

---

# **МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ**

---

**Кафедра детской психиатрии, психотерапии  
и медицинской психологии**

**М. Ю. Городнова**

## **КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

**Учебное пособие**

**Санкт-Петербург  
Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова  
2013**

УДК 615.851:616.89-008.441.33

ББК 53.57:51.1(2)5

Г70

Г70 Городнова М. Ю. Когнитивная психотерапия в работе с наркологическими больными: учеб. пособие. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013. — 48 с.

**Рецензент:**

*С. Ю. Калишевич* — д-р мед. наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии.

В учебном пособии рассматривается проблема оказания психотерапевтической помощи больным наркологического профиля. Рассмотрены основные теоретические концепты когнитивной терапии, лежащие в основе когнитивно-поведенческих методик, применяемых в работе с наркозависимыми пациентами. Представлены иллюстрации психотерапевтических индивидуальных и групповых сессий в парадигме когнитивной терапии. Изложены методические комментарии к приведенным примерам.

Учебное пособие предназначено для специалистов, работающих в области оказания специализированной наркологической помощи: врачей психиатров-наркологов, психотерапевтов, клинических (медицинских) психологов, а также может быть полезно для специалистов по социальной работе, социальных работников и всем тем, кто интересуется когнитивной психотерапией.

Утверждено в качестве учебного пособия  
Методическим советом ГБОУ ВПО  
СЗГМУ им. И. И. Мечникова,  
протокол № 4 от 16 мая 2013 г.

© Городнова М. Ю., 2013

© Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013

---

Подписано в печать 10.06.2013 г. Формат бумаги 60×84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>.

Бумага офсетная. Гарнитура NewtonС. Печать офсетная.

Уч.-изд. л. 2,1. Усл. печ. л. 2,8. Тираж 100 экз. Заказ № 271.

Санкт-Петербург, Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова  
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.

Отпечатано в типографии СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	4
Глава 1. Теория и методология когнитивной психотерапии .....	7
1.1. Когнитивная психология .....	7
1.2. Когнитивная теория А. Бека .....	7
1.3. Когнитивная концептуализация.....	11
1.4. Принципы когнитивной терапии .....	12
1.5. Цели когнитивной терапии .....	14
1.6. Этапы когнитивной терапии.....	14
Глава 2. Практические примеры когнитивной психотерапии в работе с наркозависимыми пациентами .....	24
2.1. Индивидуальная когнитивная психотерапия.....	24
2.2. Групповая когнитивная психотерапия .....	43
Заключение .....	46
Тестовые вопросы и задания .....	47
Список рекомендуемой литературы.....	48

## **ВВЕДЕНИЕ**

Проблема оказания психотерапевтической помощи наркозависимым пациентам остается в центре внимания специалистов, работающих в этой области. Решая вопрос о предпочтении в выборе психотерапевтического метода, специалист должен отталкиваться от современных знаний, практик и, непременно, собственного предпочтения и идентификации себя как специалиста — врача-психотерапевта определенного направления.

Большинство специалистов, и мы в том числе, считают когнитивно-поведенческую психотерапию терапией выбора в работе с наркозависимыми пациентами, особенно на первых этапах работы. В своей книге 2005 г. «Психодинамические аспекты аддикций» М. Weegmann и R. Kohen подчеркивают, что в области наркомании из 100 обследованных лишь незначительное меньшинство пригодно для психодинамической терапии, но, вероятно, более чем 50-ти удастся помочь в рамках когнитивно-поведенческого и других психотерапевтических подходов. Остальным показаны только соматическое лечение, заместительная терапия и чисто поведенческие подходы. Когнитивно-поведенческие подходы могут помочь первичным пациентам перейти к терапии, больше ориентированной на инсайты. Наш французский коллега, с которым нам удалось обменяться опытом, доктор Мишель Лис считает, что целостная психотерапия психоаналитического типа играет свою роль в реконструкции или конструкции идентичности потребителя наркотиков, но очевидно, она недостаточна для работы по депрограммированию «информационного вируса зависимости».

Опыт нашей работы с наркозависимыми пациентами свидетельствует, что психотерапевтические мишени в различные этапы становления ремиссии повторяются, и психотерапия строится по принципу раскручивающейся, углубляющейся спирали, каждый виток которой определяет глубину исследования и проработки проблемы, возможное время, затраченное на разрешение проблемы,

и может указывать на выбор психотерапевтического метода. Эти наши соображения перекликаются с мнением упомянутых ранее известных исследователей в области аддикции Мартина Веегмана и Роберта Кохена. Ими было выдвинуто предположение о том, что когнитивно-поведенческий подход к предотвращению рецидивов, осуществляемый в контексте «ступенчатой помощи», помогает объединить терапевтические методы, основанные на различных теоретических направлениях в области наркозависимости. Так, подход, предусматривающий место для когнитивно-поведенческих методов, особенно на ранних стадиях терапии, может также способствовать гибкости в отношении минимального (предшествующего психотерапии) периода воздержания, на котором настаивают многие ориентированные на психоанализ терапевты.

В своих работах мы неоднократно подчеркивали и продолжаем настаивать на том, что лечение и реабилитация наркологических больных — длительный, преемственный и многоступенчатый процесс. Психотерапия является лишь частью мультипрофессиональной системы медико-психолого-социальной реабилитации, важным, но далеко не единственным ее звеном. Лишь слаженная работа в команде специалистов разных специальностей позволяет оказывать наиболее эффективную помощь этой сложной в плане нозологии группе пациентов.

Чем привлекательна когнитивная психотерапия для отечественных врачей-психотерапевтов? Во-первых, это направление обучающее как для самого специалиста, так и для пациента. Модель «учитель—ученик», лежащая в основе когнитивной модели, остается заманчивой для пациента, желающего овладеть контролем над собственным поведением и жизнью; помимо этого, она «лишает» его статуса больного, способствуя субъект-субъектным отношениям в психотерапии.

Во-вторых, в представленной доступной для врачей литературе достаточное количество переведенных на русский язык книг признанных зарубежных авторов — представителей когнитивной терапии: А. Бек, Дж. Бек, А. Эллис, А. Лазарус.

В-третьих, это возможность для психотерапевта самообучения данному методу. Безусловно, лучшее обучение это обучение в рамках длительного овладения методом под руководством сертифицированных когнитивных терапевтов, супервизоров, прохождение собственной терапии, но такой вид обучения продолжает оставаться

малодоступным для отечественных психотерапевтов. Мы глубоко уверены, что заниматься собственным психоанализом или гештальт-терапией невозможно, но возможно заниматься самоисследованием и коррекцией когнитивных искажений, чему в немалой степени способствует современная литература. Так, полное руководство по когнитивной психотерапии Джудит Бек, изданное в России в 2006 г., предоставило возможность автору не только познать, как работает когнитивный метод, но разрешить собственные затруднения.

В-четвертых, когнитивная терапия весьма структурирована, что позволяет снизить уровень тревоги, свойственный как начинающему терапевту, так и пациенту. Именно структурированность является важной поддержкой для всех участников терапии.

В-пятых, когнитивная терапия опирается на высокую активность пациента, имеет в своем арсенале множество упражнений, обязательным элементом терапии является выполнение домашних заданий.

Данное учебно-методическое пособие предназначено для изучения разделов и тем учебных программ циклов общего и тематического усовершенствования на этапе последипломного образования: «Психотерапия аддиктивного поведения, алкоголизма, наркомании и токсикомании», «Когнитивно-поведенческая психотерапия», «Клинико-психологические и психотерапевтические аспекты наркологических заболеваний у детей и подростков».

Пособие содержит две главы. В первой главе рассматриваются теоретические и методологические вопросы когнитивной психотерапии в практике работы с наркологическими пациентами. Вторая глава содержит иллюстрации работы в индивидуальной и групповой когнитивной психотерапии, комментарии к клиническим примерам. В конце даны контрольные вопросы и приведен список рекомендуемой литературы по изучаемой теме.

## **Глава 1. ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

Изложение материала в данном пособии базируется на постулатах когнитивной психологии и теории и практике когнитивной терапии А. Бека.

