

Применение когнитивно-поведенческой терапии в лечении больных с зависимостью от кокаина

КЕРРОЛЛ К.М.

доктор медицины, Йельский университет, США

Настоящее руководство является сокращенным переводом первой части серии учебных пособий по лечению заболеваний, связанных с химической зависимостью. Серия издается Национальным институтом по изучению наркозависимости (NIDA) США. Книга выпущена в 1998 г. на английском языке и содержит 127 страниц, 14 таблиц и библиографический указатель, включающий 63 ссылки на терапевтические статьи и руководства с 1936 по 1998 гг. Материал, представленный в книге, является результатом программы исследований, проведенных доктором Кэтилин Керролл, доктором Брюсом Ронзевиллем и их коллегами из Йельского университета. Мнения, высказанные автором, не обязательно полностью совпадают с официальной позицией NIDA или Департамента здравоохранения США. Пособие рассчитано на психологов, психотерапевтов, а также врачей-клиницистов, работающих в области наркологии и психиатрии.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) является краткосрочным, хорошо методически проработанным и структурированным методом психологической терапии, направленным на развитие навыков контроля над аддиктивными формами поведения у больных с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ) в условиях формирования и поддержания ремиссии. Настоящее руководство посвящено изложению методики работы с пациентами, страдающими зависимостью от кокаина. Под злоупотреблением и зависимостью понимаются соответствующие наркологические заболевания в соответствии с определением «Руководства по диагностике и статистике психических заболеваний» 4-е изд. (DSM-IV, США).

В основе метода лежит теория о важности роли процессов социального обучения в развитии злоупотребления и формировании зависимости от кокаина, в соответствии с чем существует возможность использовать эти процессы для того, чтобы помочь пациентам снизить потребность и полностью отказаться от наркотика. КПТ помогает пациенту научиться распознавать ситуации, подталкивающие его к приему наркотика, избегать их по мере возможности и контролировать целый ряд проблем и поведенческих реакций, связанных со злоупотреблением.

Существует целый ряд преимуществ КПТ, позволяющих успешно применять его в сочетании с традиционной наркологической терапией в рамках комплексных программ лечебной помощи пациентам, страдающим зависимостью от кокаина, в частности:

- сравнительно небольшая продолжительность курса КПТ;
- хорошая методическая проработка метода, его высокая структурированность и ориентированность на достижение положительного клинического результата, что обеспечивает длительное закрепление эффекта лечения;
- тщательный анализ текущего состояния и проблем пациента в динамике лечения, позволяющий оказывать существенную психологическую помощь больному в практической реализации установки на воздержание;

КПТ является гибкой индивидуализированной методикой и может быть легко адаптирована к применению как в амбулаторных условиях, так и в стационаре, как для индивидуальной работы, так и для групповой терапии.

Основными составными частями КПТ являются функциональный анализ, направленный на выявление мыслей, чувств и обстоятельств, предшествующих приему кокаина, их изменение после наркотизации и практические тренинги, направленные на отказ от привычек, связан-

ных со злоупотреблением кокаином, и выработку навыков и форм поведения, соответствующих здоровому образу жизни.

Функциональный анализ играет ведущую роль в процессе лечения, позволяя пациенту и врачу выявить поведенческие детерминанты или ситуации, связанные с повышенным риском рецидива, и проникнуть в суть причин, побуждающих больного к злоупотреблению кокаином (проблемы в межличностных отношениях, возможность ощутить риск или эйфорию, недоступные в повседневной жизни и т.п.).

Тренинги в основном проводятся по индивидуальным программам. Первые несколько сеансов, как правило, направлены на выработку навыков контроля приема наркотика (выявление ситуаций, связанных с повышенным риском рецидива, борьба с мыслями о приеме кокаина). В дальнейшем проводятся попытки поиска решений наиболее значимых для пациента проблем (например, социальной изоляции, безработицы), выработка навыков и стиля поведения в решении как личностных (борьба с влечением), так и межличностных (отказ от предлагаемой дозы кокаина) проблем. Таким образом, КПТ позволяет не только контролировать или прекратить прием наркотика в ходе лечения, но и формирует установку на здоровый образ жизни в течение длительного времени после его окончания.

Практические тренинги не всегда оказываются эффективными. Неудачи чаще всего возникают в следующих случаях:

- пациент может так никогда и не научиться эффективно решать задачи и проблемы взрослой жизни. Это наиболее часто происходит в тех случаях, когда употребление наркотика началось в раннем подростковом возрасте;

- несмотря на успешное приобретение пациентом навыков управления поведением, длительный рецидив может привести к их утрате;

- возможно снижение эффективности процесса обучения практическим навыкам при наличии сопутствующих наркомании других психических заболеваний.

Основные задачи, решаемые при помощи КПТ

1. Формирование установки на ремиссию.
2. Обучение навыкам контроля над девиантными формами поведения.
3. Изменение привычек, связанных с аддиктивным поведением.

4. Обучение методам борьбы с негативными эмоциональными состояниями (в том числе при компульсивном влечении к кокаину), например с депрессией, гневом и т.п.

5. Коррекция межличностных отношений и усиление поддержки со стороны общества.

Основные условия проведения КПТ

Предпочтителен индивидуальный подход при проведении терапии, что позволяет пациенту быть более вовлеченным в лечебный процесс посредством установления доверительных отношений с лечащим врачом. Однако некоторые клиницисты подчеркивают уникальные возможности групповой терапии. При терапии в группе требуется увеличение продолжительности сеанса до 90 мин для того, чтобы обеспечить возможность каждому из пациентов описать свой собственный опыт и принять участие в ролевых играх.

Рекомендуемая продолжительность курса лечения составляет от 12 до 16 сеансов обычно в течение 12 недель. Этот сравнительно короткий курс направлен на формирование устойчивой ремиссии. Во многих случаях он достаточен для поддержания ремиссии в течение одного года. Для предварительной оценки эффективности терапии можно использовать правило: если за время проведения курса лечения пациент смог находиться в состоянии объективно подтвержденной ремиссии более 3 недель, то следует ожидать положительного эффекта терапии в течение 12 мес. Увеличение продолжительности курса возможно либо по просьбе пациента, либо при отсутствии непрерывной 3-недельной ремиссии.

КПТ проводится, как правило, амбулаторно в связи с тем, что, во-первых, лечение направлено на выявление поведенческих детерминант злоупотребления, что лучше всего удастся на фоне нормальной повседневной жизни пациента. Во-вторых, приобретенные на тренингах практические навыки пациент должен постоянно закреплять на практике. Необходимы также тщательный анализ причин возможных неудач и совместная корректировка стратегии поведения пациента.

Противопоказаниями для проведения КПТ в амбулаторных условиях являются:

- психозы и пограничные состояния вне устойчивой медикаментозной ремиссии;
- отсутствие стабильных социально-бытовых условий для проживания пациента;
- наличие серьезных соматических заболеваний;
- наличие смешанных форм наркотизации за исключением сочетаний кокаина с алкоголем или марихуаной (после проведения предварительной детоксикации).

КПТ полностью совместима с такими видами лечения, как фармакотерапия зависимости от кокаина и сопутствующих психических заболеваний, лечение в группах само- и взаимопомощи (анонимные алкоголики, анонимные кокаинисты), семейная терапия и терапия супружеских пар, профессиональное консультирование и т.п.

Основные принципы КПТ

Наиболее важным принципом терапии является сотрудничество пациента и врача, совместное определение целей и задач лечения, типа и времени проведения сеансов, что помимо решения основной задачи учит пациента практике плодотворного сотрудничества.

КПТ основана на теории социального обучения и признает важность процессов обучения в приобретении

навыков употребления и злоупотребления наркотиков. Обучение приему наркотиков происходит тремя способами: путем моделирования, оперантного и классического кондиционирования.

Первым шагом в КПТ является помощь пациенту в распознавании причин возникновения злоупотребления наркотиками и определении задач по избеганию или контролю любых триггерных ситуаций. При выявлении доминант наркотической зависимости у каждого пациента следует обращать внимание на социальные, эмоциональные, когнитивные и физические факторы, а также обстоятельства наркотизации.

При проведении функционального анализа могут быть рекомендованы следующие пособия: Индекс оценки степени тяжести зависимости [1], Шкала оценки стремления к переменам [2], калифорнийский психологический тест-опросник [3], анализ самоотчетных данных, включая опросник для определения уровня депрессивности по Беку [4] и Гамильтону [5], дневник приема наркотика.

При проведении тренингов следует, прежде всего, объяснить пациенту, что целью лечения является «отучение» от прежних неэффективных форм и схем поведения и обучение новым. Большинство пациентов, деморализованных предыдущими неудачными попытками отказа от кокаина, с большим удивлением и энтузиазмом воспринимают эту новую для них идею. Еще большее воодушевление вызывает тот факт, что приобретаемый в ходе КПТ комплекс навыков поможет им в успешном решении целого ряда жизненных проблем.

