

# ОГЛАВЛЕНИЕ

|                                                                            |            |
|----------------------------------------------------------------------------|------------|
| Предисловие к изданию .....                                                | 9          |
| Об авторах .....                                                           | 11         |
| Благодарности.....                                                         | 13         |
| Предисловие .....                                                          | 16         |
| <b>Глава 1. Общий обзор .....</b>                                          | <b>20</b>  |
| Химические и поведенческие аддикции: больше сходств,<br>чем различий.....  | 26         |
| КПТ в работе с аддикциями .....                                            | 29         |
| Каковы цели КПТ в работе с аддикциями? .....                               | 39         |
| Резюме .....                                                               | 41         |
| <b>Глава 2. Теоретическая модель.....</b>                                  | <b>42</b>  |
| Когнитивные процессы, лежащие в основе зависимого поведения ...            | 42         |
| Модель КПТ в действии .....                                                | 53         |
| Формирование зависимого поведения .....                                    | 57         |
| Поддержание аддиктивного поведения .....                                   | 62         |
| Течение аддиктивного поведения .....                                       | 65         |
| Резюме .....                                                               | 68         |
| <b>Глава 3. Концептуализация случая .....</b>                              | <b>71</b>  |
| Десять важных элементов для составления<br>концептуализации случая .....   | 72         |
| Кейс: Кэрл .....                                                           | 92         |
| Резюме .....                                                               | 98         |
| <b>Глава 4. Стыд, стигматизация и терапевтические отношения ...</b>        | <b>100</b> |
| Процессы, которые отрицательно влияют на терапевтические<br>отношения..... | 101        |

|                                                                                                         |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Слова имеют значение.....                                                                               | 114        |
| Первые сессии терапии.....                                                                              | 116        |
| Формирование, поддержание и восстановление доверия .....                                                | 121        |
| Сопротивление термину «сопротивление» .....                                                             | 127        |
| Установление границ и определение рамок.....                                                            | 129        |
| Поддержание авторитета.....                                                                             | 132        |
| Управление «борьбой за власть» .....                                                                    | 134        |
| Резюме .....                                                                                            | 138        |
| <b>Глава 5. Структура индивидуальной сессии .....</b>                                                   | <b>139</b> |
| Определение повестки сессии.....                                                                        | 140        |
| Проверка настроения .....                                                                               | 144        |
| «Мост» к предыдущим сессиям .....                                                                       | 145        |
| Определение приоритетов и рассмотрение тем повестки сессии ....                                         | 147        |
| Резюмирование отдельных элементов сессии.....                                                           | 153        |
| Планирование домашних заданий.....                                                                      | 154        |
| Обратная связь .....                                                                                    | 156        |
| Завершение сессии и планирование следующих действий.....                                                | 157        |
| Резюме .....                                                                                            | 158        |
| <b>Глава 6. Направляемое открытие, мотивационное<br/>консультирование и функциональный анализ .....</b> | <b>159</b> |
| Направляемое открытие и мотивационное консультирование .....                                            | 160        |
| Направляемое открытие для соединения мыслей, эмоций<br>и поведения .....                                | 164        |
| Функциональный анализ .....                                                                             | 175        |
| Резюме .....                                                                                            | 182        |
| <b>Глава 7. Стандартизированные техники КПТ .....</b>                                                   | <b>184</b> |
| Управление стимулами (триггерами) .....                                                                 | 185        |
| Техники откладывания и отвлечения .....                                                                 | 187        |
| Анализ преимуществ и недостатков .....                                                                  | 191        |
| Иерархия ценностей.....                                                                                 | 195        |

|                                                                                     |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Мониторинг и планирование активности .....                                          | 196        |
| Поведенческая активация .....                                                       | 201        |
| Дневник автоматических мыслей .....                                                 | 203        |
| Техники принятия и ответственности .....                                            | 206        |
| Техники релаксации .....                                                            | 209        |
| Техники медитации и майндфулнесс .....                                              | 211        |
| Управление непредвиденными ситуациями .....                                         | 212        |
| Ролевая игра .....                                                                  | 213        |
| Понимание работы со стандартизированными техниками<br>и их сочетание .....          | 217        |
| Развитие навыков, улучшающих жизнь .....                                            | 218        |
| Домашнее задание как средство отработки<br>и обобщения навыков .....                | 221        |
| Резюме .....                                                                        | 223        |
| <b>Глава 8. Постановка целей .....</b>                                              | <b>228</b> |
| Уменьшение вреда как терапевтическая цель .....                                     | 229        |
| Некоторые терапевты должны изменить свое отношение к целям ...                      | 231        |
| Формулирование реалистичных целей и предотвращение<br>терапевтического дрейфа ..... | 233        |
| Стратегии для постановки целей .....                                                | 238        |
| Резюме .....                                                                        | 248        |
| <b>Глава 9. Психообразование .....</b>                                              | <b>250</b> |
| Темы для психообразования .....                                                     | 250        |
| Процесс психообразования .....                                                      | 273        |
| Резюме .....                                                                        | 281        |
| <b>Глава 10. Мысли и убеждения .....</b>                                            | <b>282</b> |
| Мысли и убеждения, ассоциированные с аддиктивным<br>поведением .....                | 283        |
| Когнитивные процессы, связанные с аддиктивным поведением .....                      | 288        |
| Помощь пациентам в изменении мыслей и убеждений .....                               | 294        |
| Резюме .....                                                                        | 311        |

|                                                                                               |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Глава 11. Режимы и аддиктивное поведение .....</b>                                         | <b>313</b> |
| Теория режимов .....                                                                          | 314        |
| Работа с режимами .....                                                                       | 321        |
| Резюме .....                                                                                  | 326        |
| <b>Глава 12. Групповая КПТ для лечения аддикций .....</b>                                     | <b>327</b> |
| Организация групп КПТ по борьбе с зависимостью<br>и привлечение новых пациентов .....         | 329        |
| Основные положения и структура для группы когнитивно-<br>поведенческой терапии аддикций ..... | 333        |
| Постановка целей в программе когнитивно-терапевтической<br>терапии .....                      | 353        |
| Выбор тем и техник для групповых занятий .....                                                | 356        |
| Групповые процессы и проблемы .....                                                           | 360        |
| Резюме .....                                                                                  | 365        |
| <b>Глава 13. Профилактика рецидивов и снижение вреда .....</b>                                | <b>367</b> |
| Профилактика рецидивов и снижение вреда с точки зрения КПТ ....                               | 370        |
| Ориентирование пациентов на снижение вреда<br>и профилактику рецидивов .....                  | 374        |
| Функциональный анализ в профилактике рецидивов<br>и снижении вреда .....                      | 377        |
| Прогнозирование, управление и понимание рецидивов .....                                       | 382        |
| Прекращение терапии и повторные сессии .....                                                  | 398        |
| Резюме .....                                                                                  | 398        |