### **1.1. Когнитивная психология**

Согласно мнению известного американского теоретика и преподавателя психологии Н. Смита когнитивная психология, определяющая теоретическую базу когнитивной терапии, относится к органоцентрическим системам психологии и является доминирующей со второй половины XX века. Ее конструктами являются: обработка информации, разум, сознание, мозговая каузация (brain causation) и внутренняя репрезентация. Когнитивная психология перенесла акцент на внутреннюю причинность, в противовес внешней причинности, акцентируемой S–R-бихевиоризмом. Следует отметить, что когнитивная психология представляет собой не единую систему психологии, а целый ряд в различной степени согласующихся между собой концепций. Также когнитивная психология является частью когнитивной науки — междисциплинарного подхода, включающего в себя психолингвистику, философию, антропологию, нейропсихологию и теорию вычислительных систем.

### **1.2. Когнитивная теория А. Бека**

Согласно когнитивной теории А. Бека «Ключ к пониманию и решению психологических проблем лежит в сознании пациента»:

- проблемы возникают из искажений реальности, основанных на ошибочных предпосылках и допущениях;
- неправильные представления возникают в результате неправильного научения;

- при патологии на переработку информации оказывает влияние систематическое предубеждение, специфичное для каждой формы патологии.

В соответствии с теорией личности по А. Беку ее структура состоит из четырех слоев, каждый последующий слой более глубок и труден для исследования и реконструкции (рис. 1).



**Рис. 1.** Структура личности по А. Беку

Ядро личности определяют **глубинные убеждения** (абсолютизированные, обобщенные, укоренившиеся представления пациента о себе и окружающих). Джудит Бек выделяет две категории ядерных убеждений: беспомощности и неприятия. Примером категории беспомощности могут служить следующие убеждения: «Я беспомощен», «Я бессилён», «Я не контролирую ситуацию», «Я слаб», «Я в ловушке», «Я ни на что не способен» и др. К категории неприятия относятся следующие убеждения: «Меня не любят», «Я непривлекателен», «Я нежеланный», «Меня не хотят», «Обо мне не заботятся», «Я плохой», «Я ненужный» и др. Работая с наркозависимыми, мы часто встречаемся с обеими категориями, лежащими в основе базальной схемы. Примечательно, что первый шаг широко распространенной в лечении наркозависимых программы «12 шагов» формирует у пациента новое убеждение, при этом опираясь на



уже имеющееся: «Я бессилен перед болезнью и не способен контролировать свою жизнь».

**Промежуточные убеждения** формируются на основе глубинных убеждений. Они зачастую не поддаются четкому выражению словами и включают *отношения, правила и предположения*. Узнать их можно по ключевым словам (в приведенном ниже примере выделены курсивом). Так, промежуточные убеждения отношения начинаются со слов, выражающих отношение к глубинному убеждению. Правила определяют, как нужно обходиться с имеющимся глубинным убеждением, а предположения указывают на то, что случится или нет в том или ином случае. Приведем пример на основе глубинного убеждения «Я не контролирую ситуацию». Отношение: «*Ужасно*, когда теряешь контроль». Правило: «*Нужно* все контролировать». Предположение: «*Если* я потеряю контроль, *то* моя жизнь рухнет». Но в случае иного жизненного опыта могут сформироваться и другие промежуточные убеждения. Например, «*Ужасно*, когда тебя контролируют», «*Надо*, во что бы то ни стало, избавляться от контроля», «*Если* меня будут контролировать, *то* я буду ни на что не способен». Эти убеждения влияют на восприятие человеком ситуации, которое в свою очередь определяет способ его мышления, а затем — его эмоции и поведение. Следует отметить, что базальная схема — связь глубинных и промежуточных убеждений, индивидуальна для каждой личности и формируется в результате взаимодействия с миром и другими людьми, что приводит к формированию и усвоению определенных выводов, т. е. убеждений, точность и функциональность которых могут варьировать. Как правило, особую роль в формировании глубинных и промежуточных убеждений играет ранний опыт общения с близкими. Однако когнитивный терапевт уверен, что человеку под силу отказаться от дисфункциональных убеждений и приобрести новые, которые будут более функциональными и реалистичными. Этой цели можно достичь в процессе когнитивной терапии.

**Автоматические мысли** — это поток мышления, который существует параллельно с более явным потоком мыслей. Дисфункциональные автоматические мысли почти всегда негативны, кроме тех случаев, когда пациент страдает манией или гипоманией, нарциссическим расстройством либо употребляет психоактивные вещества (ПАВ). Именно поэтому, оценивая свое состояние в употреблении пациента, зависимые от ПАВ, часто дают ему позитивную характеристику:

«Было спокойно, весело, приятно и т. д.». Автоматические мысли мимолетны и обрывочны, и пациент замечает лишь «хвост» — эмоциональную реакцию, которая возникла в ответ на мысль, точнее на ее содержание. Автоматические мысли могут принимать вербальную и визуальную формы. Они могут иметь стенографический вид и звучать в форме вопроса: «Ну, нет!», «Что это?» и т. д. К автоматическим мыслям нет критики, а чаще они и вовсе не осознаются. Но именно с них начинается работу когнитивный терапевт, так как именно они наиболее близки к осознанию, а значит и коррекции.

**Когнитивные искажения** это систематические ошибки в суждениях. По данным разных авторов их более 30 видов. Наиболее распространенные из них следующие.

- Персонализация — интерпретация событий в аспекте личных значений. «Все говорят обо мне».
- Дихотомическое мышление — мышление крайностями. «Либо все, либо ничего».
- Выборочное абстрагирование (извлечение) — придание огромной важности детали, извлеченной из контекста, при игнорировании другой информации. «Если мать не пришла в больницу, то это значит, что она меня не любит».
- Произвольное умозаключение — бездоказательное или противоречащее очевидным фактам. «Я не смогу отказаться от наркотиков».
- Сверхгенерализация — неоправданное обобщение на основе единичного случая. «Все срываются».
- Катастрофизация — преувеличение последствий каких-либо событий. «Срыв — это конец реабилитации, крест на моем будущем».
- Увековечивание — превращение кратковременных явлений в долговременные. «Я навсегда останусь наркоманом».
- Поиск виновного — поиск того, кого можно обвинить, когда что-то не ладится. «Во всем виноваты мои родители».
- Перфекционизм — быть во всем первым. «Делать лучше всех».
- Претензии на титул — быть исключительным. «Не царское это дело!»

Систематические ошибки мышления улавливаются в речи и могут служить материалом для обсуждения и коррекции в случае их ригидности.

### 1.3. Когнитивная концептуализация

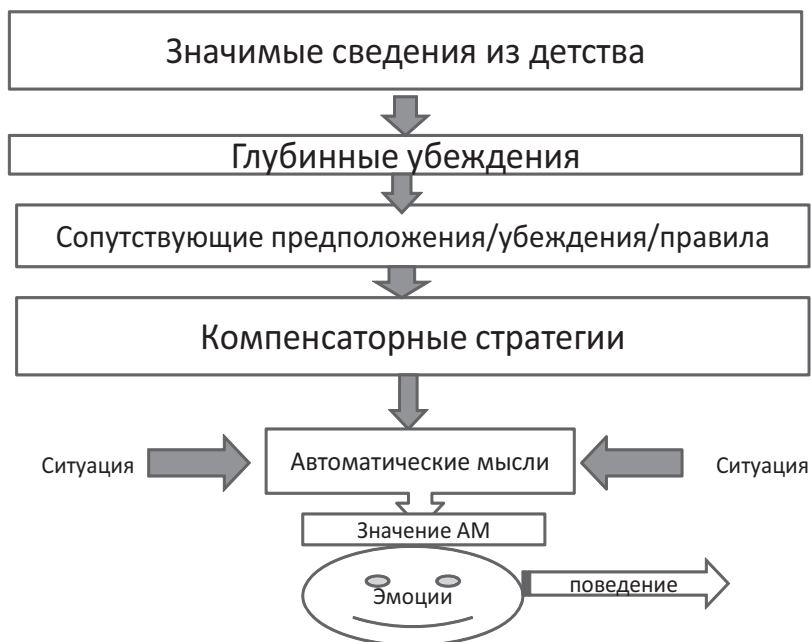
Когнитивный терапевт работает с когнитивной концептуализацией случая. Это обеспечивает терапевту точку отсчета для последующего глубокого понимания пациента. Терапевту стоит поразмышлять над следующими вопросами, обозначенными Дж. Бек:

- Чем страдает пациент? Каков его диагноз?
- Каковы его текущие проблемы; как они возникли и за счет чего существуют? (Для пациентов наркологического профиля весьма важно четко обозначить перечень всех проблем.)
- Какие дисфункциональные мысли и убеждения пациента поддерживают эти проблемы; какие реакции (эмоциональные, физические и поведенческие) возникли в результате такого искаженного мышления?