В процессе выработки новых навыков также широко используется моделирование в форме разнообразных ролевых игр, оперантное кондиционирование в форме тренингов, направленных на выработку новых навыков, социально значимых, альтернативных аддиктивной, форм поведения (работа, спорт, хобби) и классическое кондиционирование, направленное на угашение условных рефлексов вследствие воздействия на систему подкрепления.

При проведении тренингов необходимо тщательно и строго индивидуально подбирать темы тренингов, их продолжительность и периодичность, иллюстративный и тестовый материал, пользоваться языком, доступным пациенту. Например, в то время как одни пациенты легко понимают суть развития влечения к наркотику в терминах условно-рефлекторной нервной деятельности по Павлову, для других, может быть, необходимо объяснение с привлечением конкретных примеров и иллюстративного материала. Необходимо как можно чаще контролировать степень и уровень усвоения пациентом материала, так как в противном случае у него может сложиться впечатление, что данная тема для него лично не актуальна, что значительно снижает эффективность тренинга и подрывает доверие к врачу. Необходимо постоянно и внимательно следить за невербальными признаками снижения интереса пациента к тренингу (утрача визуального контакта, небрежное или формальное выполнение практических и самостоятельных заданий и т.п.) и быть готовым оперативно реагировать на них.

Методически важно максимально адаптировать материал к потребностям пациента, при этом, если возможно, лучше использовать конкретные примеры из его жизни, которые можно почерпнуть из его еженедельных самоотчетных данных. В частности, при планировании работы

по теме №4, вместо абстрактного объяснения теории «не относящихся, на первый взгляд, к делу решений», лучше всего использовать какой-либо наиболее яркий недавний пример того, как незначительное казалось бы решение, принятое пациентом, привело его к эпизоду наркотизации. А для того, чтобы убедиться, что материал понят правильно, можно попросить пациента привести конкретный пример из его жизни за прошедшую неделю, который бы проиллюстрировал соответствующую концепцию или идею.

«Пожоже, что на этой неделе у Вас было множество трудностей, и Вы неоднократно оказывались в рискованных ситуациях, не понимая, каким образом это происходит. Это как раз именно то, о чем я хотела бы поговорить с Вами сегодня, как, не обращая внимания на незначительные решения и поступки, мы можем оказаться в затруднительном положении. Сейчас Вы начали рассказывать о том, что в воскресенье вам было нечего делать, и Вы решили побродить в парке, а двумя часами позже вы уже ехали в центр, поболтать с Томом. Если мы внимательно посмотрим на то, что же именно случилось в это воскресенье, мы сможем выстроить всю цепочку невинных, на первый взгляд, решений, приведших, тем не менее, к тому, что Вы все-таки оказались в центре. Например, как могло случиться, что Вы почувствовали, что Вам нечего было делать в воскресенье?»¹

Обучение новым навыкам всегда требует времени и повторения. При большом стаже наркотизации навыки и формы поведения, связанные с поиском и приемом наркотика, прочно укореняются в структуре личности пациента. Важно, чтобы врач осознавал, насколько трудно, неприятно, а иногда и мучительно бывает пациенту отказаться от вредных привычек и устоявшихся традиций и обучиться новым формам поведения. Для большинства пациентов освоение новых форм поведения в старых ситуациях оказывается возможным далеко не с первой попытки. Более того, длительное злоупотребление ПВ приводит к снижению внимания, способности к концентрации и памяти, и, следовательно, способности к восприятию и пониманию материала. Таким образом, особенно в течение первых недель, неоднократное повторение материала особенно необходимо.

Всегда следует закреплять полученные навыки и совершенствовать их, так как любой эффективный процесс обучения сопровождается ошибками, их анализом и новыми попытками достижения результата. Пациенту должна быть предоставлена широкая возможность задавать вопросы с целью уточнения параметров заданий их важности и значения в повседневной жизни, дискутировать и подвергать сомнению позицию врача, видоизменять задания, находить конкретное применение полученным навыкам в повседневной жизни. В конечном итоге работа должна быть направлена на формирование у пациента осознанного желания выполнения каждой поставленной перед ним задачи.

Не следует ожидать от пациента качественного выполнения практических или домашних заданий без четкого понимания их значимости и практической ценности. Поэтому уже при первой встрече с пациентом следует подчеркнуть значимость самостоятельной работы.

«Для нас будет очень важно обсуждать и практически осваивать новые навыки управления поведением во время наших будущих встреч, но еще важнее научиться ис-

пользовать их в Вашей повседневной жизни. Вы лучше всех знаете, что Вам подходит, а что нет, а наилучшим способом узнать, что Вам подходит больше всего, является испытание на практике. Очень важно то, что у Вас есть возможность опробовать новые навыки вне стен этого кабинета, так что мы сможем выявить и обсудить любую из проблем, с которыми Вы можете столкнуться, используя их в жизни. Мой опыт показывает, что те люди, которые чаще практикуются в использовании полученных навыков, лучше поддаются лечению. Практические задания, которые я буду давать Вам в конце каждой нашей встречи, помогут Вам испытать на практике эффективность этих навыков. Мы увидим, насколько хорошо они работают в Вашем конкретном случае, и узнаем, что Вы думаете о каждом из них и как они помогают Вам больше узнать себя и свой стиль поведения в начале каждой следующей встречи».

Каждый человек с большей вероятностью сделает то, что он твердо пообещал сделать. Поэтому врач должен напрямую спросить пациента, будет ли он выполнять то или иное самостоятельное или практическое задание. Твердое и ясное «да» является признаком того, что пациент осознает важность и практическую ценность задания. С другой стороны, сомнение или отказ являются серьезными истораживающими прогностическими признаками. Чаще всего, пациенты отказываются от выполнения домашнего задания в тех случаях, если они не видят его практической ценности, равнодушны к процессу лечения или к прекращению злоупотребления и т.д.

При каждой встрече с пациентом следует контролировать качество выполнения поставленных ранее задач, посвящая этому не менее 5 мин в начале каждого приема. При невыполнении или неправильном выполнении пациентами тестов и практических заданий следует проявлять терпение и понимание во избежание формирования ощущения безнадежности и комплекса неполноценности. Необходимо иногда совместно выполнить тест и предложить для самостоятельного повторения еще один подобный.

Необходимо учитывать важность положительного подкрепления и похвалы. Рекомендуются обращать внимание и подчеркивать любые, даже самые незначительные успехи.

Структура и формат встречи с пациентом.

КПТ — высоко структурирована и дидактически более проработана, чем другие методы лечения. При планировании каждого приема пациента рекомендуется руководствоваться эмпирическим правилом 20/20/20, которое представляет раскладку времени типичной 60-минутной встречи.

Первые 20 минут рекомендуется посвящать оценке текущего состояния пациента, динамики потребления наркотика, влечения в течение последней недели, проверять выполнение заданий. В это время говорит преимущественно пациент, а врач направляет течение беседы своевременными вопросами. При этом следует особое внимание обратить на следующие ключевые вопросы:

Имеется ли у пациента положительная динамика течения заболевания?

Каков текущий уровень мотивации к перемене и лечению?

Имеется ли необходимый уровень социальной поддержки стремления пациента к поддержанию (достижению) ремиссии?

Что беспокоит пациента в данный момент времени?

¹ Здесь и далее курсивом приводятся конкретные примеры построения беседы с пациентом

При сборе текущего анамнеза врач должен продумать, каким образом полученные сведения могли бы быть использованы в ходе дальнейшей беседы, для иллюстрации нового материала.

«Ваш рассказ о том, насколько скучным показался Вам последний уик-энд, навел меня на мысль о том, что, возможно, причиной этому могло являться возникшее у Вас влечение к кокаину. Если Вы с этим согласны, то мне хотелось бы посвятить немного времени сегодня разговору о природе влечения и научить Вас тому, как с ним можно бороться».

Прежде всего, следует обсудить результаты последнего токсикологического исследования мочи (ТИМ) пациента, которое рекомендуется проводить, по крайней мере, 1 раз в неделю. При обсуждении результатов ТИМ в тех случаях, когда самоотчетные данные пациента об отсутствии эпизодов наркотизации подтверждаются данными объективного обследования, проблем обычно не возникает. В тех же случаях, когда пациент, скрывая наркотизацию, пытается объяснить положительные данные ТИМ ошибкой лаборатории, следует объяснить, что в данной клинико-диагностической лаборатории ошибки исключены и он ничего не приобретает, скрывая факт наркотизации, напротив, много теряет в связи с тем, что эффект от лечения значительно снижается в тех случаях, когда пациент скрывает свои проблемы от врача. Правильная трактовка расхождений самоотчетных данных и результатов ТИМ укрепляет доверие пациента к врачу и повышает значимость процесса лечения. Всегда важно бывает понять истинные причины, заставляющие пациента скрывать факт наркотизации. Иногда это происходит из страха прекращения дальнейшего лечения, иногда — из стремления получить лишний раз похвалу, а иногда — для того, чтобы проверить врача.