Список литературы

# Предисловие к изданию

Перед вами книга, над которой Аарон Бек совместно с Брюсом Лиесом работал в последние годы своей жизни. Символично, что книга была завершена в день смерти Бека. Именно в этот день была закончена верстка. Это совпадение глубоко символично и наглядно характеризует тот факт, что Аарон Бек помогал как клиентам, так и сообществу специалистов до последнего дня своей жизни, являя собой пример безграничной душевной щедрости и желания помогать людям.

Аарон Бек и Брюс Лиес провели очень важную и сложную работу — они полностью переработали книгу по когнитивно-поведенческой терапии аддикций «Cognitive Therapy of Substance Abuse», которая вышла в 1993 году. Книгу, с которой вы знакомитесь, нельзя назвать переизданием — это полноценная новая книга, в которой наряду с химическими аддикциями рассматриваются поведенческие аддикции, а все вопросы рассматриваются с учетом эволюции, которая произошла в когнитивно-поведенческой терапии за последние годы.

Несмотря на значительные изменения, которые произошли в когнитивно-поведенческой терапии аддикций за тридцать лет, одно осталось неизменным — она всегда находилась на первой линии индивидуальной терапии для клиентов с аддикцией. Основополагающие труды, в которых излагались важные принципы и техники работы с аддикциями, появились еще в 1980-е годы. В дальнейшем некоторые техники были напрямую заимствованы основателями «новых» подходов когнитивно-поведенческих терапий, таких как, например, терапия принятия и ответственности. Пример такой техники — упражнение для откладывания тяги при аддикции «серфинг на гребне волны», описанной Марлаттом в книге по предотвращению рецидивов аддикций.

Книга «Когнитивно-поведенческая терапия аддикций» очень наглядно и обоснованно показывает преимущества когнитивно-поведенческой терапии — и не только для терапии аддикций. Опираю на генеративную когнитивную модель можно использовать для помощи клиенту в любой клинической или неклинической ситуации. На наш взгляд, стоит уделить особое внимание информации о взаимосвязи между направляемым открытием и мотивационным консультированием, а также о стигматизации пациентов — эти аспекты будут полезны для работы с большинством клиентов и затронут широкий круг проблем далеко за рамками только аддитивного поведения. Большой практический интерес представляет глава про групповую терапию — в ней авторы изящно, на примерах и в диалогах, показывают, насколько эффективной может быть смешанная группа для клиентов, страдающих самыми разными аддикциями.

Мы настоятельно рекомендуем не откладывая приступить к внимательному изучению этого ценного практического руководства. И конечно, еще раз благодарим авторов за их труд и великолепный подарок для профессионального сообщества. Пусть эта книга и ее активное использование специалистами станет символом памяти о великом наследии А. Т. Бека и уважения его вклада в развитие психотерапии.

## Об авторах

**Брюс С. Лиес** — доктор философии, профессор семейной медицины и психиатрии в Медицинском центре Канзасского университета и медицинский директор Центра исследований и лечения зависимостей имени Коффина Логана при Канзасском университете. Доктор Лиес занимал пост президента отделения психологии аддикций Американской психологической ассоциации (APA Division 50). Его научная деятельность сосредоточена на лечении психических расстройств и зависимостей. Он много публиковался и в настоящее время входит в состав трех редакционных советов журналов Американской психологической ассоциации (АПА). Преподает и читает курсы по аддикциям, психотерапии и доказательной практике, а также руководит стажерами-психотерапевтами. В 2003 году доктор Лиес получил благодарственное письмо президента за выдающиеся заслуги в работе отделения АПА. В 2015 году доктор Лиес получил награду «За выдающийся вклад в образование и обучение», а в 2018 году — благодарность президента АПА за заслуги перед сообществом.

**Аарон Т. Бек** — доктор медицины, вплоть до своей смерти в 2021 году был почетным профессором психиатрии в Пенсильванском университете и почетным президентом Института когнитивно-поведенческой терапии Бека. Всемирно признанный основатель когнитивной терапии, доктор Бек сформировал лицо американской психотерапии и был назван журналом «American Psychologist» «одним из пяти самых влиятельных психотерапевтов всех времен». Доктор Бек был удостоен

таких наград, как премия Альберта Ласкера за клиническую деятельность, премия за достижения от Американской психологической ассоциации, премия за выдающиеся заслуги от Американской психиатрической ассоциации, премия Джеймса Маккина Кэттелла в области прикладной психологии от Ассоциации психологических наук, а также Международная премия Сарната в области психического здоровья и премия Густава О. Лингарда от Института медицины. Является автором и редактором многочисленных книг для профессионалов и широкой публики.

# Благодарности

Доктору Аарону «Тиму» Беку было 100 лет, когда он умер. Это произошло 1 ноября 2021 года. В этот день я потерял друга, а мир — учителя и наставника. Те, кто знал Тима, и многие, кто знал о Тиме, скорбят об утрате этого выдающегося человека, отца когнитивной терапии. Для меня было честью и радостью писать эту книгу вместе с Тимом. По роковому стечению обстоятельств окончательный набор и верстка страниц книги были сделаны в день его смерти. На протяжении всего процесса написания книги я был потрясен энергией и интеллектом этого человека, который блестяще работал вплоть до последних дней своей жизни. Тим был глубоко предан идее закончить эту книгу, даже когда ему исполнилось 100 лет. Мы оба рассматривали этот проект как важную возможность создать ресурс, который поможет улучшить жизнь людей, часто не получающих достаточного внимания и чьи достоинства обычно недооцениваются.