Затем терапевт формулирует гипотезу о причинах возникновения у пациента данного расстройства.

- Какие установки, усвоенные в раннем возрасте, пережитый опыт и, возможно, генетические факторы способствовали возникновению проблем?
- Каковы глубинные убеждения пациента (включая отношения, ожидания и правила), а также каковы его типичные мысли?
- За счет каких когнитивных, эмоциональных и поведенческих механизмов, позитивных и негативных, пациент уравнивает свои дисфункциональные убеждения? Как он воспринимал (и воспринимает) себя, окружающих людей, свой внутренний мир и свое будущее?
- Какие стрессовые факторы могли способствовать возникновению его психологических проблем или нарушить его способность разрешить эти проблемы?

Терапевт приступает к созданию когнитивной модели с самого начала терапии и работает с ней на протяжении всего курса, постоянно уточняя и дополняя ее. Пациент является активным участником ее создания, и изменения его мышления и поведения возможны лишь при его принятии когнитивной модели. Согласно *когнитивной модели* эмоции и поведение людей зависят от восприятия ими различных жизненных обстоятельств. Как подчеркивали теоретики когнитивной терапии А. Бек и А. Эллис, «Не события сами по себе определяют самочувствие людей, а способ, которым они их *истолковывают*». Ниже мы приводим диаграмму когнитивной концептуализации случая (рис. 2).



**Рис. 2.** Диаграмма когнитивной концептуализации случая

#### 1.4. Принципы когнитивной терапии

Дж. Бек выделяет 10 принципов, перечислим их:

1. Когнитивная терапия основывается на постоянно развивающейся формулировке терапевтического случая в терминах когнитивной терапии.
2. Когнитивная терапия требует создания прочного терапевтического альянса.
3. В когнитивной терапии особое значение придается сотрудничеству и активному участию.
4. Когнитивная терапия ориентирована на цель и сфокусирована на проблеме.
5. В когнитивной терапии основное внимание уделяется настоящему, особенно в начале лечения.
6. Когнитивная терапия — это образовательная терапия, цель которой — научить пациента быть самому себе терапевтом. В ког-

нитивной терапии особое внимание уделяется профилактике рецидива.

7. Когнитивная терапия ограничена во времени.

8. В процессе когнитивной терапии сессии структурированы.

9. Когнитивная терапия учит пациентов распознавать и оценивать их дисфункциональные взгляды и убеждения и находить на них адаптивные ответы.

10. Техники когнитивной терапии направлены на изменение мышления, настроения и поведения пациента.

В своей работе мы придерживаемся 7-ми основных принципов:

1. *Здесь и сейчас.* Все внимание на актуальные проблемы пациента.

2. *Принятия.* То, что происходит с пациентом, и то, как он организует свое мышление, имеет свою функциональность в его ситуации. Мы сразу не оспариваем существующие дисфункциональные мысли, а вместе с пациентом исследуем их и при его желании реконструируем (направляемое открытие).

3. *Структуры.* Повторяющаяся структура сессий, «распаковки» процесса и даже предложение тем для обсуждения (например, в рамках реабилитационной программы) позволяют выстраивать структуру, на которую пациент опирается в настоящем и присваивает ее в дальнейшем. Ассимилируя навыки когнитивной концептуализации, отслеживания, оценки и реконструкции дисфункциональных мыслей, пациент приобретает контроль над своим поведением и жизнью.

4. *Последовательности.* От простого к сложному, от автоматических мыслей к глубинным убеждениям.

5. *Активности.* И терапевт, и пациент являются активными участниками процесса когнитивной психотерапии. Мы считаем, что когнитивная терапия это обучающий процесс, и ответственность между его участниками распределяется следующим образом. Терапевт несет ответственность за создание условий обучающего процесса, а пациент — за овладение его содержанием. Важным условием процесса психотерапии является эмпатия.

6. *Самостоятельности.* Пациент самостоятельно выполняет домашнее задание, результаты которого являются предметом обсуждения на сессии, закреплением или отработкой нового навыка и т. д.

7. *Конечности.* Мы подчеркиваем, что терапия является временным явлением в жизни пациента, в ходе которого пациент становится сам себе терапевтом. Когнитивная терапия имеет обозримые границы и сфокусирована на поставленной цели.

## 1.5. Цели когнитивной терапии

- Исправление ошибочной переработки информации (систематические ошибки мышления).
- Выявление автоматических мыслей, их оценивание и реконструкция.
- Выявление промежуточных убеждений, оценивание и реконструкция.
- Выявление глубинных убеждений, оценивание и реконструкция.

Согласно работам группы ученых под руководством А. Бека, G. Marlatt и J.Gordon в когнитивной психотерапии расстройств в результате употребления психоактивных веществ акцент делается на выявлении и проверке мыслей об употреблении психоактивных веществ, изменении соответствующих убеждений, повышающих вероятность употребления этих веществ, обучении навыкам отказа от употребления психоактивных веществ и профилактики рецидива.

## 1.6. Этапы когнитивной терапии

Как было отмечено выше, когнитивная терапия весьма структурирована, поэтому в своей работе с наркозависимыми мы придерживаемся следующей последовательности или алгоритма в работе.

### ***1. Установление контакта. Знакомство***

Последнее слово определяет способ достижения цели данного этапа — установление рабочего альянса. Терапевт не только знакомится с пациентом, но и знакомит его с методом когнитивной терапии, раскрывая его основу — когнитивную модель, которая предполагает, что в основе всех психологических нарушений личности лежит искаженное, или дисфункциональное, мышление (которое в свою очередь искажает эмоции и поведение пациента). Известная ABC-модель демонстрируется на примере, представленном самим пациентом. Подчеркивается, как дисфункциональные мысли влияют на эмоциональную реакцию пациента и его дальнейшее поведение.

*Пример:* пациент, страдающий зависимостью от опиатов, говорит, что он не верит в то, что сможет прекратить употребление, что считает свои действия по сохранению трезвости бесполезными.

Терапевт. Когда Вы говорите это, что Вы переживаете?

Пациент. Ну, не знаю, бесполезно это все.

Т. Да, Вы так думаете. И когда к Вам приходит такая мысль, что Вы испытываете?

П. Героин умеет ждать! (пациент продолжает демонстрировать свои установки, но не называет эмоцию).

Т. Я вижу, как меняется Ваше состояние, когда вы произносите, что героин умеет ждать. Что вы переживаете сейчас?

П. Как-то безнадежно и страшно.

Т. Да. Ваша мысль о том, что героин умеет ждать, вызывает страх и лишает вас надежды.

П. Да...

Т. Заметьте, как Ваше мышление влияет на Ваши эмоции. Когда у Вас такое состояние, то что Вы делаете?

П. Да ничего, все бесполезно... и я вновь иду потреблять.

Т. Похоже, что мысль, пришедшая Вам, дисфункциональна, ведь она определяет поведение зависимого. Мы можем менять наше мышление, опираясь на когнитивную модель.

Большинство пациентов чувствуют себя комфортнее, когда понимают, чего ожидать от терапии, когда им ясны их обязанности, так же как и полномочия терапевта, и когда они представляют, каким образом будет осуществляться терапия (как в рамках одной сессии, так и в целом — курса лечения). Поэтому важно максимально ясно и доступно объяснить пациенту структуру сессий и затем строго придерживаться установленного формата. Все это является важной техникой когнитивной терапии. Следование единой структуре и формату позволяет восстановить контроль над своими мыслями и действиями, что является важной задачей в лечении химической зависимости, которую часто называют «болезнью контроля». В когнитивной терапии, по мнению Джудит Бек, основными элементами каждой сессии являются:

- краткая оценка текущего состояния пациента, включающая оценку эмоционального состояния и результатов (последствий) медикаментозного лечения;
- установление связи данной сессии с предыдущей;
- определение повестки дня;
- анализ домашнего задания;
- работа согласно повестке дня;
- определение нового домашнего задания;
- заключительное подведение итогов;
- обратная связь.