Затем следует провести функциональный анализ каждого эпизода наркотизации, а при достижении ремиссии — каждой ситуации, повышавшей риск ее срыва.

При сочетании КПТ с фармакотерапией нужно задать вопросы об исполнении предписаний, обсудить положительные эффекты и, возможно, отрицательное побочное действие лекарств. При неэффективности схемы лечения или возникновении побочных эффектов следует оперативно произвести ее коррекцию. Необходимо поощрять тщательное соблюдение пациентом врачебных предписаний, а в случае нарушения схемы следует помочь осознать ее необходимость, практическую пользу и найти приемлемый способ соблюдения последовательности и времени приема препаратов.

Следующие 20 минут посвящаются обычно введению и обсуждению новых навыков. В это время говорит в основном врач. Однако необходимо периодически контролировать правильность и полноту усвоения пациентом дидактического материала. При этом важно:

найти и подчеркнуть связь новой темы с текущей ситуацией: *«Я думаю, сейчас самое время поговорить о том, что же делать в тех случаях, когда Вы оказываетесь в действительно рискованной ситуации наподобие той, что случилась во вторник в парке. Вы справились с ней на редкость удачно, быстро уйдя оттуда, но давайте посмотрим, может быть, можно сделать что-нибудь еще, если Вы окажетесь в подобной ситуации снова?»;*

просить пациента привести конкретные примеры из его жизни;

предложить ему сформулировать основные положения своими словами;

провести ролевые игры или практикумы совместно с пациентом.

Важно при этом привлечь внимание пациента и обеспечить обратную связь, контролируя все вербальные и невербальные сигналы с его стороны.

20 минут в конце приема инициатива должна снова перейти к пациенту. При этом необходимо добиться согласия пациента на выполнение практических заданий, обсудить трудности, связанные с их выполнением и проговорить проблемы, которые могут возникнуть у пациента за период до следующей встречи. В конце каждой встречи лучше всего обсудить его планы на будущую неделю, попытаться предвидеть все возможные ситуации, связанные с повышением риска срыва и возможные пути избежания таких ситуаций, и схемы поведения, позволяющие контролировать свое состояние.

При выборе тем для работы с пациентом рекомендуется придерживаться восьми тем вместе со вступительным и завершающим приемом, которые являются обязательными для лечения пациентов, страдающих зависимостью от кокаина, однако их последовательность должна определяться лечащим врачом исходя из структуры личности пациента.

Первая встреча с пациентом. Начало терапии

Первая встреча, как правило, наиболее важная и, зачастую, наиболее трудная. В связи с большим количеством задач, выносимых на первый прием, рекомендуется увеличивать его продолжительность до 90 мин вместо обычных 60.

Целью работы является установление контакта с пациентом, выяснение причин, приведших пациента к злоупотреблению кокаином, разработка основной стратегии ведения пациента, плана терапии, введение в тренинговую работу.

Ключевыми задачами являются:

1. **Сбор анамнеза и установление взаимопонимания с пациентом.** При этом приходится потратить значительное количество времени на анализ истории жизни пациента и развития наркотической зависимости. Необходимо определить уровень мотивации, причины, побудившие его начать терапию. При сборе анамнеза необходимо учитывать тот факт, что до начала КПТ пациент мог иметь неоднократные контакты с наркологической службой и правоохранительными органами, поэтому все вопросы следует задавать в мягкой форме, не забывая о том, что установление взаимопонимания с пациентом является залогом успешности терапии.

2. **Повышение уровня мотивации.** При анализе ответов пациента при сборе анамнеза необходимо, по мере возможности, понять причины, побудившие пациента к обращению за медицинской помощью. При этом необходимо:

выяснить уровень внутренней мотивации;

подчеркнуть наличие противоречий. Например: *«Вы не уверены, что кокаин является для Вас большой проблемой, однако, в то же время, множество людей, заботящихся о Вас, считают, что это так. Не кажется ли Вам, что, например, арест за хранение наркотиков, может стать для Вас такой проблемой?»;*

подчеркнуть свободу выбора;

рассмотреть последствия действия и бездействия.

3. **Обсуждение целей терапии.** Прежде всего, необходимо подчеркнуть, что КПТ является видом терапии, наиболее эффективно проводимым на фоне ремиссии. Однако далеко не все пациенты начинают лечение, предварительно полностью отказавшись от наркотика. Как правило, для достижения ремиссии может потребоваться несколько недель. Возможно, это удастся не с первого раза.

Врач должен ясно показать, что основной целью лечения является достижение устойчивой ремиссии. В случае выраженного безразличия пациента допустимо сделать это в форме признания правомерности его сомнений. Например: «Я знаю, Вы не решаетесь полностью отказаться от приема кокаина, и во время наших следующих встреч мы обсудим, на что вы согласны решиться. Однако существует ряд веских причин для того, чтобы отказаться как от кокаина, так и от других наркотиков и алкоголя. Так, например, пытаясь полностью отказаться от наркотиков на время лечения, вы можете узнать много нового о себе и о причинах, толкающих Вас к приему кокаина. Вы также сможете легче понять обстоятельства, провоцирующие Вас к наркотизации, и узнать, что можно сделать для того, чтобы отказаться от наркотика. Вы так же могли бы отказаться от попыток использования других наркотиков вместо кокаина. После пребывания в течение некоторого времени в состоянии ремиссии, вы смогли бы получить ясное представление о том, какова может быть жизнь без кокаина, а затем, проанализировав свои ощущения, Вы смогли бы принять осознанное решение, что именно Вы предпочли бы выбрать. Вы всегда имеете возможность позже возобновить прием наркотиков, если захотите. Что Вы на это скажете?»

4. **Выяснение наличия у пациента дополнительных целей.** Важным моментом является выявление дополнительных целей помимо отказа от наркотика, которые пациент сам ставит перед собой в жизни (возвращение на работу, улучшение социального и материального положения, решение семейных проблем, возвращение опеки над ребенком и т.п.). В тех случаях, когда речь идет о проблемах, связанных с зависимостью от наркотика (депрессивные состояния, кризис супружеских отношений, проблемы с полицией) важно помочь пациенту правильно расставить приоритеты, показав, что задачей первостепенной важности является полный отказ от наркотика.

5. **Ознакомление пациента с моделью КППТ.** Нужно обратить особое внимание на то, что употребление кокаина следует рассматривать как модель поведения, выработанную в ходе обучения. Через некоторое время после начала употребления кокаин начинает влиять на способ мышления, восприятия и поведения человека. Через понимание этого процесса больной получает возможность более легко прекратить злоупотребление кокаином и другими веществами. Новые, более эффективные и социально адаптированные навыки и модели поведения в ходе терапии могут заместить старые девиантные формы поведения. Полученный в ходе терапии дидактический материал требует постоянного практического закрепления.

6. **Установление основных обязанностей и правил поведения при прохождении КППТ.** Следует обсудить обязанности врача и ответственность пациента. Особое внимание уделяется расписанию занятий и продолжительности курса лечения, необходимости регулярных посещений врача, предупреждения врача заранее при отказе от приема или опоздании по уважительным причинам, необходимости сдачи проб мочи для проведения токсикологического ис-

следования при каждом посещении врача, явки на прием в трезвом состоянии и т.п.

7. **Ознакомление пациента с методикой проведения функционального анализа.** Ознакомление может быть проведено наиболее эффективно на примере одного из последних эпизодов наркотизации. «Для того, чтобы Вы получили представление о том, как это работает, давайте попробуем разобраться во всем на примере. Расскажите мне все, что сможете о последнем случае приема кокаина. Где Вы были и что делали? Что перед этим происходило? Как Вы себя при этом чувствовали? В какой момент Вы осознали желание принять кокаин? Каковы были ваши ощущения в момент наркотического опьянения? Как они изменились позже? Можете ли припомнить что-либо приятное, произошедшее в результате приема наркотика? Что можете рассказать об отрицательных последствиях наркотизации?»

Практические задания. На первой встрече рекомендуется предложить пациенту самостоятельно произвести функциональный анализ (форма 1) трех последних эпизодов употребления кокаина, взяв в качестве примера проанализированный врачом на приеме случай.

Тема 1. Управление влечением к наркотику

В связи с тем, что преодоление влечения к наркотику является очень трудной проблемой для большинства кокаиновиков, можно рекомендовать введение этой темы на самых ранних этапах КППТ.

Цель работы. Определить уровень влечения к наркотику и связанные с этим проблемы. Описать влечение к наркотику как естественный, затухающий во времени, условно-рефлекторный процесс. Определить провоцирующие усиление влечения ситуации и триггерные процессы. Ознакомить с техниками контроля над влечением и отказа от предлагаемого наркотика.

