

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 потрясающе!» 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 аддиктивным 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 инициируется 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 расстройств. 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 (АСТ; Hayes, Strosahl & Wilson, 2012), поведенческая активация (ВА; Daughters et al., 2018; Daughters, Magidson, Lejuez & Chen, 2016), управление кризисными ситуациями (contingency management — СМ; 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 уводят 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

могут быть медицинские, психологические, психиатрические проблемы, лежащие в основе или усугубляющие зависимое поведение. Некоторые пациенты используют аддиктивное поведение в качестве самопомощи в борьбе с тревогой, депрессией, биполярным расстройством и шизофренией или, например, опиоиды для «лечения» физической боли. Для точной концептуализации случая терапевтам необходимо владеть навыками эффективного слушания и способностью сопереживать пациентам, зачастую совершающим саморазрушительные действия. Кроме того, терапевты должны уметь формулировать гипотезы с учетом этиологии и функции аддиктивного поведения в жизни пациента — затем проверять эти гипотезы на клинических сессиях с пациентом.

Психообразование предполагает передачу знаний или навыков: напрямую, через моделирование или в процессе активного *рефлексивного* слушания. Иногда терапевтам целесообразно объяснить клиентам концепции и процессы КПТ, но в других случаях эта информация может восприниматься пациентами как несвоевременная или неуместная. Поиск подходящего момента для обучения принципам КПТ является важной частью процессов концептуализации случая и установления терапевтического сотрудничества.

Стандартизированные техники — это структурированные вмешательства, направленные на изменения в когнитивной, поведенческой или аффективной сферах. В качестве примеров техник КПТ можно привести поиск преимуществ и недостатков, запись автоматических мыслей, функциональный анализ. Эти и другие стандартизированные техники будут описаны подробно в главе 7. Как упоминалось ранее, одно из самых распространенных заблуждений по поводу КПТ заключается в том, что люди отводят стандартизированным упражнениям роль центрального механизма терапии. На самом деле, чтобы выбрать подходящую для пациента технику, требуется внимательный разбор и концептуализация случая, а также установление терапевтического альянса на основе сотрудничества.