## **2. Идентификация (распознавание) эмоций**

Довольно часто приходится встречаться с пациентами, которые плохо распознают свои эмоции. По мнению целого ряда авторов для пациентов с химической зависимостью свойственна алекситимия, однако в нашем небольшом исследовании 2010 г. данное утверждение не подтвердилось. Более половины из числа обследованных имели нормальные и пограничные значения алекситимии по Торонтовской шкале. Но трудности в вербализации своего эмоционального состояния испытывают преобладающее число наших пациентов. Очень часто пациенты вместо обозначения переживания уже интерпретируют свое состояние или озвучивают свои мысли и представления, делают выводы. Мы называем это «сжиманием» когнитивного процесса и предлагаем его «распаковать», идентифицируя событие, мысль и эмоцию. Эмоция является ключевой, сигнальной к идентификации предшествующей (а не последующей) автоматической мысли. Для этого мы знакомим пациентов с различными эмоциональными состояниями и обучаем идентифицировать их. Этой цели можно посвятить от 1 до 3 занятий с предложением начать вести «Дневник чувств». Это вариант дневника работы с дисфункциональными мыслями, о котором будет идти речь далее. Сначала мы предлагаем заполнять дневник без графы «Автоматические мысли» и адаптивного ответа на дисфункциональные мысли.

Для оценки интенсивности эмоции, что необходимо в дальнейшей работе с автоматическими мыслями, мы предлагаем использовать шкальную методику, давая в качестве домашнего задания заполнение графика настроения. Этот инструмент является как обучающим, так и корригирующим и оценивающим динамику состояния пациента. Его можно комбинировать с различными составляющими, например с оценкой выраженности тяги к потреблению или другой эмоциональной реакцией.

*Инструкция к построению графика:* отметьте на графике точку максимально хорошего настроения. Для этого вспомните ситуацию, когда вы испытывали максимально позитивные переживания и ваше настроение было максимально хорошим. Затем на графике отметьте точку максимально плохого настроения, связав его с конкретной ситуацией. После этого, отталкиваясь от выставленных ориентиров, отметьте актуальное настроение на графике. Делайте это трижды в день, до следующей встречи. На этом же графике отмечайте также выраженность тяги к употреблению наркотика от 0 до 100%.



### 3. Работа с автоматическими мыслями

В когнитивной психотерапии наркозависимых этот этап работы является преимущественным до стабилизации состояния пациента и формирования устойчивой ремиссии. Когнитивная терапия опирается на приемы, предполагающие осознанную и структурированную оценку автоматических мыслей, в том числе и при наличии сопутствующих негативных эмоций. Необходимо выявить характерные для пациента дисфункциональные мысли, которые искажают восприятие им реальности, вызывают негативные эмоции и препятствуют достижению поставленных целей. Эмоции, которые испытывает пациент, напрямую связаны с содержанием его автоматических мыслей. Этот постулат важно неоднократно повторять в начале работы с пациентом.

Первый метод позволяет выявлять автоматические мысли пациента, возникающие во время сессии. Цель второго метода — распознавание автоматических мыслей, возникающих между сессиями по поводу проблемных ситуаций, путем анализа воспоминаний пациента, его представлений (образов), проведения ролевых игр или построения гипотез. В обоих случаях ключом к выявлению автоматической мысли является основной вопрос когнитивной терапии «О чем ты сейчас подумал?», который терапевт задает в момент появления здесь и сейчас эмоциональной реакции пациента (или ее знаков — физиологической реакции). В работе с воспоминаниями, представлениями в ролевой игре мы предлагаем пациенту вести рассказ в настоящем времени, что позволяет актуализировать процесс. Это действие принципа «здесь и сейчас».

Прежде чем приступить к работе с выявленной автоматической мыслью, терапевт определяет, действительно ли эта мысль заслуживает внимания. Он задает пациенту следующие вопросы.

1. Насколько вы сейчас доверяете этой мысли (0–100%)?
2. Какие чувства и эмоции возникают у вас из-за этой мысли?
3. Насколько интенсивны эти эмоции (0–100%)?

При высокой интенсивности выраженности соответствующей негативной эмоциональной реакции, высокой степени доверия автоматической мысли терапевт предлагает пациенту оценить эту мысль.

Автоматические мысли оцениваются согласно критериям *достоверности* и *выгоды*. При различной психической патологии, преобладающем негативном фоне настроения автоматические мысли некоторым образом искажены и существуют вопреки объективным доказательствам. «Я не смогу отказаться от наркотика». Есть и точные

автоматические мысли, но *вывод*, который делает пациент, может быть неверным. «Я не смогу быть независимым как обычные люди, поэтому для чего все эти старания». Третий тип автоматических мыслей — достоверные, но, бесспорно, деструктивные идеи. «Героин умеет ждать». Оценка достоверности и/или выгоды автоматических мыслей и адаптивный ответ на них обычно способствуют значительному улучшению эмоционального состояния пациента. Так, например, адаптивным ответом в примерах, приведенных выше, могут быть ответы: «Мне придется много сделать, чтобы отказаться от наркотика, но это не безнадежно», «Я не стану таким же, как независимые люди, потому что наркотик оставил след в моем организме, но я смогу жить как независимый человек», «Героин лишь вещество, к которому я могу вернуться или нет, выбор остается за мной». Основным методом работы является работа с бланком дисфункциональных мыслей (табл. 1).

Таблица 1

## Бланк работы с дисфункциональными мыслями

Дата/ время	Ситуация	Автоматические мысли	Эмоции	Адаптивный ответ	Результат
	1. Какое конкретно событие, либо поток мыслей и/или об-разов, либо воспомина-ний пришли вам на ум?	2. Какие мысли и/или пред-ставления возникли у вас?	3. Что вы в тот момент чувствовали (грусть, тре-вогу, злость и т. д.)?	4. Исполь-зуйте вопро-сы, при-веденные ниже, чтобы сформули-ровать ответ на автома-тические мысли	5. На-сколько теперь вы убеждены в истинности каждой автома-тической мысли?
	6. Были ли у вас не-приятные физические ощущения и если да, то какие именно?	7. Насколь-ко вы были убеждены в их истин-ности в тот момент, когда они возникали?	8. Насколько ярко была выражена каждая из этих эмо-ций?	9. На-сколько вы убеждены в каждом от-вете?	10. Какие эмоции вы сейчас ис-пытываете? Насколько каждая из них интен-сивна (В континууме 0–100%)?

## Окончание табл. 1

Дата/ время	Ситуация	Автоматиче- ские мысли	Эмоции	Адаптивный ответ	Результат
12.03	Увидел пациента с «детокса» и пред- ставил, как принимал наркотики	Вот сво- лочь! 90%. Хорошо бы уколиться 100%. Я не могу сделать это 80%	Злость 80%	Он нарко- ман 100%. Я его не знаю 100%. Он просто болен 90%. Я хочу нар- котик 100%. Я могу уйти из Програм- мы и начать употреблять. 90%. Я могу умереть. 50%. Я со- всем не буду испытывать тягу 40%. Времена- ми я буду желать упо- треблять, но со временем это станет реже и ме- нее интен- сивно 100%. Я много сде- лал, чтобы оставаться трезвым. 70%. Я не хочу рас- страивать близких. 100%	3. Каковы будут ваши дальней- шие дей- ствия (или: что вы сделали)? Я иду раз- говаривать с другом и остаюсь в Программе. 25% 60% 100% Злость — 40%

Для поиска адаптивного ответа можно использовать вопросы об автоматических мыслях.

**Вопросы об автоматических мыслях, предложенные Дж. Бек:**

1. Каковы доказательства, поддерживающие эту идею?
2. Каковы доказательства, противоречащие этой идее?
3. Существует ли альтернативное объяснение?
4. Что самое плохое может произойти? Смогу ли я пережить это? Что самое лучшее может произойти? Каков самый реалистичный исход?
5. Каковы последствия моей веры в автоматическую мысль?
6. Каковы могут быть последствия изменения моего мышления?
7. Что я должен делать в связи с этим?
8. Что я мог бы посоветовать *имя* (другу), который находится в такой же ситуации?

Эти вопросы используются и при заполнении бланка работы с дисфункциональными мыслями (табл. 1). Пациент не должен обязательно использовать все вопросы, но те, что подходят для его случая. Как уже было указано выше, мы предлагаем несколько упрощенный вариант в начале работы с бланком и называем его дневником чувств, затем лучше перейти к полному заполнению всех граф бланка, приведенного выше.