Ключевыми задачами являются:

1. **Выработка у пациента понимания природы влечения к наркотику.** Необходимо показать, что влечение само по себе не является патологическим процессом, а возникает в результате частого сочетания определенных действий и обстоятельств с последующим приемом наркотика. Эти действия и обстоятельства выступают, таким образом, в качестве условно-рефлекторного раздражителя с последующим «положительным» подкреплением и со временем становятся триггерами, способными запустить механизмы компульсивного влечения к наркотику как поведенческой доминанты. Очень важно подчеркнуть, что при зависимости от кокаина влечение к наркотику сначала растет, а в случае отсутствия наркотизации в течение часа затухает.

2. **Выяснение индивидуальных особенностей клинической картины влечения.** Необходимо проанализировать особенности психоэмоционального состояния пациента, частоту и продолжительность приступов, попытки самостоятельного преодоления влечения.

3. **Определение триггерных ситуаций.** Рекомендуется разработать совместно с пациентом детальный перечень

Форма 1

Функциональный анализ

Триггер Что привело меня к приему наркотика?	Мысли и чувства О чем я думал? Что я чувствовал?	Поведение Что я затем делал?	Положительные последствия Что хорошего произошло?	Отрицательные последствия Какие неприятные события случились?

триггерных ситуаций. Очень часто пациентов приводит в замешательство необходимость описания провоцирующих ситуаций и обстоятельств. В таком случае необходимо начинать анализ с самых значимых или недавних, например, возникавших в течение последней недели. Практическим занятием для этой задачи может послужить самостоятельный мониторинг ощущений пациента во время очередного приступа влечения.

4. *Обучение избеганию опасных ситуаций.* Следует отметить, что общая стратегия «распознавать, избегать и контролировать» наиболее успешно применима именно к контролю влечения к наркотику. После того, как будут выявлены ситуации, наиболее угрожающие развитию рецидива, следует объяснить пациенту, как и в какой степени их можно избегать. Это может быть разрыв отношений с друзьями, злоупотребляющими кокаином, продажа какого-либо имущества, ограничение количества карманных денег, избегание посещений баров и пабов, ассоциируемых с приемом наркотика. Так, например, обсуждая возможности ограничения карманных денег, можно сказать пациенту: *«Вы сказали, что самым серьезным триггером для Вас в данный момент является наличие карманных денег. Давайте немножко подумаем, что можно было бы сделать для того, чтобы это стало Вас меньше беспокоить. Какова сумма, имея которую в кармане, Вы могли бы чувствовать себя в безопасности? Раньше Вы говорили, что есть возможность отдать чековую книжку на хранение матери. Вы еще сказали, что она была очень зла на Вас, когда узнала, что раньше Вы принимали кокаин. Как Вы думаете, сейчас она согласилась бы Вам помочь? Как бы Вы смогли договориться с ней, чтобы она взяла на хранение Ваши деньги? Как обговорить с ней сумму, которую она бы выдавала Вам на текущие, жизненно необходимые расходы? Как долго, по Вашему мнению, могло бы длиться это соглашение?»*. Необходимо уделить особое внимание вреду приема алкоголя особенно для тех пациентов, которые использовали спиртные напитки для усиления и пролонгирования действия кокаина.

5. *Обучение методикам контроля над влечением.* Можно предложить пациенту большое количество методик, но, как показывает опыт, наиболее эффективными являются следующие:

отвлечение внимания. Особенно эффективной является методика отвлечения внимания при приступах кондиционированного влечения к кокаину посредством физической работы. Необходимо обсудить с пациентом перечень дел, которыми он мог бы заняться в этом случае (игра в баскетбол, комплекс релаксационных упражнений, прогулка). Наличие такого хорошо проработанного списка может уменьшить вероятность попыток заместительного использования алкоголя или марихуаны;

разговор о влечении. В тех случаях, когда у пациента есть близкие друзья или члены семьи, не злоупотребляющие психотропными веществами, разговор с ними о возникшем влечении является очень эффективным способом его подавления. При этом удается эффективно снимать состояния повышенной тревожности и ранимости, которые часто сопутствуют приступам влечения. При необходимости, следует также провести подготовительную беседу с теми лицами, к которым пациент будет обращаться в подобных случаях. В тех случаях, когда пациент одинок или практически не имеет друзей, а также, когда большинство из них употребляет наркотики, следует либо рассмотреть вопрос о целесообразности его социальной изоляции на время прохождения курса КПТ, либо воспользоваться другими методиками, рассматриваемыми в рамках темы 7.

переживание влечения. Эта методика, разработанная Ito и коллегами в 1984 г. [6], использует опыт тренировок дзюдо. Она основана на прочном осознании того, что влечение возникает, развивается, достигая пика, и проходит, напоминая процесс прогулки по холму. Для успешного использования необходимо провести ряд тренингов, позволяющих пациенту овладеть основными навыками концентрации внимания. Для занятий необходимо, прежде всего, найти тихое, уединенное, безопасное место. Затем, расслабившись, абстрагированно сконцентрировать внимание на влечении, определив, в какой части тела или сознания оно существует, и оценить степень его интенсивности. Сконцентрировать внимание на этом участке, тщательно анализируя соматические и психоэмоциональные ощущения, стараясь вербализовать каждое из них. Когда это удастся сделать, многие пациенты обнаруживают, что влечение внезапно исчезает полностью или ослабевает. Для оценки эффективности процедуры можно попросить пациента определить интенсивность влечения до и после ее проведения;

освежение в памяти отрицательных последствий наркотизации. Основано на том, что при переживании влечения люди, как правило, помнят только о приятных ощущениях, возникающих при наркотизации. Нужно попросить пациента, находясь в трезвом состоянии, написать на карточке 3–5 см наиболее веские причины для отказа от приема наркотика и наиболее тяжелые и опасные последствия наркотизации и держать эту карточку всегда при себе в бумажнике или другом доступном месте, а при возникновении первых признаков влечения внимательно ее прочитать;

беседа с самим собой. У многих пациентов при возникновении влечения автоматически и неосознанно возникают навязчивые мысли («Я должен принять дозу прямо сейчас» или «Я умру, если не найду сейчас кокаин»). Необходимо, проводя функциональный анализ предрецидивных ситуаций, выявить наиболее значимые из них и научить пациента их распознавать и приводить на них контрдоводы в форме внутреннего диалога.

Для эффективной борьбы с влечением одинаково важно как научиться распознавать навязчивые мысли, так и находить эффективные контраргументы. Для того чтобы помочь пациенту распознать навязчивые мысли, врач может использовать когнитивные нарушения, возникающие у пациента на приеме (например: *«Несколько раз сегодня Вы сказали, что Вам кажется, что Вам необходимо принять наркотик. Вы осознаете эту мысль, когда она у Вас возникает?»*). Другим важным методом является «замедленная прокрутка событий». *«Когда Вы решили выйти из дома прошлым вечером, Вы сказали, что у Вас не было мыслей о приеме кокаина. Но я готова поспорить, что если мы вернемся немного назад и попробуем вспомнить все подробности этого вечера, попробуем, как бы прокрутить кино с замедленной скоростью, то сможем найти парочку примеров того, что именно Вы себе говорили, может быть, даже не осознавая того, что это подталкивает Вас к приему кокаина. Ну как, смогли ли бы мы прокрутить этот вечер еще раз прямо сейчас?»*.

Практические задания. В зависимости от того, насколько важна эта тема для пациента, ее можно рассматривать в ходе одного или двух приемов. В последнем случае во время первой встречи можно сконцентрировать внимание на распознавании влечения и выявлении триггерных ситуаций. При этом в качестве задания рекомендуется проведение пациентом самоанализа и составление перечня триггерных ситуаций (форма 2). Во время второй встречи проводится обучение методикам контроля и тренинги.

Анализ триггерных ситуаций (пример заполнения)

Дата/Время	Ситуация, мысли и чувства	Интенсивность влечения в баллах (1—100)	Длительность приступа (в мин)	Как я с ним справился
Пятница, 15:00	Напуган разговором с шефом, расстроен, зол	75	20	Позвонил домой, поговорил с Мерри
Пятница, 19:00	Смотрел телевизор, было скучно и хотелось спать	60	25	Выключил его и лег раньше спать
Суббота, 21:00	Захотелось выйти из дома и выпить	80	45	Поиграл вместо этого в баскетбол

Тема 2. Поддержка мотивации и решения о прекращении приема наркотиков

К этому времени пациенты обычно уже успевают достаточно ознакомиться с методикой, оценить свои успехи и трудности, в ряде случаев снизить дозировку или иногда отказаться от наркотика. При этом происходит пересмотр той роли, которую играет кокаин в их жизни, иногда возникает сомнение в том, что нужно действительно полностью отказаться от наркотика.

Цель работы. На этом этапе важно своевременно провести ревизию основных целей и задач пациента и показать нереальность таких из них, как «снижение потребления кокаина до контролируемого уровня», «отказ от кокаина на фоне алкоголизации или приема других психотропных веществ», «продолжение лечения до тех пор, пока страсти не улягутся» (в последнем случае имеется ввиду ультиматум супруга или наблюдение судебного исполнителя). Необходимо провести ревизию и уточнение целей курса лечения, показать необходимость полного отказа от наркотиков, научить выявлению и контролю над мыслями о кокаине.