Я также хочу выразить свою благодарность тем, кто помогал этой книге обрести жизнь. Конечно, больше всего я благодарен своей жене Кэти, моей опоре и вдохновительнице. Вот уже семь лет Кэти мягко спрашивает: «Как продвигается работа над книгой? Пишешь ли ты ее?» Я благодарен нашим удивительным дочерям, Жюстин и Джессике. Жюстин — самая восторженная поклонница, на которую только может надеяться отец. А Джесс — потрясающий советчик и мой любимый психолог со степенью доктора философии, полученной пару лет назад.

Этот текст был вдохновлен нашей первой книгой «Когнитивная терапия зависимости от психоактивных веществ» (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993). С того момента, как мы начали писать вместе, я чувствовал себя счастливым участником такого

необыкновенного партнерства с Тимом, Кори Ньюманом и покойным Фредом Райтом. Я хочу выразить свою искреннюю благодарность доктору Кори Ньюману, который является одним из самых благородных и принципиальных людей, которых я знаю. И Фреду, одному из моих самых дорогих друзей: мне тебя очень не хватает.

Мне особенно повезло, что я могу назвать своим другом Джима Нейджотта. Как старший редактор издательства The Guilford Press, Джим выполняет сизифов труд — вдохновляет авторов вроде меня заканчивать свои книги с таким же энтузиазмом, с каким мы их начинаем. Месяц за месяцем, год за годом Джим изящно наставлял и мотивировал меня. Мне хотелось бы сказать, что я тянул с этим проектом семь лет только для того, чтобы продолжать работать с Джимом. На самом деле написание этой книги заняло семь лет по многим причинам, и Джим поддерживал меня все это время. Я постоянно напоминал ему: «Мне еще многому предстоит научиться, прежде чем я смогу закончить эту книгу».

Я особенно благодарен Кори Монли за его помощь и поддержку в последние несколько лет работы над книгой. Кори, ныне студент факультета консультативной психологии, не устал читать мои черновики. Неизбежно наши ночные беседы переходили на менее значимые темы, выходящие за рамки этого текста. В результате наших долгих глубоких бесед мы стали больше похожи на семью, чем на друзей.

В процессе написания этой книги у меня появился новый друг. Виктория Уайет была научным сотрудником Тима, когда мы впервые встретились. Они с Тимом вместе читали мои главы и давали свои отзывы — сначала в письменном виде, а затем в виде коротких, поднимающих настроение видеороликов с Викторией в главной роли. Благодаря энтузиазму Виктории, с которым она отнеслась к этому тексту, работа над ним стала намного легче.

Многие люди внесли свой вклад в завершение работы над этой книгой, и я благодарен им всем. Например, я хотел бы выразить

благодарность основателям подхода SMART Recovery Тому Хорвату и Джо Герштейну. Том был моим другом на протяжении более 25 лет. Том, Джо и их команда десятилетиями разрабатывали и совершенствовали программу SMART Recovery, которая делает группы взаимопомощи на основе когнитивно-поведенческой терапии доступными для людей с аддикциями по всему миру, независимо от их уровня дохода. Трое очень внимательных членов команды SMART Recovery, Бекки, Сергей и Мэтт, были одними из тех, кто согласился прочесть поздний вариант рукописи. Их восторженная и внимательная рецензия помогла мне вывести эту книгу на финишную прямую.

Я не хочу упустить возможность выразить свою благодарность тысячам выздоравливающих пациентов, которые на протяжении многих лет делились своими проблемами и доверили мне заботу о них. Я могу только надеяться, что моя помощь была полезной.

Наконец, я хочу поблагодарить *вас* за то, что вы прочитали этот текст. Я надеюсь, что эти страницы вдохновят вас — так же, как многие мужественные выздоравливающие пациенты вдохновили меня — неустанно продолжать эту жизненно важную работу.

*Брюс С. Лиес*

# Предисловие

Представьте, что вы занимаетесь каким-то делом большую часть жизни, получая от него удовольствие, но постепенно замечаете, как эта деятельность разрушает все самое ценное в вашей жизни. Осознав губительное влияние этого занятия, вы, разумеется, пытаетесь прекратить его, но чувствуете, что не в силах этого сделать. Представьте себе, что вы повторяете это занятие снова и снова, при этом зная, что оно увеличивает вероятность преждевременной смерти. Более того, вы вынуждены заниматься этим все чаще и чаще, вместо того чтобы притормозить или остановиться. Пусть перед вашими глазами возникнет образ близких людей, говорящих вам о том, что они не будут больше терпеть ваше занятие. Добавьте к этому образ общества, стигматизирующего вас из-за вашего занятия.

Такой опыт переживают люди, пытающиеся побороть аддикции. Стыд, вина, амбивалентность, страх, сомнения, беспомощность, фрустрация и отчаяние — вот неполный список чувств и состояний, с которыми сталкиваются те, кто сопротивляется аддиктивному поведению. Эти люди вдохновили нас написать продолжение книги «Когнитивная терапия зависимости от психоактивных веществ» (Cognitive Therapy of Substance Abuse, Beck, Wright, Newman & Liese, 1993). С момента ее публикации почти 30 лет назад мы проконсультировали тысячи пациентов, которые доверились нам, чтобы совместно противостоять аддиктивному поведению.

Многие пациенты приходили в терапию, испытывая отчаяние и безысходность. Большинство потеряли все, что им было дорого: семью, друзей, дом, здоровье, работу. Некоторые из них делились этим отчаянием, например, говорили нам: «Я опустил на самое

дно» и «Если эта терапия не поможет, мне конец». После того как пациенты освоили и начали применять навыки когнитивно-поведенческого подхода, их жизнь изменилась. Они стали здоровее и счастливее, научившись контролировать свои мысли, эмоции и поведение. Многим удалось создать новые близкие отношения и восстановить прежние. Большинство нашли стабильную хорошую работу. Практически все были удивлены, что могут распоряжаться своей жизнью.

Мы многое узнали за последние 30 лет. Часть сведений мы почерпнули из опыта пациентов, кроме того, коллеги-исследователи постоянно информировали нас и вдохновляли своими выдающимися научными работами. Результаты их исследований оказали значительное влияние на наш подход, что будет отражено далее. Например, теперь мы понимаем, что:

Люди с зависимостями составляют на удивление разнородную группу.

