadden R.M. Cognitive-behavior therapy for substance dependence: coping skills training / University of Connecticut. 2001. 28 p.
- Marcus M., Zgierska A. Mindfulness-Based Therapies for Substance Use Disorders: Part 1 (Editorial) // Subst Abus. 2009. Vol. 30. № 4. P. 263.
- McHugh R., Hearon B. Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders // Psychiatr Clin North Am. 2010. Vol. 33. № 3.
- Moyers T.B., Houck J. Combining Motivational Interviewing With Cognitive-Behavioral Treatments for Substance Abuse: Lessons From the COMBINE Research Project // Cognitive and Behavioral Practice. 2011. Vol. 18. P. 38—45.
- Ouimette P. Twelve-Step and Cognitive-Behavioral Treatment for Substance Abuse: A Comparison of Treatment Effectiveness // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1997. Vol. 65. № 2. P. 230—240.

- Petitjean S.A.* A randomized, controlled trial of combined cognitive-behavioral therapy plus prize-based contingency management for cocaine dependence // *Drug and Alcohol Dependence*. 2014. Vol. 145. P. 94—100.
- Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy // Ed. by Irismar Reis de Oliveira, InTech. 2012. 202 p.
- Witkiewitz K., Bowen S.* Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention // *J Consult Clin Psychol*. 2010. Vol. 78. № 3. P. 362—374.
- Zgierska A., Rabago D.* Mindfulness Meditation for Substance Use Disorders: A Systematic Review // *Subst Abus*. 2009. Vol. 30. № 4.

STRATEGIES OF COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPY IN THE REHABILITATION OF POLYDRUG

A.I. MELEHIN, YU.V. VESELKOVA

Over the past few years, cognitive-behavioral therapy, aimed at forecasting and minimizing recidivism, was the most effective treatment for substance dependence (opiate addiction, cocaineism, cannabisism and polydrug use). This article describes the psychotherapeutic treatment protocols for polydrug use. Given the short-term integrative principles of cognitive-behavioral therapy, along with motivational therapy, psychoeducation and systemic family therapy. Presents the steps of motivational interviewing, functional analysis of problem behavior, social skills training and techniques to overcome the negative stress based on the principle of awareness. Particular attention in this article on the prevention of recurrence in patients with polydrug use.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, polydrug use, rehabilitation, addiction, motivational interviewing, coping skills.

- Buizman V.* Kognitivno-povedencheskie vmeshatel'stva v terapii zavisimosti ot psikhoaktivnykh veshchestv / Rukovodstvo po provedeniiu treningov. Moscow: UNP OON, 2007. 57 p.
- Garanian N.G., Kholmogorova A.B.* Integratsiia semeinoi sistemnoi i kognitivno-bikheviornoi psikhoterapii v lechenii bol'nykh s khronifitsirovannymi formami trevozhnykh rasstroistv. Zhurnal "Vestnik assotsiatsii psikhiatrov Ukrainy". 2013. № 4.
- MakMallin R.* Praktikum po kognitivnoi terapii / Per. s angl. Saint-Peterburg: Rech', 2001. 560 p.
- Psikhologicheskoe zdorov'e lichnosti i dukhovno-nravstvennye problemy sovremenno-go rossiiskogo obshchestva / Pod red. A.L. Zhuravleva, M.I. Volovikova, T.V. Galikina. Moscow: IP RAN, 2014.
- Svit K.* Soskochit' s kriuchka / SPb.: Piter Press, 1997. 256 p.
- Sommerz-Flanagan D.* Klinicheskoe interv'iu / 3-e izdanie. Per. s angl. Moscow: Izdatel'skii dom "Vil'iams", 2006. 672 p.

- Kharitonov P.V.* Osnovy povedencheskoi psikhoterapii / Moscow: GEOTAR-Media, 2015. 128 p.
- Kharitonov P.V.* Rukovodstvo po kognitivno-povedencheskoi psikhoterapii / Moscow: Psikhoterapiia, 2009. 176 p.
- Kharitonov P.V.* Sistema reabilitatsii bol'nykh s lichnostnymi rastroistvami metodami kognitivnoi i ratsional'noi psikhoterapii. Disp. ...dokt. med. nauk. Moscow, 2013. 279 p.
- A Cognitive-behavioral approach: Treating cocaine addiction / Ed. K.M. Carroll. National Institutes of Health. 1998. 137 p.
- Bayles C.* Using mindfulness in a harm reduction approach to substance abuse treatment: A literature review. International journal of behavioral consultation and therapy. 2014. Vol. 9. № 2.
- Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP) / Center for Substance Abuse Treatment. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). 1999. № 34.
- Cannabis Youth Treatment Series / Ed. by Susan Samp, Ronald Kadden. Center for Substance Abuse Treatment. 2001. Vol. 1. 156 p.
- Gonzalez V.M.* The Role of Homework in Cognitive-Behavioral Therapy for Cocaine Dependence. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2006. Vol. 74. № 3. Pp. 633—637.
- Himelstein P.* Mindfulness-Based Substance Abuse Treatment for Incarcerated Youth: A Mixed Method Pilot Study. International Journal of Transpersonal Studiep. 2011. Vol. 30.
- Kadden R.M.* Cognitive-behavior therapy for substance dependence: coping skills training / University of Connecticut. 2001. 28 p.
- Marcus M., Zgierska A.* Mindfulness-Based Therapies for Substance Use Disorders: Part 1 (Editorial). Subst Abup. 2009. Vol. 30. № 4. P. 263.
- McHugh R., Hearon V.* Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. Psychiatr Clin North Am. 2010. Vol. 33. № 3.
- Moyers T.B., Houck J.* Combining Motivational Interviewing With Cognitive-Behavioral Treatments for Substance Abuse: Lessons From the COMBINE Research Project. Cognitive and Behavioral Practice. 2011. Vol. 18. Pp. 38—45.
- Ouimette P.* Twelve-Step and Cognitive-Behavioral Treatment for Substance Abuse: A Comparison of Treatment Effectiveness. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1997. Vol. 65. № 2. Pp. 230—240.
- Petitjean P.A.* A randomized, controlled trial of combined cognitive-behavioral therapy plus prize-based contingency management for cocaine dependence. Drug and Alcohol Dependence. 2014. Vol. 145. Pp. 94—100.
- Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy / Ed. by Irismar Reis de Oliveira, InTech. 2012. 202 p.
- Witkiewitz K., Bowen P.* Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. J Consult Clin Psychol. 2010. Vol. 78. № 3. Pp. 362—374.
- Zgierska A., Rabago D.* Mindfulness Meditation for Substance Use Disorders: A Systematic Review. Subst Abup. 2009. Vol. 30. № 4.