Ключевыми задачами являются:

1. **Выяснение целей.** Необходимо оценить уровень готовности к переменам, выяснить текущую позицию пациента относительно полного отказа от наркотика, а также провести ревизию сопутствующих целей и задач, декларированных ранее. Важно подчеркнуть преимущества достижения ремиссии в качестве основной цели.

2. **Анализ противоречивых чувств по отношению к полному отказу от наркотика.** При этом важно помочь пациенту «самостоятельно» преодолеть эти противоречия и прийти к решению о необходимости полного отказа от кокаина. Для этого можно порекомендовать использование упрощенной матрицы принятия решения [7].

3. **Распознавание и управление мыслями о кокаине.** Противоречивые отношения к установке на полное воздержание обычно связаны с тем, что до сих пор кокаин был важным, если не сказать доминирующим фактором в жизни и мировоззрении пациента, и мысли о нем, положительные и отрицательные, а, зачастую и навязчивые, постоянно занимали его ум. При помощи функционального анализа нужно помочь пациенту научиться выявлять наиболее типичные из них:

тестово-провокационные — «Я могу пойти на вечеринку или встретиться с друзьями, употребляющими наркотики, воздерживаясь от кокаина»;

оценочные — «Жизнь никогда не станет прежней». «Я так люблю ощущения, возникающие при опьянении»;

боязнь поражения — «Предыдущее лечение оказалось безрезультатным, мне не на что надеяться»;

гедонистические — «Мир стал скучен без кокаина»; потребность награды — «За мои муки я заслуживаю вознаграждения»;

бегства — «Моя жизнь так ужасна, что я заслуживаю перерыва хоть на пару часов» и т.п.;

4. **Избегание.** Избегание этих мыслей трудно и часто бывает мало успешным. Можно рекомендовать проведение специальных тренингов, на которых выстраивается альтернативная система ценностей, занимающая мысли человека, например составление максимально детализированных кратко- (на предстоящую неделю) средне- (на 12 недель) и долгосрочных (на год) планов.

5. **Управление.** Можно рекомендовать следующие наиболее эффективные методы:

мысли о будущем. При возникновении приятных мыслей о кокаине или влечения врач может попросить пациента красочно представить какое-либо страшное или отвратительное последствие его применения. Например, представить, что пациент просыпается ограбленный, раздетый и избитый в чужой машине в незнакомом городе. Это часто бывает достаточным для того, чтобы уменьшить привлекательность первоначальных мыслей;

мысленный спор. При фрустрации, вызванной мыслями о наркотике, предлагается система контраргументов типа «Мне уже удавалось побороть влечение раньше, удастся и сейчас». «Сохранение моей семьи важнее мимолетного кайфа». Очень помогает в этих случаях чувство юмора и умение посмеяться над собой;

обращение к отрицательным последствиям. Для этого можно порекомендовать пациенту воспользоваться подготовленной ранее карточкой, в которой перечислены наиболее значимые для него отрицательные последствия наркотизации;

переключение внимания.

Практические задания. При необходимости эта тема тоже может быть разбита на 2 занятия. После первого пациенту рекомендуется подготовить список наиболее тяжелых для него последствий наркотизации и детализированные планы на будущее (форма 3), после второго — упражнения, направленные на мониторинг мыслей, а также составление перечня наиболее эффективных для него способов контроля (форма 4).

Тема 3. Навыки отказа при настойчивом предложении наркотика

Для успешного поддержания ремиссии необходимо ограничить доступ пациента к наркотику, а также обучить его правилам поведения при попытках со стороны окружающих напрямую предложить ему очередную дозу.

Детализированный план перемен

Перемены, которые я хочу произвести в течение ближайших дней/недель/месяцев:	
Наиболее важные причины того, что я хочу этих перемен:	
Шаги, которые я планирую предпринять:	
Чем мне могут помочь в этом окружающие:	
Что может помешать осуществлению моих планов:	

Борьба с навязчивыми мыслями о кокаине

До следующего визита к врачу заполните, пожалуйста, эту форму, отслеживая возникновение навязчивых мыслей о кокаине, а также шаги, предпринятые вами для борьбы с ними	
Мысли о кокаине	Контраргументы и предпринятые шаги

Основную трудность представляет та социальная изоляция со стороны бывших «друзей», в которую попадает пациент, отказываясь от кокаина.

Цель работы. Тщательно выявить факторы, вызывающие неоднозначное отношение пациента к полному воздержанию от наркотика, низкий уровень стремления к переменам и степень значимости социальных связей. Выяснить пути и способы получения пациентом наркотика и разработать систему мер, направленных на снижение его доступности. Обучить пациента правилам разрыва отношений с лицами, злоупотребляющими кокаином. Обучить навыкам отказа от предложенного наркотика, обратив внимание на разницу между пассивным, агрессивным и навязчивым предложением.

Ключевыми задачами являются:

1. **Определение путей доступа к наркотику.** Требуется тщательно и совместно проанализировать способы приобретения наркотика, степень вовлеченности пациента в систему его распространения, природу источника, наличие дома и на работе лиц, совместно с которыми происходила наркотизация. Обсудить шаги, которые пациент к настоящему времени уже пробовал предпринимать для ограничения доступа к кокаину. Подчеркнуть при необходимости абсолютную невозможность для пациента принимать участие в распространении кокаина и не использовать его при этом.

2. **Взаимодействие с поставщиками.** Необходимо проанализировать перечень поставщиков и разработать конкретную стратегию построения взаимоотношений с каждым из них, направленную на уменьшение и устранение контактов. Особенно сложной бывает ситуация, в которой пациент находится с поставщиком в особо теплых или интимных отношениях. Наиболее эффективной в этих случаях является стратегия «или — или», однако врач может использовать и более мягкий подход, например: «Вы говорили мне, что Вам не хотелось бы расставаться с Бобом сейчас, однако он не хочет при этом отказаться от употребления кокаина. Это очень рискованная для Вас ситуация, но, может быть, мы что-нибудь вместе придумаем, чтобы снизить степень риска. Вам не приходило в голову попросить его не приносить наркотик в дом? Вы же понимаете, насколько рискованно для Вас то, что он продолжает прием наркотика. Это важно для поддержания

Вашей ремиссии, а с другой стороны, подумайте, какую опасность это представляет для Ваших детей».

3. **Навыки отказа от предлагаемого наркотика.** Необходимо подчеркнуть, что основными правилами поведения в таких ситуациях является быстрый ответ (без промедления, раздумий и сомнений), визуальный контакт (необходимость смотреть собеседнику прямо в глаза) и четкий и ясный ответ «нет», не оставляющий возможности для дальнейшего продолжения разговора (например: «Послушай, я твердо решил бросить и прошу тебя больше не предлагать мне его никогда. Если не можешь сделать этого, лучше никогда больше не приходи ко мне»). Эти навыки необходимо довести до автоматизма в ходе ролевых игр, проводимых на приеме, взяв за основу конкретные случаи из ближайшего прошлого пациента. По окончании ролевых игр рекомендуется всегда обсудить достоинства и недостатки поведения пациента в ходе игры. «Очень хорошо! Что Вы при этом почувствовали? Я обратила внимание, что Вы все время смотрели мне прямо в глаза и говорили четко и ясно. Просто великолепно! Правда, я заметила, что Вы все же оставили открытой дверь для подобных предложений в будущем, сказав, что бросили «пока». Давайте, попробуем еще раз, только теперь попробуйте показать Джо, что Вы действительно хотите, чтобы он никогда больше не повторил своего предложения».

4. **Ответ на пассивное, агрессивное и навязчивое предложение.** Особенно часто на практике возникают трудности отклонения навязчивого предложения наркотика. Именно этому следует уделять особое внимание при проведении тренингов, обучая пациента различать различные стили предложения, использовать невербальную систему коммуникации и правилам поведения в случаях возникновения осложнений при отказе. Лучшее всего этот материал изложен в работе Р. Monti с соавт. [8].

Подготовка к завершению курса КПТ. Как правило, к моменту достижения этого этапа проходит около 6 недель со дня начала терапии, на что следует обратить особое внимание пациента. Иногда бывает необходимо в начале каждого последующего приема сказать, сколько недель остается до конца курса лечения. Для подготовки к завершению лечебного процесса можно предложить пациенту представить во всех подробностях ситуацию, серьезно угрожающую срыву ремиссии после окончания лечения и пути ее разрешения. Это помогает снизить уровень

Пути снижения доступности наркотика

Перечислите, пожалуйста, источники получения кокаина (например, людей, которые могут Вам его предложить, места, где Вы можете его приобрести) и что Вы можете сделать для уменьшения его доступности в каждом случае	
Источник	Шаги, которые я предприму, чтобы уменьшить доступность кокаина

Навыки отказа от предлагаемой дозы наркотика²

<i>Что нужно помнить при отказе от предлагаемой дозы:</i> прежде всего, сказать нет; все время сохранять визуальный контакт; попросить больше никогда не предлагать; не бояться последствий; не оставлять открытой дверь для повторного предложения (типа: «не сегодня»); помнить разницу между пассивным, агрессивным и навязчивым предложением	
Кто может предложить мне кокаин	Что я ему отвечу
Друзья, с которыми мы вместе его принимали:	
Сотрудники:	
На вечеринке:	

тревожности и дискомфорта, которые реально могут возникнуть у пациента на последнем приеме.