- Не существует четкого определения выздоровления: признаки варьируются в зависимости от особенностей человека.
- Гораздо эффективнее, если пациенты сами поставят подходящие для них конечные цели терапии, чем другие примут решение за них.
- Положительный эффект КПТ для людей с аддикциями не ограничивается ремиссией заболевания, у них появляется возможность освоить широкий спектр личных навыков и навыков межличностного взаимодействия.
- В основе различных аддикций лежат общие психологические и физиологические процессы.
- Многим пациентам помимо психотерапии требуются другие ресурсы, включая группы взаимопомощи (например, программы «12 шагов» и SMART Recovery), а также курсы медикаментозного лечения.
- В обществе распространены предубеждения о зависимостях, даже среди специалистов-медиков. Необходимо стремиться осознать и преодолеть их там, где это возможно.

За последние 30 лет произошли серьезные социально-политические сдвиги в этой области. Далее в книге мы обсудим, как эти изменения отразились на нашей работе с людьми, страдающими зависимостями. Например, мы пишем о потенциальных проблемах, связанных с легализацией марихуаны в Соединенных Штатах (глава 1). Мы также рассмотрим влияние стигматизации, предрассудков и предубеждений по отношению к людям, пытающимся справиться с зависимостями (глава 4).

Мы обращаем внимание на важный вклад различных методов лечения аддикций и отмечаем, как мы интегрировали их в КПТ для лечения зависимости от психоактивных веществ, делая акцент на том, как важно тщательно проводить концептуализацию каждого случая и только затем планировать вмешательства с помощью самых подходящих терапевтических техник.

В этой книге мы описываем тенденции и прогрессивные исследования, посвященные лечению зависимости, которые появились в последние 30 лет. Например, мы:

- делаем обзор современных данных, доказывающих эффективность КПТ в лечении аддикций (глава 1);
- применяем нашу модель как для химических, так и для поведенческих аддикций (глава 1);
- представляем синдромальную модель аддикции (главы 1 и 2);
- рассматриваем генетические, нейробиологические, психосоциальные факторы и факторы окружающей среды, связанные с формированием аддиктивного поведения (глава 2);
- предлагаем метод концептуализации кейса для понимания людей, проходящих лечение (глава 3);
- подчеркиваем важность исследования влияния стигмы на терапевтический процесс (глава 4);
- объясняем взаимосвязь между направляемым открытием и мотивационным консультированием (глава 6);
- описываем 12 стандартизированных техник КПТ, помогающих пациентам, которые пытаются преодолеть аддикции (глава 7);

- применяем понятия «система 1» и «система 2» для понимания мышления, поддерживающего зависимое поведение (глава 10);
- знакомим вас с концепцией режимов Аарона Бека и применением этой концепции к работе с зависимостями (глава 11);
- даем конкретные рекомендации для групповой работы в когнитивно-поведенческом подходе (глава 12).

Надеемся, что этот материал будет полезен вам в работе с людьми, пытающимися преодолеть аддикции. Материал проиллюстрирован множеством гипотетических клиентских случаев, отражающих разнообразие пациентов с различными аддикциями и сопутствующими проблемами. Все примеры представляют собой компиляцию реальных случаев (комбинацию историй наших пациентов), имена изменены. Мы часто используем термины «расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ», «аддиктивное поведение», «аддикции». В литературных целях мы иногда чередуем эти термины, как это часто бывает на практике.

# Глава 1

## ОБЩИЙ ОБЗОР

Термин «*аддикция*» широко распространен, он используется для обозначения патологического употребления алкоголя и других психоактивных веществ, а также для обозначения случаев, когда речь идет о зависимостях, не связанных с приемом веществ, — так называемого аддиктивного поведения. В разговорной речи этот термин часто характеризует определенные устойчивые привычки. Спросите людей, страдающих от лишнего веса, почему они только что съели целую коробку брауни, и они ответят: «У меня зависимость от шоколада». Бегуны на длинные дистанции, объясняя, для чего им нужно бежать марафон, скажут: «У меня зависимость от бега». Однако что же на самом деле является аддикцией? Когда этот термин можно уместно применить к характеристике человеческого поведения?

Изложенный в книге материал одинаково применим к работе как с химическими зависимостями, так и с аддиктивным поведением. Это основано на том, что когнитивные, поведенческие, аффективные и физиологические процессы аналогичны при различных аддикциях. Также представленные данные имеют под собой огромный пласт исследований, подтверждающих надежность и валидность определенных диагнозов поведенческих аддикций. Мы рассматриваем различные подходы к определению аддикций, в том числе изложенные в пятой редакции Статистического руководства по диагностике психических расстройств (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). В DSM-5 *аддиктивное расстройство* описывается как расстройство психики, сопровождающееся поведением, которое продолжается, несмотря на его серьезные последствия и по-

рождаемые им проблемы. Относительно новым для DSM-5 (и других диагностических руководств) является замечание, что аддикция может быть разной степени тяжести, в зависимости от количества проявляющихся симптомов. Также в числе нововведений можно назвать добавление гемблинга к классификации аддикций, обсуждается вопрос об окончательном статусе аддикции от видеоигр.

Чтобы лучше понять, что такое *аддикция*, рассмотрим случай Боба, который говорит, что «пьет всего лишь одну-две бутылки пива по вечерам». После посещения кафе со своей женой Мэри Боб садится за руль, несмотря на то что уже выпил несколько бутылок пива. По крайней мере раз в неделю он просыпается с похмельем, идет на работу как в тумане, и ему сложно выполнять свои обязанности. Он отрицает другие проблемы, связанные с алкоголем (неудачные попытки сократить употребление или бросить, тягу, абстинентный синдром, проблемы со здоровьем). Мэри же начинает пить еще до полудня каждый день, несмотря на то, что врач предупредил ее о большом риске развития гипертонии. Когда она начинает невнятно произносить слова и становится чересчур сентиментальной, Боб пытается уговорить ее перестать пить, что неизбежно приводит к ссору. На следующий день она почти ничего не помнит о том, что произошло вчера. Хотя Мэри и не призналась бы в этом Бобу, она пыталась бросить пить после того, как ее несколько раз увольняли с работы. Однако каждый раз начинала снова, так как чувствовала сильную тревогу и слабость всего после нескольких часов воздержания.