Некоторые автоматические мысли могут быть полностью достоверными или, несмотря на оценивание, пациент может по-прежнему доверять сомнительным идеям, не отражающим всей правды. Так, в нашей практике очень часто пациенты опираются на идею «Мне никто не сможет помочь в решении отказа от наркотика, только я сам» и уходят из лечебной и реабилитационной программы. В таких случаях следует оценить *выгоду* автоматических мыслей. Я предлагаю оценить пациенту, кому выгодно так думать: тому, кто стремится выздороветь, или тому, кто стремится продолжать потреблять наркотики. Мы помогаем пациенту осознать *последствия* его мышления либо интересуемся непосредственно преимуществами и недостатками наличия данной мысли. Для этого можно задать вопросы следующего типа: «Что произойдет, если Вы будете продолжать так думать?», «Что не произойдет, если Вы будете продолжать так думать?», «Что произойдет, если Вы откажетесь от этой мысли?», «Чего не произойдет, если Вы перестанете так думать?» Затем необходимо найти адаптивный ответ на эту дисфункциональную мысль. Примером может служить следующий ответ на вышеприведенную автоматическую мысль. «Конечно, только я сам решаю отказываться»

ся мне от наркотика или продолжать употреблять его, но сейчас мне необходима помощь и поддержка группы и специалистов, ведь я по-настоящему болен, и только моих сил может быть недостаточно, чтобы преодолеть зависимость».

Знаком того, что адаптивный ответ найден, является ослабление доверия к автоматической мысли и снижение интенсивности соответствующей ей эмоции.

#### ***4. Работа с промежуточными и глубинными убеждениями***

Подход напоминает работу с автоматическими мыслями и следует тому же алгоритму: выявление, оценка, реконструкция. Важно, чтобы к моменту работы с промежуточными убеждениями пациент владел навыком работы с автоматическими мыслями, следуя когнитивной модели. Слишком раннее начало работы с убеждениями может привести к неудаче и снизить доверие к методу. Ведь промежуточные и глубинные убеждения более стойкие и менее доступны критике. Они существуют как само собой разумеющиеся конструкты и имеют давнюю «историю» своего формирования. Эти идеи зачастую нечетко выраженные, отражают или представления пациента о себе, или об окружающих и мире в целом. На основе этих убеждений и возникают конкретные автоматические мысли, с которыми пациент уже умеет обходиться. Работа с промежуточными и глубинными убеждениями у пациентов с зависимостью происходит на более поздних этапах их выздоровления. И если автоматические мысли чаще касаются проблемы потребления, то промежуточные и глубинные убеждения напрямую не связаны с ней. Так как глубинные убеждения формируются рано и составляют ядро когнитивной модели личности, работа с ними продолжается в когнитивной концептуализации случая. Вместе с пациентом происходит поиск ответов на вопросы:

- Как возникло глубинное убеждение и за счет чего оно поддерживалось?
- Какой жизненный опыт (особенно детский) мог способствовать возникновению и поддержанию данного глубинного убеждения?
- По каким правилам живет пациент?

На основе промежуточных убеждений пациент формирует компенсаторные стратегии, т. е. то поведение, которое ему позволяет справиться с неприятными для него негативными глубинными убеждениями.

Главные предположения пациента (если..., то) часто *связывают* его компенсаторные стратегии с глубинным убеждением: «Если я

[использую свою компенсаторную стратегию], тогда [мое глубинное убеждение не станет реальностью]. Однако если я [*не* использую свою компенсаторную стратегию], тогда [мое глубинное убеждение *может* стать реальностью]». Это так называемые позитивные и негативные компенсаторные стратегии. Приведем пример. Пациент, страдающий героиновой наркоманией, часто говорит, что он никому не нужен. Похоже, что его глубинное убеждение звучит следующим образом: «Я не нужен». Его предположения следующие: «Если я буду много зарабатывать, заботиться о матери, жене, то я стану им нужным», «Но если я не смогу работать, буду больным (останусь в Программе), то я буду не нужным». Исходя из негативных предположений, пациент выбирает возвратиться к работе и уйти из Программы.

Диаграмма когнитивной концептуализации должна быть понятной как терапевту, так и пациенту. Ее необходимо постоянно уточнять и исправлять по мере поступления новых сведений. В диаграмму вносятся не только предположения, но и правила и оценки. Терапевт представляет диаграмму пациенту в качестве техники, позволяющей разобраться в актуальных для него реакциях и ситуациях. Важно обратить внимание пациента на то, что убеждения *усваиваются* в процессе приобретения жизненного опыта, а не присущи человеку от природы, следовательно, их можно пересмотреть и изменить.

Как же можно распознать, а затем изменять убеждения? Довольно часто пациент может сообщить об убеждении как об автоматической мысли. Слова «если..., то», «ужасно», «надо» могут указать на промежуточное убеждение: предположение, отношение, правило. При анализе автоматических мыслей пациента можно обнаружить повторяющуюся общую тему, что будет указывать на убеждение. Эффективно использовать когнитивную технику «падающей стрелы», подробно описанную в руководстве Джудит Бек. Для себя мы создали следующий ее алгоритм:

1. Выявляем автоматическую мысль, которая является типичной, повторяющейся и указывает на дисфункциональное убеждение.

2. Просим пациента дать ответ на вопрос «Что означает для него эта автоматическая мысль?», в том случае, что она отражает реальность. «Что означает для него такое положение дел?»

3. Эти вопросы задаем пациенту до тех пор, пока не выявим одно или несколько важных промежуточных или глубинных убеждений.

Работать с правилами и отношениями весьма сложно. Поэтому чтобы помочь пациенту увидеть в промежуточном убеждении искажение

и проанализировать его, терапевт стремится преобразовать убеждения, представленные в виде *правил и отношений*, в форму *предположений*. Для этого, выявив правило или отношение, терапевт определяет его значение для пациента, применяя вышеописанную технику «падающей стрелы».

Может быть использована техника обсуждения преимуществ и недостатков проблемного убеждения, подобно технике, описанной выше в работе с автоматическими мыслями. Психотерапевт может преуменьшить ценность «достоинств», но при этом подчеркнуть и усилить ограничения и недостатки данной идеи. Однако следует остерегаться излишнего вмешательства, более эффективным будет самостоятельный анализ и вывод в данной работе самого пациента.

Создание новых убеждений — это *совместный* процесс. Но чтобы правильно выбрать стратегию изменения старой идеи, терапевт мысленно формулирует более адаптивное убеждение и обсуждает его при заинтересованности пациента. Убеждение должно быть интегрировано пациентом, чтобы стать новым ядром для создания более адаптивной схемы. Показателем принятия им убеждения является высокая степень доверия этой мысли и улучшение эмоционального состояния.

Другими техниками, которые используют в реконструкции дисфункциональных убеждений, являются: поведенческий эксперимент, ролевая игра, когнитивный континуум, использование окружающих в качестве ориентира.

### **5. Завершение когнитивной терапии**

Расстройства вследствие употребления психоактивных веществ нуждаются в длительном лечении. Когнитивная терапия редко может быть единственным методом лечения (только в случае нетяжелой формы зависимости и сохранных личностных и средовых ресурсов, что в нашей практике не встречалось). Чаще всего когнитивная терапия является одним из мероприятий в комплексной системе лечения и реабилитации наркозависимых пациентов. Завершение когнитивной психотерапии идет параллельно с завершением прохождения этапов медико-психолого-социальной реабилитации. Пациент остается в поддерживающей среде групп само- и взаимопомощи («Анонимные наркоманы») либо его успешная социализация позволяет ему найти поддерживающую среду за рамками сообщества. При позитивном результате в сохранении трезвости после 2-х и более лет воздержания некоторые пациенты могут обратиться за психотерапевтической помощью в разрешении их актуальных проблем, которые не связаны с потреблением ПАВ. Это новый психотерапевтический контракт.

## **Глава 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В РАБОТЕ С НАРКОЗАВИСИМЫМИ ПАЦИЕНТАМИ**

### **2.1. Индивидуальная когнитивная психотерапия**

Мы представляем вариант четырех встреч середины работы с пациентом, страдающим героиновой наркоманией и проходящим Программу из 30 еженедельных занятий в рамках когнитивной психотерапии. Каждое занятие имеет название и посвящено обсуждению определенной темы. Пациент заранее знает тему и готовится к ней, выполняя домашнее задание.