Практические задания. Составление схемы поставок пациенту кокаина (форма 5), списка поставщиков, разработка и подготовка плана построения взаимоотношений с каждым из них (форма 6).

Тема 4. Не относящиеся на первый взгляд к делу решения (НПВР)

При прохождении терапии пациент постоянно сталкивается с ситуациями, угрожающими срыву ремиссии. Некоторые из них не поддаются контролю. Другие же провоцирующие факторы пациентом не осознаются и поэтому оказываются вне поля зрения врача. В этих случаях большую помощь может оказать метод *НПВР*, предложенный Marlatt и Gordon в 1985 г., относящийся к группе когнитивных методов. Эта тема особенно полезна при работе с пациентами, страдающими заболеваниями резидуально-органического генеза, а также лиц с импульсивным и антисоциальным поведением.

Цель работы. Дать понятие НПВР и определить их связь с ситуациями повышенного риска. Привести конкретные примеры НПВР из жизни пациента. Научить практике принятия «безопасных» решений.

Ключевыми задачами являются:

1. **Введение понятия НПВР.** Как показывает практика, пациенту бывает очень сложно понять, что же такое НПВР. В связи с этим, вводить понятие лучше всего на примерах, сначала используя классические варианты, а затем наиболее приближенные к жизни пациента. Например, можно начать со случая с пациентом, у которого постоянно возникало желание посещать различные магазины, которые, как оказалось, «случайно» были расположе-

ны именно в том районе города, где проживал его поставщик кокаина и где состоялись первые пробы наркотика, или другого пациента, которому казалась более живописной та дорога с работы домой, недалеко от которой находился бар, в котором он покупал наркотик и т.д.

2. **Поиск примеров из жизни пациента.** Для более прочного усвоения материала рекомендуется показать цепь НПВР на примере последнего рецидива самого пациента. «Вспомните свой последний рецидив». «Теперь, давайте, вместе прокрутим его еще раз и отметим места, в которых Вы приняли рискованные решения, что Вы себе при этом говорили и как бы Вы смогли разорвать цепочку событий, приведшую Вас, бесцельно бродящего, в парк».

3. **Обучение практике принятия «безопасных» решений.** Наиболее эффективной методикой являются фиксация внимания на каждом принимаемом решении, пусть даже незначительном, и оценка его возможных последствий для провокации ситуации повышенного риска. Необходимо ознакомить пациента с наиболее распространенными типами НПВР у лиц, злоупотребляющих кокаином:

прием алкоголя, марихуаны и других психотропных средств;

хранение дома алкогольных напитков;
 сохранение остатков наркотика или предметов, связанных с их употреблением, «на память»;

посещение вечеринок, на которых может стать доступным алкоголь или кокаин;

общение с людьми, злоупотребляющими кокаином;
 скрывание предыдущего опыта злоупотребления кокаином от членов семьи;

попытки скрывания от бывших «приятелей» своего решения прекратить употребление кокаина;

отсутствие планирования свободного времени;
 большое количество ничем не занятого времени по вечерам и выходным дням, что может привести к скуке; перегрузки и перенапряжения.

² Адаптировано по P.Monti с соавт. [8]

НПВР³

Принимая любое решение, важное или незначительное, не забудьте:
 рассмотреть все возможные альтернативные варианты;
 продумать все отрицательные и положительные последствия каждого из них;
 выбрать тот из них, который меньше всего угрожает срыву ремиссии;
 обратить внимание на «красные флажки» — мысли типа «я должен...», «я могу справиться...», «без разницы, если...».

Попрактикуйтесь в проведении мониторинга принимаемых в течение дня решений и выберите рискованные и безопасные альтернативные варианты

Решение	Безопасная альтернатива	Рискованная альтернатива

Практические задания. Самостоятельный мониторинг нескольких дней и разделение принятых решений на «безопасные» и «рискованные» (форма 7).

Тема 5. Многоцелевой план управления поведением

Большое число непредвиденных обстоятельств может привести к развитию ситуаций повышенного риска, несмотря на все попытки пациента предотвратить их. Здесь имеется в виду, прежде всего болезнь, смерть или ВИЧ — позитивные результаты анализа кого-то из близких, друзей или родных. Однако необходимо учитывать и тот факт, что и положительные эмоции, и события также могут угрожать срыву ремиссии и среди них, например, получение большой суммы денег, развитие новых интимных отношений и т.п. И так как это может произойти в любой момент времени как на входе, так и по окончании курса лечения, необходимо поставить перед пациентом задачу разработать схему поведения в критических ситуациях.

Цель работы. Прогнозирование возможных в будущем критических ситуаций, сопряженных с высоким риском рецидива, и разработка общего личного плана управления поведения в таких случаях.

Ключевыми задачами являются:

1. **Прогнозирование критических ситуаций.** Следует предложить пациенту подумать о том, какие критические ситуации вполне вероятно могут с ним произойти в течение ближайших нескольких месяцев. Затем представить нечто такое, что может повлиять на решение отказа от наркотика. И в каждом случае совместными усилиями разработать свой конкретный план управления поведением.

2. **Разработка многоцелевого плана.** Необходимо объяснить пациенту, что, находясь в стрессовых, критических ситуациях, он может почувствовать себя уязвимым и предпочесть вернуться к старым, более привычным формам поведения. Поэтому важно разработать общий, простой и надежный план действий, который может быть использован или видоизменен по ходу событий в каждой критической ситуации. Этот план должен содержать, по крайней мере, следующие пункты:

перечень людей, на которых пациент мог бы положиться с номерами их телефонов;

необходимость вспомнить об отрицательных последствиях срыва ремиссии;

набор позитивных мыслей, которые могут вытеснить и заместить мысли о наркотике;

набор надежных средств для переключения внимания; список мест, где пациент мог бы укрыться на время кризиса без примеров и искушений приема наркотиков (дом родителей или друзей).

Практические задания. Составление перечня возможных критических ситуаций и составление многоцелевого плана управления поведением. (При составлении плана лучше всего использовать заранее подготовленную форму для заполнения, при разработке которой необходимо обратить внимание, прежде всего, на следующие пункты: возможные пути ухода от ситуации, выбор безопасного места; определение срока, на который можно было бы отложить принятие решения с учетом средней продолжительности приступа влечения; выбор наиболее оптимальных для пациента способов отвлечения внимания; подготовка списка лиц, к которым пациент может обратиться в экстренных случаях; перечень наиболее успешных опытов борьбы с влечением; перечень позитивных мыслей). Необходимо напомнить пациенту о предстоящем в скором времени окончании курса лечения и о том, что ему придется в дальнейшем пользоваться приобретенными навыками самостоятельно.

Тема 6. Навыки решения проблемных ситуаций

У большинства пациентов разрабатываемые в ходе выполнения практических заданий планы и схемы поведения выглядят таким образом, как будто в жизни есть только одна проблема — наркомания и одна цель — отказ от наркотиков. Многие из них не подозревают о других проблемах до тех пор, пока не столкнутся с ними в жизни, а затем игнорируют их до тех пор, пока они не перерастут в критическую ситуацию. Эта тема особенно полезна для импульсивных лиц, не привыкших к позитивному мышлению, поиску альтернативных схем поведения и предвидению последствий своих действий. Другие пациенты считают, что имеют хорошо развитые навыки разрешения проблемных ситуаций, однако, когда сталкиваются с ними в жизни, поступают непредсказуемо. Предлагаемая здесь методика решения проблемных ситуаций основана на работах Р. Monti с соавт. [8] и ряда других авторов. Несмотря на иллюзии многих пациентов, что жизнь станет намного легче после отказа от наркотика, зачастую они сталкиваются со многими, игнорированными ранее проблемами именно в состоянии ремиссии.

Цель работы. Представить или заново рассмотреть основные шаги техники решения проблем и провести тренинг по решению проблемных ситуаций на приеме.

³ Адаптировано по Р. Monti с соавт. [8]

Памятка по подготовке решения проблемных ситуаций⁵

Основные шаги решения проблемных ситуаций:

«Это проблема?». Распознайте существование проблемы. В этом Вам поможет Ваше тело, мысли и чувства, Ваше поведение, реакция на других людей и то, как другие реагируют на Вас;

«В чем проблема?». Определите суть проблемы. Опишите ее как можно точнее. При необходимости разбейте ее на составные части; «Что я могу сделать?». Рассмотрите различные подходы к решению проблемы. Проведите мозговую атаку для того, чтобы придумать как можно больше решений. Рассмотрите возможность изменения ситуации или своего отношения к ней;

«Что случится, если ?» Выберите наиболее многообещающий подход. Для этого рассмотрите все положительные и отрицательные стороны каждого из них и выберите тот, который более всего способен решить проблему;

«Что получилось?». Оцените эффективность выбранного подхода. После того, как Вы поступили в соответствии со сделанным выбором, получили ли ожидаемый результат? Если нет, то подумайте, что бы можно было еще предпринять, чтобы повысить эффективность Ваших действий или же откажитесь от него и выберите другой путь.