Вероятно, у Боба проблемы с алкоголем в *легкой* форме. Он регулярно садится за руль в состоянии опьянения, часто испытывает похмелье, которое мешает ему работать. Из информации, имеющейся у нас о Бобе, мы не можем сделать четкий вывод, что у него зависимость. У Мэри более *серьезные* проблемы с алкоголем. Большую часть дня она находится в состоянии опьянения, у нее случаются провалы в памяти. Врачи говорят, что ей необходимо отказаться от спиртного, которое является

вероятной причиной ее артериальной гипертензии. Мэри не может бросить пить, все попытки завязать заканчиваются синдромом отмены. Она ссорится с Бобом из-за выпивки и даже несколько раз теряла работу из-за алкогольной зависимости. Учитывая все вышеперечисленные факты, мы можем сказать о наличии у нее алкогольной аддикции.

Боб и Мэри не единственная пара, страдающая от проблем с алкоголем. В 2019 году в Соединенных Штатах департаментами служб по борьбе со злоупотреблением психоактивными веществами и охране психического здоровья (SAMHSA) было организовано исследование проблем наркомании и психического здоровья (NSDUH; SAMHSA, 2020). По результатам проведенной работы было выявлено, что около 5,3 % американцев старше 12 лет (14,5 млн граждан) имеют расстройства, связанные с употреблением алкоголя. В случае с Бобом (с умеренной степенью расстройства) и Мэри (с алкогольной аддикцией тяжелой степени) особенно интересен факт того, что мужчины более склонны к алкоголизации, чем женщины (7,8 % против 4,1 %; SAMHSA, 2017).

Когда вышло издание книги «Когнитивная терапия зависимости от психоактивных веществ» (Cognitive Therapy of Substance Abuse, Beck et al., 1993), в Соединенных Штатах был разгар кокаиновой эпидемии. На данный момент Соединенные Штаты охватила опиоидная эпидемия, практически 5 % американцев старше 12 лет (приблизительно 12,5 млн) рассказали о злоупотреблении отпускаемыми по рецепту обезболивающими (SAMHSA, 2017). Основной причиной обозначения текущей ситуации как кризисной служит количество смертей, связанных со злоупотреблением опиоидов. В 2017 году от передозировки наркотиками в Америке умерли 70 237 человек старше 12 лет. Приблизительно 68 % этих смертей (47 600) пришлось на потребителей опиоидов, что на 12 % больше по сравнению с 2016 годом (Scholl, Seth, Kariisa, Wilson & Baldwin, 2018). Исследование Scholl с соавторами (2018) также показывает, что увеличение смертельных случаев во многом обусловлено злоу-

потреблением синтетическими наркотиками опиоидной группы (гидрокодон, оксикодон, трамадол и фентанил). В проведенном SAMHSA (2017) исследовании обнаружено, что большая часть людей из 12,5 млн, употреблявших обезболивающие, принимали их для облегчения физической боли (62,6 %). В качестве других причин указывали следующие: для хорошего самочувствия или эмоционального подъема (12,1 %), для расслабления или снятия напряжения (10,8 %), для улучшения сна (4,4 %), избавления от негативных эмоций (3,3 %), ради эксперимента или «просто попробовать» (2,5 %), из-за зависимости (2,3 %), чтобы усилить или снизить эффект от других наркотиков (0,9 %), по иным причинам (1,2 %). Приблизительно 53,7% злоупотреблявших опиоидами доставали их через друзей или родственников, 36,4 % получили препараты по рецепту. Только 4,9 % приобрели вещества у наркоторговцев и еще 4,9 % раздобыли обезболивающие «иным способом».

Еще одно изменение, произошедшее с 1993 года, заключается в том, что марихуана была легализована для использования в медицинских целях в 35 штатах США и для использования в рекреационных целях — еще в 15 штатах и округе Колумбия (Bromwich, 2020); и, вероятно, количество штатов, где будет разрешено это вещество, будет еще увеличиваться. Многие годы марихуана считалась «безопасным» наркотиком. Однако очевидно, что ее длительное употребление может вызвать определенные физические и психические проблемы, особенно у подростков (National Institute on Drug Abuse, 2018b; Volkow, Baler, Compton & Weiss, 2014).

Рассмотрим случай Джона, испытывающего серьезные проблемы в связи с употреблением марихуаны. Джону 30 лет. Он начал курить марихуану в старших классах и решил, что торговля каннабисом — хороший способ заработать на повседневные нужды. Некоторое время Джон посещал колледж и подружился с другими студентами, которые ежедневно курили марихуану. К середине первого семестра он почувствовал, что не справляется с академической нагрузкой. Если говорить

более точно, он курил каннабис вместо того, чтобы учиться. Он встречался с девушками, но ни одна из них не была заинтересована в серьезных отношениях с молодым человеком, все время находящимся под кайфом. Вылетев из колледжа, Джон нашел работу, связанную с благоустройством города. Но и на этом месте юноша не продержался долго, так как был уволен после ареста за хранение ста граммов марихуаны. Полицейские обнаружили у Джона наркотик, когда остановили его для стандартной проверки документов на дороге — парень находился за рулем грузовика, принадлежащего компании. С помощью адвоката семьи Джону удалось избежать тюремного заключения. Родители позволили Джону переехать к ним с условием, что он будет искать работу, но спустя год он оставил попытки трудоустройства и снова взялся за старое, вернувшись в компанию друзей, проводивших большую часть времени за курением марихуаны.

Очевидно, что у Джона серьезные проблемы с травкой. Вместо того чтобы использовать марихуану изредка в рекреационных целях, он курит ее так часто, что это влечет за собой тяжелые последствия. Джон не собирается отказываться от марихуаны, которая является причиной его проблем. Многие диагностировали бы у Джона аддикцию.

Сравним случай Джона с ситуацией Джил. В свои 40 лет женщина имеет длинную историю потребления психоактивных веществ в юности и пристрастие к азартным играм на текущий момент. В старшей школе она начала курить сигареты и марихуану, принимать кокаин и метамфетамин, злоупотреблять алкоголем. Одиннадцать лет спустя она была задержана полицией во время ссоры с парнем за нарушение общественного порядка и хранение кокаина. После непродолжительного тюремного заключения Джил сделала сознательный выбор отказаться от наркотиков. Она нашла работу в вечернюю смену на местном заводе, переехала в апартаменты и через какое-то время смогла позволить себе купить машину. Женщина регулярно посещала встречи Анонимных алкоголиков (АА), и эта программа реабили-

литации оказалась для нее полезной. На встречах она познакомилась с Гэри, и спустя год они поженились.