#### **2.1.1. Индивидуальная тематическая встреча «Конфликты»**

**Цель встречи:** обучение навыкам совладания в конфликтной ситуации.

**План встречи** стандартен для когнитивной терапии:

1. Краткая оценка текущего состояния и оценка настроения пациента.
2. Связь текущей сессии с предыдущей.
3. Определение повестки дня.
4. Анализ домашнего задания.
5. Обсуждение вопросов повестки дня, определение домашнего задания и периодичность подведения итогов.
6. Заключительное подведение итогов встречи и запрос у пациента обратной связи.

**Краткая оценка текущего состояния и оценка настроения пациента** проводится с помощью предоставленного графика настроения. Важно обратить внимание на динамику настроения за последний месяц, сравнить ее с предыдущим периодом.

**Связь текущей сессии с предыдущей** проводится параллельно с оценкой текущего состояния пациента. С помощью вопросов уста-



навливается связь между активирующими событиями, настроением и действиями. Например, «Как видно из графика, твое настроение после предыдущей сессии несколько снизилось. Что происходило? Как ты себе это объясняешь? Какие мысли преследовали тебя?» Вопросы иного типа: «Что важного мы обсуждали на прошлой встрече? Беспокоило ли Вас что-либо в связи с предыдущей встречей? Есть ли то, о чем бы Вам не хотелось говорить?» позволяют мягко вовлечь пациента в терапевтический процесс и получить врачу обратную связь о сделанной или не сделанной совместной работе.

**Определение повестки дня** происходит благодаря ответам на вопросы, обозначенные выше, и прояснению актуального запроса пациента. Врач обозначает тему встречи «Конфликты». «В обычной жизни человек не может всегда уходить от конфликтов, иногда он вынужденно или активно вовлекается в них. И в этом нет ничего страшного. Это всего лишь одно из событий жизни. Однако порой именно конфликты становятся причиной эмоционального напряжения, что может привести к наркотическому срыву. Именно поэтому эта тема включена в нашу Программу. Я предлагаю исследовать несколько вопросов, связанных с конфликтами, и следующий план совместного обсуждения, который прошу Вас записать в тетрадь:

1. Что такое конфликты и что они для меня значат.
2. Насколько я конфликтный человек.
3. Как я могу вести себя в ситуации конфликта.
4. Какое поведение в конфликтной ситуации для меня сейчас предпочтительнее.
5. Как справляться с последствиями конфликта.

**Анализ домашнего задания** происходит в связи с темой дня. Исследуя дневник чувств, пациент и врач обращают внимание на связь конфликтных ситуаций с настроением, преобладающими в этот момент мыслями и поведением. После этого переходят к совместному активному обсуждению повестки дня.

**Обсуждение вопросов повестки дня, определение домашнего задания и периодичность подведения итогов.** Пациент и врач активно ищут ответы на поставленные вопросы. Следует обратить внимание пациента, что происходит с ним во время конфликта на всех уровнях: телесном, эмоциональном, когнитивном и поведенческом. Для этого можно обсудить конфликтную ситуацию, описанную пациентом в дневнике, либо попросить представить конкретный конфликт из прошлого. В обоих случаях мы просим пациента ярко представить

эту ситуацию, описывая ее в настоящем времени, и обращаем его внимание на возникающие проявления. Например, «Представь сейчас себе, что ты вновь переживаешь встречу с отцом. Опиши мне все, что происходит с тобой, как если бы это было здесь и сейчас».

Пациент может начать со слов: Сейчас я возвращаюсь домой и встречаю по дороге отца...

Терапевт. Опиши, как происходит встреча...

Пациент. Я поднимаюсь по лестнице, а он выходит из квартиры...

Т. Что ты видишь?

П. Он смотрит на меня, усмехается и говорит, что я опять возвращаюсь рано.

Т. Что происходит далее?

П. Я начинаю злиться, он как будто радуется моим неудачам, что я не могу найти работу...

Т. Это твои мысли.

П. Да, я знаю, но он усмехается и говорит, что я должен сделать: вынести мусор, выгулять собаку, приготовить ужин... Напоминает, что я не убрал кровать и не вымыл за собой посуду...

Т. Что происходит с тобой?

П. Я еле сдерживаюсь. Я говорю, что он сам ничего не делает по дому, и что он целое утро провел у телевизора... Он начинает кричать и называет меня дармоедом.

Т. Что происходит далее?

П. Я прохожу мимо и толкаю дверь в квартиру, она закрыта. Слышу, как отец ворчит, что я сломаю дверь и от меня одни только убытки. Я стараюсь не слушать, достаю ключи, открываю дверь, вхожу в коридор и яростно ее захлопываю.

Т. Что ты сейчас переживаешь?

П. Я жутко зол, но не могу ничего поделать. Я еле сдерживаю слезы...(кусает губы, сжимает кулаки).

Т. Ты обижен?

П. Да, он не понимает меня. Он никогда не понимал и не помогал мне.

Т. Хорошо, достаточно. Давай теперь обсудим.

Далее идет обсуждение по всем сферам того, что происходило:

- на телесном уровне (сжимал кулаки, задерживал дыхание, краснел, кусал губы и т. д.);
- на эмоциональном (раздражался, злился, обижался, жалел себя);

- на когнитивном («он радуется моим неудачам», «не могу ничего поделать», «он не понимает меня», «никогда не понимал и не помогал мне»);
- на поведенческом (сдерживался, обвинял, уходил из контакта, старался не слышать, хлопал дверью, сдерживал слезы).

Отвечая на вопрос «насколько я конфликтный человек?», пациент обращается к своему опыту и дневнику чувств, оценивая конфликтность по 100-балльной шкале.

Переходя к обсуждению типичных стратегий поведения в ситуации конфликта, опираемся на полученный материал. Так, в нашем случае пациент избирал стратегии обвинения и ухода, что скорей всего отражает его привычный паттерн поведения. Следует обозначить связь между мыслью, эмоцией и выбранной стратегией поведения. «Посмотри, когда *ты думаешь*, что отец радуется твоим неудачам, ты еле сдерживаешь злость и начинаешь его обвинять», «*ты думаешь*, что ничего не можешь поделать, и обижаешься, еле сдерживая слезы и жалея себя». Мы предлагаем найти иные способы поведения в конфликтной ситуации, поощряя любые фантазии. Это позволяет расширить поведенческий репертуар пациента. Предлагая идентифицироваться пациенту с другим, мы делаем этот процесс менее болезненным. «Если бы на твоём месте был другой молодой человек, как бы он мог поступить?»

Пациент. Ну, не знаю. Вообще бы не стал останавливаться (продолжает демонстрировать свою привычную стратегию).

Терапевт. Хорошо, что еще...

П. Не знаю (сопротивление).

Т. Это же не ты, а другой, который совсем на тебя не похож.

П. Что, подрался бы что ли?.. (дихотомическое мышление)

Т. Мог бы подраться.

П. Да, ну?.. Ну не подраться, так наорать, высказать все, что думаешь.

Т. Да, есть, что сказать.

П. Бесполезно...

Т. Так ты думаешь и это твоя ситуация, а мы же говорим про того, кто не является тобой.

П. Ну, послать его куда подальше...

Т. Ммм...

П. Или сказать, что надо бы поговорить. Спросить, чего усмеяется...

Т. Ну...

П. Может обсудить, может он помог бы..., ну это не про моего отца.

Т. Возможно...

П. Хотя... он помогает мне, платит за лечение. Вот только с работой не хочет помогать, говорит, что я его в прошлый раз подставлял.

Т. Что еще?

П. Да вообще-то он не плохой, я вот только быстро завожусь. Злюсь, обижаюсь.

Т. Можно что-то менять, попробовать по-другому.

П. Возможно.

Т. Рассказывая о конфликте, в завершение ты говорил о понимании. Это важно для тебя — понимать друг друга?

П. Да. Надо больше говорить с ним... и не только с ним.

Далее идет обсуждение о предпочтительном варианте поведения в настоящем. Пациент выбирает для себя оптимальную безопасную стратегию поведения: варианты ухода, поиска компромисса, сотрудничества, игнорирования интересов другого.