Выберите проблему, не имеющую однозначного решения. Опишите детально ее суть. Продумайте возможные пути решения. Оцените все возможности и пронумеруйте их в порядке уменьшения их привлекательности для Вас

Суть проблемы	
Перечень ее возможных решений	

Ключевыми задачами являются:

1. Основные шаги решения проблемных ситуаций.

распознавание проблемы. (Это проблема?). Наиболее отчетливыми для пациента признаками того, что та или иная ситуация становится для него проблемой, могут служить гнев, депрессия, мнение окружающих, постоянные мысли об одном и том же и ощущение наступления кризиса;

идентификация и определение сути проблемы. (В чем проблема?). Необходимо объяснить, что проблема легче решается тогда, когда она конкретна и четко определена, чем тогда, когда она глобальна или размыта. В случае возникновения больших проблем, казавшихся неразрешимыми, их лучше разбить на несколько меньших, легче решаемых;

рассмотрение различных подходов к решению проблемы. (Что я могу сделать, чтобы решить ее?). Необходимо посоветовать наметить как можно больше различных путей решения и записать их. Важно также понять, что не делать ничего немедленно — это так же один из вариантов;

выбор наиболее удачного решения. (Что может случиться, если ...?). Этот шаг вырабатывает навыки предвидения результата, анализа возможных положительных и отрицательных последствий своих действий. На этом этапе важным является привлечение дополнительной информации;

оценка эффективности выбранного решения. (Что произойдет, когда я...?). Необходимо подчеркнуть, что различные проблемы решаются по-разному и иногда необходимо неоднократно повторять все перечисленные шаги, прежде чем будет решена проблема.

2. Тренинг по решению проблемных ситуаций. Необходимо предложить пациенту определить две недавние проблемы: одну более связанную со злоупотреблением кокаином, другую — менее. Отработать их решение, последовательно воспользовавшись перечисленными выше шагами. Возможно, врачу придется помочь пациенту, воспользовавшись техникой пошагового просмотра минувших событий.

Практические задания. Повторение тренинга пациентом дома самостоятельно с использованием специальных форм по применению техники решения проблемных ситуаций (форма 8).

Тема 7. Социальная адаптация

В основном пациенты приходят на КПТ с большим количеством психосоциальных проблем, осложняющих течение зависимости от кокаина. Некоторые из них успешно решаются при достижении состояния ремиссии, другие же, не будучи выявленными и разрешенными, препятствуют проведению эффективной терапии и являются непреодолимым барьером на пути отказа от наркотика. Методика КПТ не предусматривает оказание помощи пациенту вне клиники, в связи с чем врач должен научить больного технике использования помощи многочисленных групп социальной поддержки и социальных служб. Поэтому следует хорошо представлять себе организацию общественных социальных служб, а также вид и объем помощи, оказываемой каждым из подразделений.

Цель работы. Помочь пациенту, используя освоенные им навыки по решению проблемных ситуаций, выявить ключевые психосоциальные проблемы, являющиеся преградой на пути к достижению ремиссии. Совместно разработать план получения социальной поддержки по каждой из них. Организовать контроль за выполнением этого плана.

Ключевыми задачами являются:

1. **Выявление проблем.** Врач должен понять для себя основные проблемы, которые могут помешать установлению ремиссии еще на самых ранних этапах лечения. Как уже подчеркивалось ранее, наибольшую помощь в этом может оказать использование Индекса оценки степени тяжести зависимости [1].

2. **Постановка цели.** Врач совместно с пациентом должен определить три или четыре основные проблемы, мешающих эффективному проведению лечебного процесса и их приоритеты, а также наметить пути их решения (например: получить постоянное место жительства до конца месяца или поступить в центр профессиональной подготовки в конце августа).

3. **Изучение ресурсов.** После того, как цели определены, необходимо выяснить, какие ресурсы должны быть привлечены для достижения каждой из них.

4. **Разработка плана привлечения социальной поддержки.** План по достижению каждой из поставленных целей должен содержать перечень организаций, в которые следует обратиться с указанием их координат, телефонов и т.п.,

⁵ Цитируется по Р. Monti с соавт. [8]

План получения социальной поддержки

Какова моя цель?	С кем нужно связаться? (Телефон, адрес)	Когда нужно позвонить/написать?	В каких услугах я нуждаюсь?	Результат
Цель № 1				
Цель № 2				

Упражнение по выработке стратегии уменьшения риска ВИЧ-инфицирования⁵

Изменения, которые я хочу произвести	
Наиболее важные причины для того, чтобы произвести эти изменения	
Я планирую предпринять следующие шаги	
Как мне могут помочь в этом окружающие	
Что может повлиять на мои планы	

сроки установления контактов с ними и ожидаемый результат каждого из запланированных контактов.

5. *Отслеживание процесса выполнения плана.* Несмотря на то, что вся ответственность по выполнению плана лежит на пациенте, важно, чтобы врач постоянно контролировал ход его выполнения. Для этого следует специально отвести время на каждом из последующих приемов таким образом, чтобы в течение первых 20 мин (по схеме 20/20/20) потратить немного времени, чтобы выяснить, что было сделано пациентом в этом направлении за прошедшую неделю, а в конце встречи обсудить планы на будущую. Для того чтобы поддержать желание и решимость пациента успешно претворять намеченный план в жизнь, необходимо поощрять даже его незначительные успехи на этом пути.

Практические задания. Практическим заданием к этой теме является составление плана получения социальной поддержки и отчета об успехах и неудачах при его выполнении (форма 9).

Тема 8. Снижение риска ВИЧ-инфицирования

В редких случаях лица, злоупотребляющие кокаином, не прибегают к сопутствующему применению опиоидов, используя при этом их парентеральное введение. Одновременно прием кокаина повышает также риск ВИЧ-инфицирования вследствие беспорядочных половых связей.

Цель работы. Выявить представляющие опасность для пациента факторы, повышающие риск ВИЧ-инфицирования и сформировать мотивацию для изменения соответствующих форм поведения. Установить основные направления работ и меры по преодолению препятствий на пути снижения риска заболевания СПИДом. Ознакомить пациентов с существующими на эту тему инструкциями.

Ключевыми задачами являются:

1. *Доказательство наличия риска.* Это лучше всего удается сделать либо в форме дискуссии, либо с использованием тестирования по специальному опроснику для выявления форм поведения, связанных с опасностью ВИЧ-инфицирования (Metzger с соавт. [9]). При проведении тестирования анкету лучше всего заполнять в пись-

менном виде, а копию теста выдать пациенту на руки. По завершении тестирования следует обсудить его результаты с пациентом, так как необходимо добиться осознания им степени риска, что помогает повысить уровень мотивации к изменению поведения.

2. *Выработка установки на изменение форм поведения.* При выявлении факторов риска наилучшие результаты дает использование следующих мотивационных методов (по W.Miller с соавт. [10]): поддержка мнения пациента, переориентация, сдерживание, объяснение последствий действий и бездействия, декларация свободы выбора и т.п.

3. *Постановка задач.* После того, как удастся добиться готовности пациента к изменению форм поведения, врач должен помочь ему сформулировать четкие и конкретные задачи. Важно также помочь осознать наличие барьеров, которые придется преодолеть на этом пути (например психологический барьер перед использованием презервативов или перед обсуждением этого вопроса с сексуальным партнером и т.п.).

4. *Решение проблем, связанных с преодолением барьеров.* Следует помочь пациенту использовать полученные ранее навыки решения проблемных ситуаций для построения стратегии преодоления препятствий, которые могут возникнуть на пути решения поставленной перед ним задачи.

5. *Ознакомление пациента с существующими руководствами по предупреждению ВИЧ-инфицирования.* Необходимо ознакомить пациента с соответствующими руководствами, подготовленными с учетом специфики заболевания. При этом следует затронуть следующий ряд тем:

основные положения концепции снижения вредных последствий;

способы передачи ВИЧ, других заболеваний, передающихся половым путем, и туберкулеза;

факторы риска, связанные с парентеральным введением ПАВ;

правила выполнения инъекционных процедур;

правила использования презервативов;

ВИЧ-тестирование.

Практические задания. Составление детализированного плана по борьбе с опасностью ВИЧ-инфицирования (форма 10).

⁵ Адаптировано по W.Miller с соавт. [10]

Совместная встреча с близкими или родственниками пациента

Врач может разрешить пациенту пригласить на один или два приема кого-либо из членов его семьи, родственников или друзей. Прием при этом проводится в рамках схемы КПП. При этом необходимо помнить о том, что целью этих встреч не является консультирование супружеских пар или семейная терапия.