Проблема с азартными играми началась у Джил довольно невинно: коллега пригласил ее в казино после работы «расслабиться и немного развлечься». Попав туда, Джил отметила, что чувствовала себя, как «ребенок в кондитерской лавке». Ей не верилось, что в столь поздний час где-то может быть так весело: яркие огни, мигающие игровые автоматы, звон и гудки впечатлили ее. Посетители вокруг курили и пили. Джил с удивлением поймала себя на мысли, что ее больше притягивали мерцание и звуки игровых автоматов, чем алкоголь и сигареты. В скором времени она почувствовала «странное ощущение», знакомое возбуждение, которое она испытывала при приеме алкоголя и наркотиков. «Это было потрясюще!» Она могла достичь привычного кайфа без употребления веществ, формирующих аддикцию. По завершении ее первого игрового вечера Джил знала наверняка, что подседа. Как и следовало ожидать, через несколько месяцев Джил посещала казино практически ежедневно. Женщина не принимала психоактивные вещества, но при этом описывала «небольшой похмельный синдром после ночной игры». Вскоре у нее появились те же проблемы с азартными играми, какие она испытывала ранее с алкоголем и наркотиками: ей все время хотелось еще, сколько бы она ни играла; занимаясь чем-то другим, Джил фантазировала об игре. Она брала деньги из собственных накоплений и спускала все в казино, лгала Гэри, что проводит время с друзьями, ощущая при этом потерю контроля и неспособность остановиться. Как бы она ни старалась, прекратить это было невозможно. На самом деле попытки отказаться от игры давались Джил еще труднее, чем борьба с другими аддикциями. В конце концов серьезные финансовые проблемы привели ее к банкротству и разводу. Как видно из этого примера, проблемы, связанные с гемблингом — поведенческой аддикцией, — могут приводить к таким же негативным последствиям, как и злоупотребление психоактивными веществами.

## ХИМИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ АДДИКЦИИ: БОЛЬШЕ СХОДСТВ, ЧЕМ РАЗЛИЧИЙ

Говард Шаффер значительно обогатил наши знания об аддикциях своими исследованиями гемблинга и тем, что он выявил *синдром аддикции* (Shaffer, 2012; Shaffer & Hall, 2002; Shaffer et al., 2004). Шаффер и его коллеги описывают этот синдром как комплексный паттерн, лежащий в основе любого зависимого поведения. Они не рассматривают каждую аддикцию (например, алкоголь, марихуану, опиоиды, азартные игры) по отдельности, исходя из того, что все люди с зависимостью имеют схожие предыстории, триггеры в недавнем прошлом и последствия (то есть симптомы, первые проявления, осложнения). Согласно этой модели, поведенческие и химические аддикции — просто *объекты*, которые способны «сместить субъективный опыт» (Shaffer, 2012). Эти химические и поведенческие триггеры активизируют одни и те же центры вознаграждения мозга. Синдром аддикции включает в себя сочетание работы нейробиологических центров, психосоциальных ситуаций и предыдущего опыта. Вещества или поведение, вызывающие аддикцию, стимулируют систему вознаграждения мозга похожим образом; у зависимых людей наблюдаются идентичные психологические проблемы; развитие аддикции и ее течение похожи для разных вариантов аддиктивного поведения. Таким образом, модель делает упор на общие черты различных аддиктивных процессов.

Важно понять, что на начальном этапе аддиктивное поведение дает положительный эффект, и это та причина, из-за которой люди продолжают это поведение. Алкоголь способствует снятию напряжения, возбуждает и растормаживает; опиоиды облегчают боль; гемблинг манит перспективой большого выигрыша и создает волнительное предвкушение и т. д. Именно достижение этих желаемых эффектов для зависимого человека перевешивает негативные последствия, по крайней мере внача-

ле. Пока человек уверен, что позитивные последствия важнее, чем негативные, ему будет трудно устоять перед аддитивным поведением.

Безусловно, зависимое поведение ассоциируется с различными серьезными негативными последствиями. Шаффер с соавторами (2012, 2004) наглядно разделили негативные последствия на две категории: свойственные каждой конкретной аддикции и присущие всем аддикциям в общем. К числу *уникальных* отрицательных последствий можно отнести цирроз печени (алкоголь), заболевания легких и сердечно-сосудистой системы (курение), финансовые проблемы (азартные игры), правонарушения (психоактивные вещества), смерть от передозировки (опиоиды). В числе *общих* отрицательных последствий можно назвать привыкание, синдром отмены, рецидивы, сопутствующие психические расстройства, социальную изоляцию, криминальное поведение, стигматизацию и др. Главная цель КПТ в работе с зависимостями — помочь человеку осознать отрицательное влияние аддикций и вместе с тем помочь понять, что предвосхищение положительных эффектов их укрепляет.

Другой вариант описания механизмов и химических, и поведенческих аддикций был предложен Марком Гриффитсом, который провел обширное исследование и опубликовал сотни научных статей на тему поведенческих аддикций. Гриффитс говорил, что «большинство общепринятых определений аддикций концентрируются на употреблении наркотических средств» (Griffiths, 2005, p. 192). Он, в свою очередь, предлагает взять за основу шесть компонентов, которые прежде всего отражают процесс формирования аддикций и механизм их протекания, а не фокусируются на отдельных веществах и поведении:

1. **Значимость.** Чтобы к веществу или к поведению возникло привыкание, оно должно быть значимо или важно для человека. Значимость может проявляться в чрезмерном потреблении или вовлечении в какие-то действия, а также в постоянных навязчивых мыслях о веществе или поведении. Высокий уровень значимости может сам по себе рассматриваться как

навязчивые мысли или озабоченность аддиктивным поведением.