В завершение обсуждения обращаем внимание на последствия конфликта; если он был неразрешен, то эмоциональное напряжение сохраняется или растет. В этом случае рекомендуем применять релаксационные техники и работу с «дневником чувств» с выявлением дисфункциональных мыслей и поиском конструктивного ответа на них. Так, в нашем примере пациент после выхода из конфликта испытывал сильное чувство обиды и жалости к себе, и определяющими мыслями были «он не понимает меня», «он никогда не понимал и не помогал мне». Для работы с дисфункциональными мыслями предлагаем оценить их достоверность. Насколько пациент доверяет ей? Какие есть доказательства ее истинности и наоборот? Существует ли альтернативное объяснение события? Что самого плохого может произойти и переживет ли это пациент? Что самое лучшее может произойти? Каков самый реалистичный исход? Что произойдет, если пациент изменит свое мышление? Что должен делать в связи с этим? Отвечая на эти вопросы, пациент убеждается в иррациональности подобного мышления и находит более реалистичное, адаптивное толкование. Для постоянной работы над дисфункциональными мыслями (ошибками мышления) пациент имеет памятку в своей рабочей тетради.

Домашним заданием в данном случае является работа с дисфункциональными мыслями в ситуации конфликта и при выходе из нее. В течение последнего месяца пациент должен найти не менее 5 конфликтных ситуаций и выявить основные дисфункциональные мысли, после чего, оценив их, найти адаптивный ответ.

**Заключительное подведение итогов встречи и запрос у пациента обратной связи.** Стандартно встреча завершается подведением итогов. Пациент отвечает на вопросы: «Что сегодня он сделал для себя? Была ли полезна для него сегодняшняя встреча?» Назначается следующая индивидуальная встреча и обозначается ее тема «Соппротивление».

### **2.1.2. Индивидуальная тематическая встреча «Соппротивление»**

**Цель:** обучение выявлению признаков сопротивления лечению и стратегиям его преодоления.

**План встречи** стандартен для когнитивной терапии:

**Краткая оценка текущего состояния и оценка настроения пациента** проводятся с помощью визуально-аналоговой шкалы и предоставленного графика настроения. Важно обратить внимание на динамику настроения за последний месяц, сравнить ее с предыдущим периодом, попросить пациента оценить эту динамику, отметив конкретные изменения.

**Связь текущей сессии с предыдущей,** как обычно, проводится параллельно с оценкой текущего состояния. Можно задать вопрос: «В прошлый раз мы говорили о конфликтах. Беспокоило ли что-либо Вас в связи с этим? Удалось ли что-то изменить?» Обратите внимание на остановки и сложности в продвижении пациента. Это материал для текущей работы. Например, пациент говорит, что ничего не меняется в отношениях с отцом, он не смог ни о чем с ним поговорить. Это может быть примером для дальнейшего обсуждения.

**Определение повестки дня** происходит совместно. С одной стороны, есть тема встречи, с другой — актуальное состояние пациента. Начните с типичного вопроса: «Что бы Вы хотели сегодня обсудить?» Далее постарайтесь найти связь между запросом пациента и темой занятия. Например, пациент говорит, что ему надоели упреки отца, но он не хочет уже говорить об этом. Ответ врача может быть следующим: «Похоже, что есть что-то, что мешает вам продвигаться навстречу друг другу. Это то, что может быть названо сопротивлением. Мы сегодня посвятим нашу встречу изучению этого

феномена. Довольно часто сопротивление приводит к остановкам в лечении, что в свою очередь может провоцировать мысли о тщетности усилий и бесполезности работы над собой, или о неэффективности Программы. А эти мысли, как Вы уже знаете, скорее вызовут негативные чувства, и как следствие возможные неконструктивные действия. Если мои усилия бесполезны, то зачем прилагать их. А далее как снежный ком. Если ничего не меняется в моей жизни, она становится серой и скучной, то зачем сохранять трезвость, прилагая столько усилий. И вот она прямая дорога к возвращению к наркотику. Помимо этого следует сказать, что эти мысли могут проноситься мгновенно, определяя лишь негативный фон настроения и внезапно принятые решения. Именно поэтому сегодня я предлагаю исследовать несколько вопросов, связанных с сопротивлением. Давайте сформулируем их вместе и запишем в Вашу тетрадь:

1. Дадим определение сопротивлению.
2. Какую роль играет сопротивление в нашей жизни?
3. Какие формы принимает сопротивление?
4. Как можно преодолеть сопротивление?»

**Анализ домашнего задания** происходит в связи с темой дня. Давайте посмотрим, как удалось выполнить домашнее задание. Отметьте успехи в выполнении задания. Далее перейдите к трудностям. Какие сложности встретились при его выполнении? Следует записать ответы пациента. Например, могут быть следующие высказывания: «Я не мог себя заставить сесть и сделать записи. У меня вообще не было конфликтов за это время, все было замечательно. Было много работы, и я не смог сделать домашнее задание полностью. Удивительно, но я вообще забыл о нем! Так много было событий, что не до домашнего задания. Мне было трудно находить примеры, может, я не справляюсь с Программой?». Могут быть и другие высказывания, запишите их. После этого переходят к совместному активному обсуждению повестки дня.

**Обсуждение вопросов повестки дня, определение домашнего задания и периодичность подведения итогов.** Пациент и врач переходят к обсуждению поставленных вопросов. Обсуждая первый вопрос, предложите пациенту найти ассоциации, связанные со словом «сопротивление». Пусть пациент запишет их в тетрадь. Среди ассоциаций, как правило, оказываются следующие представления (но могут быть и другие): остановка, борьба, *отстаивать* себя, *сохранять* что-то, *не давать* другому что-то изменить, *сохранять* постоянство,

*отражать* нападение, *бороться* с насилием. Обратите внимание пациента на используемые им глаголы. Мы их выделили в нашем примере.

Действительно, сопротивление это возможность сохранить существующий статус и борьба с изменениями. Эти два разнонаправленных процесса универсальны, именно они определяют, с одной стороны, стабильность организма, что на языке медицины и психологии носит название гомеостаза, а с другой стороны, необходимое изменение, обеспечивающее приспособление организма к окружающей меняющейся среде — адаптацию, что лежит в основе развития организма и личности. Так происходит постоянно. Мы всегда стремимся и к стабильности, и к развитию. Сопротивление служит стабильности и тем оно сильнее, чем больше потенциал в изменении. Следовать Программе это значит меняться, причем серьезно. Кроме этого, следует отметить особенности наркотической зависимости, стремящейся во что бы то ни стало сохранить свой статус-кво, обеспечить актуальную потребность — вернуться к потреблению. Именно поэтому сопротивление лечению у наркозависимых закономерно и неизбежно. Чтобы справиться с ним, необходимо «знать его в лицо».

«Итак, сопротивление это те действия или бездействия, которые препятствуют изменениям. Предлагаю поискать в том, что происходило с Вами за этот период, примеры сопротивления. Обратимся к трудностям в домашнем задании. Предлагаю перечитать сделанные при его анализе записи. Как Вы думаете, есть ли здесь признаки сопротивления? Пример:

Я не мог себя заставить сесть и сделать записи.

У меня вообще не было конфликтов за это время, все было замечательно.

Было много работы, и я не смог сделать домашнее задание полностью.

Удивительно, но я вообще забыл о нем!

Так много было событий, что не до домашнего задания.

Мне было трудно находить примеры, может, я не справляюсь с Программой?

Какие формы принимает сопротивление в этих примерах? Может это лень, отрицание, оправдание, забывание, объяснение, неуверенность в собственных силах? Какие еще могут быть способы ничего не делать или сделать что-то, что ничего не изменит? Совместный поиск может привести к обозначению множества форм

сопротивления: отложить до завтра, обвинить в некомпетентности, дискредитировать, страх не справиться, скука, негативное отношение к Программе, переживание успеха «все получается само собой, без всяких усилий и домашних заданий», недоверие, сделать на зло, или наоборот, переложить ответственность на других и т. д.