Цель работы. Повысить уровень социальной поддержки пациента. Помочь близким или родственникам пациента понять суть КПП. Показать пути и способы, которыми они могут помочь больному в достижении и поддержании устойчивой ремиссии.

Ключевыми задачами являются:

1. **Планирование встречи.** Встреча должна быть тщательно запланирована заранее, причем пациент должен принимать в этом непосредственное участие. При этом должны быть решены следующие ключевые вопросы:

кто из близких или родственников должен прийти? При отборе кандидатур следует руководствоваться тем, насколько реальную помощь они смогут оказать пациенту. Принципиальным является то, чтобы они сами не употребляли наркотики;

каковы задачи предстоящей встречи? При отсутствии четко поставленных задач встреча рискует превратиться в воспоминание старых обид и взаимных претензий;

какую конкретно поддержку может оказать приглашенный человек? Необходимо, чтобы пациент обдумал и сформулировал заранее, какую именно помощь и в каком объеме он хотел бы получить.

2. **Знакомство, постановка задач.** Особое внимание при этом необходимо уделить ответам на вопросы приглашенных о сути и методах КПП. При этом часто возникают ситуации, когда близкие начинают предъявлять претензии к пациенту. Умелое «спускание пара» может быть использовано врачом для повышения уровня мотивации больного. Так, например, вместо вопросов: «Какие перемены Вы хотели бы увидеть в Крисе?» или «Что Вы думаете по поводу того, что Крис принимает наркотики?», можно порекомендовать следующий вариант построения беседы: «Похоже, что прием Крисом кокаина неприятно поразил Вас. Это нанесло удар по семейному бюджету и Вам кажется, что Вы не можете больше ему доверять. Я хотела бы сейчас попросить Вас вместе обсудить те основные перемены, которые Вы бы желали увидеть друг у друга и которые, с одной стороны, помогли бы Крису поддержать ремиссию, а, с другой стороны, улучшили бы Ваши с ним отношения».

3. **Определения путей взаимодействия близких с пациентом.** В качестве вступления к этой части беседы уместно использовать описание модели КПП. Затем пациент должен рассказать о том, какую именно поддержку он ожидает получить от приглашенного. Он должен быть также готов к обсуждению встречных требований со стороны близких. Следует добиться того, чтобы они были высказаны так же четко и определенно.

Практические задания. Необходимо попросить пациента и его близких разработать своеобразное соглашение, в котором были бы описаны взаимные требования.

Заключительная встреча

Основной целью последней встречи с пациентом является обзор курса КПП и достигнутых результатов. Следует обратить внимание на изначально сформулированные цели и задачи лечения и их изменение в ходе дальнейшей работы. Нужно сделать обзор тех навыков, кото-

рые приобрел пациент за этот период, и подчеркнуть задачи, стоящие перед ним в будущем. Пациент, со своей стороны, должен проанализировать те аспекты КПП, которые оказались наиболее полезными для него, и те, которые ему малогодились, и рассказать, как он собирается использовать приобретенные знания и навыки в дальнейшем.

С теми из больных, кому до сих пор не удалось достичь ремиссии, следует обсудить вопрос о продолжении лечения в условиях полного или дневного стационара.

Подбор, обучение и супервизия специалистов, работающих в области КПП

К работе по методике КПП в США допускаются специалисты, имеющие сертификат по психологии, консультированию, социальной работе или смежным областям, по меньшей мере, трехлетний стаж работы в наркологии, сертификат по КПП. Подготовка и сертификация специалистов осуществляется на курсах продолжительностью от 2 дней до 1 недели в зависимости от их изначальной квалификации. Курс включает изучение основ и методики проведения КПП на базе оригинала руководства, работу с видеоматериалами, содержащими примеры из практики, ролевые игры и тренинги, обсуждение клинических примеров и т.п. По окончании курса проводится три контрольно-практических занятия в виде самостоятельного проведения приемов с применением методики. Их видеозапись направляется к супервизору, который должен внимательно с ней ознакомиться, проанализировать и провести минимум одночасовую индивидуальную супервизию.

Выдача сертификата производится на основании комплексной объективной оценки уровня знаний и навыков специалиста путем параллельной самооценки и оценки супервизора с заполнением стандартных тестовых форм. Специалист допускается к дальнейшей работе по методике КПП с минимальными уровнями супервизии при получении оценки не ниже 4 баллов. Минимальный уровень текущей супервизии для опытного специалиста составляет 1 раз в месяц, для начинающего — еженедельно. Супервизия заключается в обсуждении одного—двух выбранных «случайным способом» приемов с использованием КПП для каждого из пациентов.

Наиболее часто встречающиеся ошибки врачей при проведении КПП

1. **Нарушение баланса времени на приеме** (несоблюдение правила 20/20/20), когда чрезмерное внимание уделяется теории, анализу или тренингам вследствие недостаточного опыта владения хорошо структурированными методиками типа КПП, что приводит к значительному снижению эффективности лечебного процесса.

Типичной является ошибка, когда из-за частого возникновения критических ситуаций у пациента и увеличения времени, потраченного на проведение функционального анализа, врач уделяет меньше внимания практической работе по закреплению новых навыков или использует для этого недостаточно эффективную технику. Это приводит, зачастую, к повышению уровня тревожности пациента, подрывает его веру в собственные возможности.

Ошибкой является и отсутствие у врача гибкости и чрезмерное следование изложенному выше материалу, без соответствующей адаптации его к конкретным нуждам пациента. Настоящее руководство является не догмой, а, скорее, черновиком, наброском, позволяющим наметить цели и задачи лечения. Пациент вообще никог-

да не должен заподозрить, что врач в своей работе пользуется каким-либо учебником.

2. *Ускоренное прохождение материала*, что при отсутствии его достаточного закрепления не позволяет пациенту воспринять материал. В идеальном случае следует стремиться к тому, чтобы предлагать пациенту после объяснения материала попытаться воспроизвести основную идею своими словами.

3. *Перегрузка пациента чрезмерно интенсивной подачей материала*. Общая тактика должна заключаться в рассмотрении тех способов контролирования ситуации, которыми пациент уже владеет, затем постепенно, по 1-2 за прием вводить новые, согласуя их с его общим стилем управления поведением.

4. *Неясное преподнесение материала*. Следует вводить новый материал, преимущественно базируясь на примерах. Опытный врач должен быстро и умело находить возможности использования сказанного пациентом с самого начала приема для иллюстрации к объяснению нового материала

5. *Недостаточное внимание к выполнению практических заданий*. Приводит к тому, что пациент не приучается самостоятельно использовать полученные навыки на практике.

6. *Отступление от принципов и методики проведения КПТ в трудных клинических случаях*. Приводит к тому, что пациент, наиболее нуждающийся в реструктуризации форм поведения, получает помощь по недостаточно структурированной методике. Обычно, если пациент достаточно стабилен при лечении в амбулаторных условиях, при правильном его проведении, лечение по методике КПТ бывает адекватным.

Список литературы

1. McLellan A.T., Kushner H., Metzger, D. et al. The fifth edition of the Addiction Severity Index// J. Subst. Abuse Treat. — 1992. — Vol. 9, №3. — P. 199–213.
2. DiClemente C.C., Hughes S.O. Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment// J. Subst. Abuse. — 1990. — Vol. 2, №2. — P. 217–235.
3. Cooney N.L., Kadden R.M., Litt M.D. A comparison of methods for assessing sociopathy in male and female alcoholics// J. Studies Alcohol. — 1990. — Vol. 51. — P. 42–48.
4. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. et al. An inventory for measuring depression// Arch. Gen. Psychiatry. — 1961. — Vol. 4. — P. 562–571.
5. Hamilton M. A rating scale for depression// J. Neurolog. Neurosurg. Psychiatry. — 1960. — Vol. 23. — P. 56–62.
6. Ito J.R., McNair L., Donovan D.M., Marlatt G.A. Relapse Prevention for Alcoholism Aftercare: Treatment Manual. — Health Services Research and Development Service, VA Medical Center, Seattle. — WA, 1984.
7. Marlatt G.A., Gordon J.R. eds. Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. — New York: Guilford, 1995. — P. 369–393.
8. Monti P.M., Abrams D.B., Kadden R.M., Cooney N.L. Treating Alcohol Dependence: A Coping Skills Training Guide in the Treatment of Alcoholism. — New York: Guilford, 1989.
9. Metzger D.S., DePhilipps D., Druley P. et al. The impact of HIV testing on risk for AIDS behaviors// Problems of Drug Dependence 1991: Proceedings of the 53rd Annual Scientific Meeting. NIDA Research Monograph Series No. 119. — Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1992. — P. 297–298.
10. 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/ NIAAA Project MATCH Monograph Series. — Vol. 2. — DDHS Pub. No. (ADM) 92-1894. — Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1992.