2. **Изменение настроения.** Чтобы вещество или поведение вызвало привыкание, оно должно влиять на эмоции, чувства или настроение. Некоторые люди стремятся достичь более «приподнятого» состояния (оживления, веселья, энергии), другие зависимые люди ищут «успокоения» (расслабления, снятия напряжения). Для многих людей желаемым изменением является уменьшение физической боли, тревоги, депрессии, гнева или отвержения.
3. **Привыкание (толерантность).** Если требуется увеличение количества вещества или более частое совершение соответствующего паттерна действий для достижения прежнего эффекта, то говорят о формировании привыкания, что является важным индикатором аддикции.
4. **Синдром отмены.** Многие люди, пытающиеся прекратить аддиктивное поведение, испытывают негативные физические или психологические симптомы, так называемый абстинентный синдром, или синдром отмены. Степень тяжести синдрома отмены зависит от множества факторов: частоты и характера аддиктивного поведения, а также специфики вещества или поведения. Например, синдром отмены алкоголя может вызвать судороги и смерть, отмена опиоидов нередко сопровождается приступами лихорадки, отказу от гемблинга сопутствует тревога и депрессия.
5. **Конфликт.** Термин «конфликт» ассоциируется с разногласиями между двумя людьми. Так или иначе, в контексте зависимостей этот термин можно отнести и к межличностному, и внутриличностному конфликту. Например, самый типичный в данном случае внутренний конфликт можно выразить мыслью: «Мне действительно не следовало бы этого делать».
6. **Рецидив.** Не так просто изменить, снизить интенсивность или отказаться от зависимого поведения, вероятно, поэтому многие рассматривают рецидив как характерную черту аддикций.

Модель Гриффитса проста для понимания пациентов. Например, когда Джон (из примера выше) начинал терапию, он спросил: «Как вы думаете, у меня аддикция?» В ответ на это психотерапевт объяснил шестикомпонентную схему Гриффитса, и Джон согласился: «Все эти пункты, похоже, мне подходят».

Приведенные модели, описывающие злоупотребление психоактивными веществами и зависимое поведение, имеют важное практическое применение и между ними существуют значительные пересечения. Мы предлагаем психотерапевтам ознакомиться с каждой из моделей, обратив внимание на их плюсы. Например, справочное руководство DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) предлагает специалистам четкие диагностические критерии. Описанный Шаффером синдром аддикции (Shaffer et al., 2004; Shaffer, 2012) имеет уникальную, основанную на исследованиях теоретическую базу. Модель Гриффитса (2005) обращается к химическим и поведенческим аддикциям в простой манере, понятной большинству пациентов.

Как упоминалось ранее, мы взаимозаменяемо используем термины *аддикция*, *злоупотребление психоактивными веществами* и *зависимое поведение*. Мы выступаем за термины, которые *минимизировали бы стигматизацию*, предвзятое отношение к пациентам и навешивание негативных ярлыков. Например, мы избегаем терминов, негативно характеризующих личность, таких как «*алкоголик*», «*наркоман*». Вместо этого применяем обозначение «человек, имеющий проблемы с (алкоголем, наркотиками, азартными играми и т. д.)». Мы также не используем такие термины, как «*грязная моча*», понимая, что это может звучать предосудительно (Kelly, Wakeman & Saitz, 2015).

## КПТ В РАБОТЕ С АДДИКЦИЯМИ

Заблуждения о когнитивно-поведенческой терапии широко распространены (Gluhoski, 1994). Участники наших мастер-классов и практических семинаров часто говорят: «Ваша терапия в КПТ-подходе отличается от того, что я изучал». Прежде чем описывать

наш подход в работе с зависимостями, мы хотели бы уточнить, что *не имеет* отношения к КПТ. Ниже представлены некоторые ошибочные представления о КПТ:

- КПТ просто набор стандартизированных техник, как коробка с фокусами.
- КПТ линейна и механистична, применять ее — все равно что пользоваться рецептами из кулинарной книги.
- КПТ преуменьшает значимость раннего жизненного опыта пациента, особенно детских переживаний.
- КПТ недооценивает важность межличностных взаимоотношений пациента (например, отношений в семье и с друзьями).
- КПТ сводит к минимуму важность терапевтических отношений.
- КПТ обязательно проводится в краткосрочном формате.
- КПТ ставит целью исключительно воздержание от зависимого поведения и не рассматривает другие психологические проблемы.
- КПТ настолько эффективный метод, что клиницисты должны ожидать от пациентов решения всех проблем с аддикциями и получения существенных результатов от терапии.

Большинство стереотипных представлений о КПТ изображают терапевтов скорее как роботов, чем как реальных людей. Этот искаженный образ тянется со времен зарождения когнитивно-поведенческого подхода (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979):

Техники когнитивно-поведенческого подхода зачастую кажутся обманчиво простыми. Вследствие этого начинающие терапевты могут придавать слишком большое значение техникам в ущерб человеческому аспекту взаимодействия между терапевтом и пациентом. Когда происходит такая подмена, терапевт может начать относиться к пациенту в некотором смысле как компьютер к компьютеру, чем как одна личность к другой. Некоторые молодые специалисты, наиболее успеш-

ные в применении специфических техник, воспринимаются пациентами как действующие автоматически, манипулирующие и более заинтересованные в техниках, чем в самом клиенте. Важно помнить, что техники предназначены для применения тактичным, терапевтичным и гуманным образом, специалистом, который может ошибаться.

В действительности КПТ является комплексным подходом, который более детально мы описываем в последующих главах. Аддикции характеризуются хроническим течением, усугублением проблем, периодическими рецидивами. Исходя из этого КПТ в работе с зависимым поведением и злоупотреблением психоактивными веществами требует продолжительного участия пациента в терапии (McLellan, 2002; McLellan, Lewis, O'Brien & Kleber, 2000). Конечно, длительность терапии зависит от множества индивидуальных факторов и сопутствующих обстоятельств. Более того, аддиктивное поведение часто носит характер порочного круга, так как иницируется с целью регуляции эмоций, но в конечном итоге провоцирует аффективные нарушения, которые закрепляют и усугубляют исходную аддикцию. В результате лечение редко проходит по линейной схеме, с четким началом, серединой и концом. Скорее у пациентов, обратившихся по поводу зависимости от психоактивных веществ, часто наблюдается чередование успехов и неудач. Для достижения эффекта от терапии необходимо тщательно разобраться и понять (в том числе с помощью концептуализации кейса) каждого пациента. Концептуализация кейса должна включать в себя информацию о ранних и текущих обстоятельствах жизни пациента (контекст). Пока мы не выясним соответствующего контекста, трудно (а то и вовсе невозможно) понять причины аддиктивного поведения человека и определить препятствия на пути к изменениям. Например, не зная об анамнезе заболевания и жизни клиента, в том числе о его семье или близких отношениях с другими людьми, страдающими от зависимостей, трудно понять устойчивость его расстройства. Кроме того, если терапевт не проводит скрупулезную концептуализацию кейса и не заботится о качестве

терапевтического альянса, основанного на сотрудничестве, то пациент, с высокой вероятностью, не будет вовлечен или бросит терапию (Brorson, Arnevik, Rand Hendriksen & Duckert, 2013; Liese & Beck, 1998).

Не существует единственно верной практики КПТ. На самом деле многие опытные специалисты по КПТ, а также ученые-исследователи говорят о КПТ во множественном числе (когнитивно-поведенческие терапии). Каждое из этих направлений успешно применяется в лечении зависимого поведения: терапия принятия и ответственности (ACT; Hayes, Strosahl & Wilson, 2012), поведенческая активация (BA; Daughters et al., 2018; Daughters, Magidson, Lejuez & Chen, 2016), управление кризисными ситуациями (contingency management — CM; Petry, 2012), укрепление социальных связей и семейная терапия (community reinforcement and family therapy — CRAFT; Meyers & Squires, 2001), диалектическая поведенческая терапия (DBT; Linehan, 2015), майндфулнесс для предотвращения рецидивов (Bowen, Chawla, Grow & Marlatt, 2021; Witkiewitz, Marlatt & Walker, 2005) и др.

Особенно хочется отметить заслуги Алана Марлатта в разработке техник, направленных на профилактику рецидивов (Marlatt & Gordon, 1985), которые открыли возможность применения КПТ в работе с аддикциями. Доктор Марлатт и другие ученые внесли огромный вклад в продвижение КПТ для терапии аддикций, и мы признаем, что их важные открытия оказали значительное влияние на материалы, представленные в этой работе.

### ***Пять главных составляющих КПТ в работе с аддикциями***

Со времени публикации «Когнитивной терапии зависимости от психоактивных веществ» мы усовершенствовали и проработали наш подход как для индивидуальной, так и для групповой формы КПТ (Liese, 2014; Liese, Beck & Seaton, 2002; Liese & Tripp, 2018; Wenzel, Liese, Beck & Friedman Wheeler, 2012). Удобно

и наглядно КПТ можно представить как терапию, состоящую из пяти основных компонентов: 1) структурированность, структура (structure); 2) сотрудничество (collaboration); 3) концептуализация случая; 4) психообразование; 5) стандартизированные техники. Мы обнаружили, что все направления КПТ делают упор на эти составляющие, хотя и в различной степени. Сами компоненты кратко описаны в параграфах далее, затем в тексте книги вы найдете их детальное обсуждение.

**Структурированность** — процесс, необходимый для сохранения фокуса внимания на обсуждении заданной темы на всем протяжении терапевтической сессии. Большинство терапевтов (и многие пациенты) в самый разгар консультации не раз ловили себя на мысли: «Какое отношение к заявленной проблеме имеет эта беседа?» или «Зачем мы говорим о посторонних деталях, которые уведут нас от главной темы?» Когда сессия КПТ проходит успешно, дискуссия всегда касается главного вопроса. Когнитивно-поведенческая терапия задумана как структурированный подход, сфокусированный на оказании помощи, в том числе людям с зависимостями.

Структура в КПТ также включает в себя организацию сессий таким образом, что сначала определяются и формулируются проблемы. Наш подход КПТ может использоваться в индивидуальной, семейной и групповой формах. Когда мы имеем дело с индивидуальной терапией, мы начинаем каждую сессию с определения повестки. Этот процесс может носить формальный или более свободный характер в зависимости от пациента и других обстоятельств. К примеру, хорошо организованные пациенты, находящиеся в состоянии минимального стресса, могут предпочитать четко структурированные сессии, в то время как менее организованные или пациенты с выраженным уровнем дистресса могут получить больше пользы от гибкой структуры. После формулирования повестки обычно оценивают эмоциональное состояние пациента, устанавливают связи с предыдущей сессией, расставляют приоритеты в рассмотрении вопросов повестки и переходят к решению проблем. В групповой терапии пациенты

называют свои имена, рассказывают об аддикциях, обстоятельствах ситуации, в которой развилась аддикция, целях терапии. Структура индивидуальной и групповой сессий КПТ позже будет рассмотрена подробно.

**Сотрудничество** обычно считается ключом к установлению терапевтического альянса или взаимоотношений. Способность создавать альянс с разными пациентами является необходимой составляющей работы эффективного терапевта, и навыки межличностного взаимодействия позволяют образовать такой альянс (Wampold, Baldwin, Holtforth & Imel, 2017). Мы рекомендуем терапевтам обратить внимание на развитие этих навыков, они очень пригодятся в практике КПТ. Несмотря на кажущуюся простоту этих умений, многим терапевтам сложно проявлять теплоту и эмпатию по отношению к пациентам, то и дело срывающимся из ремиссий в рецидивы.

Совместная постановка целей и движение к ним также чрезвычайно важны для терапевтических отношений. На практике согласование целей зачастую оказывается более сложным, чем этого может ожидать терапевт. Многие пациенты чувствуют неуверенность, когда от них требуют стремления к достижению целей, которых им не удалось достичь в прошлый раз. Учитывая коварную природу закрепляющихся и усиливающихся со временем аддикций, многим пациентам трудно сохранять мотивацию к изменениям. Энтузиазм пациентов относительно достижения определенных целей колеблется день ото дня, в зависимости от настроения, обстоятельств и т. д. Чтобы установить надежное сотрудничество с пациентом, терапевту важно избегать эмоциональных реакций в ответ на успехи и провалы клиента, связанные с целями терапии.

**Концептуализация случая** включает идентификацию, организацию и интеграцию мыслей, убеждений, триггеров, схем, преобладающих эмоций и поведенческих реакций пациента с учетом того, как они развивались. Существенными компонентами концептуализации являются дружеские, семейные и другие значимые для пациента отношения. Важными факторами