«Что же делать, если сопротивление найдено и обозначено? Следует подумать, что оно сохраняет в данный момент и насколько важно Вам то, что оно хранит. Решение за Вами, как поступать дальше. А для того, чтобы принять взвешенное решение, стоит исследовать, что стоит за тем состоянием, которое не позволяет двигаться дальше. Я предлагаю сделать уже знакомый Вам эксперимент. Обратимся к прозвучавшему сегодня примеру. Когда Вы рассказывали о событиях, произошедших с прошлой встречи, Вы сказали, что так и не смогли поговорить с отцом. Я предполагаю, что у Вас, с одной стороны, есть желание двигаться навстречу к отцу (это новое для Вас), а с другой, что-то, что препятствует и останавливает это движение (то, что привычно). Безусловно, есть некие внешние факторы, обуславливающие эту остановку, но нас интересуют факторы внутренние, а именно те мысли, которые возникают в этот момент. Хотите ли это исследовать?» В случае согласия предложите пациенту следующую инструкцию:

Представьте, что Вы видите своего отца и хотите к нему подойти, будьте внимательны и опишите, что происходит с Вами.

Пациент. Я вижу, как отец сидит у телевизора, он смотрит футбол. Я хочу попросить у него денег на проездной. Я делаю шаг в комнату... Не могу!

Терапевт. Что произошло? О чем Вы сейчас подумали?

П. Не могу...

Т. Что Вы не можете?

П. Не могу просить денег у него!

Т. Что значит для Вас сделать это?

П. Это унижение! Он все равно мне откажет, скажет, что мне пора зарабатывать самому. И он прав. Мне 27, а я продолжаю жить на его шее!

Т. Когда Вы думаете так, что Вы переживаете?

П. Я злюсь и ухожу.

Т. Ммм. Мне кажется, что Вы торопитесь и пропускаете еще что-то важное. Вы говорили об унижении...

П. Да, я чувствую себя униженным, беспособным, мне стыдно и я начинаю злиться на отца, и... убегаю.



В этом примере есть несколько «слоев» мыслей пациента, и им следует уделить внимание, оценив их достоверность. Для этого следует их проработать по отдельности, распутывая клубок.

Терапевт. Итак, есть мысль, что отец не даст денег на проездной. Я думаю, что *отказ* в просьбе может *вызвать злость*. А насколько сильно Вы испытываете злость на отца, думая, что он скажет Вам «нет»? (Здесь врач намеренно «отрывает» злость от переживаемого чувства стыда, исследование этого феномена задача более позднего этапа в терапии.)

П. Ну, процентов на 60–70%.

Т. Хорошо. А насколько Вы испытываете стыд, думая о том, что должны сами зарабатывать сейчас?

П. Ну все 100%. Ведь это так!

Т. Хорошо. Мысль о том, что молодой человек в 27 лет должен зарабатывать сам, вполне справедлива. У Вас есть еще одна: «*Просить о деньгах на проездной стыдно*». (И в этом случае врач разделяет две мысли пациента, соглашаясь со справедливостью первой и подвергая сомнению абсолютную справедливость второй.)

П. Да.

Т. Я предлагаю оценить мысль «*Просить о деньгах на проездной стыдно*» по критериям достоверности, уже известным Вам, используя памятку по работе с дисфункциональными мыслями. При этом прошу Вас учитывать реальную ситуацию и Ваше нынешнее состояние.

После ответов на вопросы и формулирования реалистичного адаптивного ответа пациент вновь оценивает свое состояние и насколько сильно он переживает чувство стыда, обращаясь к отцу с просьбой дать деньги на проездной. Важно исследовать дисфункциональные мысли в конкретной ситуации. В данном случае мы рассматриваем ситуацию «не вообще просить денег», а, как и в примере пациента, просить денег на проездной! Примером адаптивного ответа может быть следующий: «конечно, стыдно в 27 лет не иметь денег, но я могу просить деньги на проездной, ведь я сейчас еще не работаю и прикладываю усилия, чтобы найти работу, и постараюсь сделать это как можно быстрее».

В данном примере сопротивление изменениям (напрямую обратиться к отцу) приняло форму стыда. Точнее можно сказать, что страх перед возможным унижением остановил движение вперед.

Домашним заданием в данном случае может быть работа с дисфункциональными мыслями в ситуации сопротивления. В течение месяца пациент должен найти не менее 5 примеров сопротивления и выявить основные дисфункциональные мысли, после чего, оценив их, найти адаптивный ответ.

**Заключительное подведение итогов встречи и запрос у пациента обратной связи.** Стандартно встреча завершается подведением итогов. Пациент отвечает на вопросы: «Что сегодня он сделал для себя? Была ли полезна для него сегодняшняя встреча? С какими мыслями он уходит?» Назначается следующая индивидуальная встреча и обозначается ее тема «Трудности и неудачи».

### 2.1.3. Индивидуальная тематическая встреча «Трудности и неудачи»

**Цель встречи:** приобретение навыков совладания с трудностями и неудачами.

**План встречи** следует универсальному плану когнитивной терапии.

**Краткая оценка текущего состояния и оценка настроения пациента** проводятся с помощью визуально-аналоговой шкалы и предоставленного графика настроения. Обращаем внимание на динамику, даем ей оценку, отмечаем произошедшие изменения.

**Связь текущей сессии с предыдущей** проводится параллельно с оценкой текущего состояния. Опираясь на тему прошлой встречи, можно начать с вопросов: «Удалось ли что-то изменить в результате предыдущей работы? Встречались ли Вы с сопротивлением? Как Вы обошлись с ним? Какие вообще трудности Вам пришлось преодолеть за это время? С чем Вы не справились?» Это материал для настоящей встречи, что может быть примером для дальнейшего обсуждения.

**Определение повестки дня** происходит совместно. На основе предыдущих вопросов пациент может определить волнующую его тему. Как всегда, важно найти связь актуального запроса и темы дня. Знание пациента о теме предстоящего занятия позволяет ему подготовиться к нему и направить свое внимание к ее обсуждению. Скорее всего, пациент уже будет готов обсуждать свои неудачи; если этого не происходит, то врач может структурировать встречу, обозначив ее тему. «Мы сегодня будем исследовать ситуации, которые обычно воспринимаются как неудачи или трудности. В прошлый раз мы говорили о сопротивлении, обозначив его как стремление сохранить

статус-кво или как остановку в продвижении, развитии. Это трудность, но она обусловлена внутренними причинами, и как справиться с сопротивлением Вы уже знаете. Мы же сегодня посвятим нашу встречу обсуждению ситуаций, в которых трудности или преграды реальны и обусловлены внешними факторами. Например, вы решили устроиться на работу, подали резюме, прошли собеседование, а на Ваше место взяли другого претендента. Как справиться с возникшими переживаниями?»

Сегодня я предлагаю исследовать несколько вопросов, связанных с реальными неудачами и трудностями. Давайте сформулируем их вместе и запишем в Вашу тетрадь.

1. Первое, что я предлагаю обсудить, это то, что Вы понимаете под трудностью и неудачей, и исследовать их причины.
2. Исследовать, как неудачи влияют на Ваше состояние и поведение.
3. Какие способы можно использовать при совладании с ними.
4. Какие наиболее эффективные способы Вы можете применять в ситуации неудачи.

**Анализ домашнего задания** происходит в связи с темой дня.

«Вы анализировали свое сопротивление, исследовали его проявления в разных ситуациях. Какие выводы вы сделали? Были ли ситуации, которые были не подвластны Вам?» Следует отметить ту работу, которую выполнил пациент. Дать позитивную обратную связь. Отметить успехи в поиске адаптивных ответов и действий. Для дальнейшего обсуждения, если это будет в рабочих материалах пациента, выделите и запишите все обозначенные пациентом трудности и неудачи.

**Обсуждение вопросов повестки дня, определение домашнего задания и периодичность подведения итогов.** После анализа домашнего задания пациент и врач переходят к обсуждению поставленных вопросов.

«Давайте посмотрим, какой список трудностей у нас получился, может, еще добавим к нему то, о чем не вспомнили при обсуждении. Примером такого списка может быть следующий перечень:

- 1) не прошел собеседование;
- 2) брат отказал в помощи устроить на работу;
- 3) мать отобрала ключи от машины;
- 4) сломалась стиральная машина;
- 5) отец заставил работать на даче;
- 6) нарушил правило Программы, опоздал на встречу.

Давайте теперь посмотрим и найдем что-то общее во всех этих ситуациях, что позволит дать определение неудачи. Для этого я попрошу Вас к каждому примеру добавить предложение со слов «я хотел..., но...» и продолжить имеющимся предложением. Например, «Я хотел получить эту работу, но не прошел собеседование». Понятно?» Далее пациент проговаривает все предложения и делает вывод о том, чем похожи все ситуации. Как правило, это возникновение препятствия для удовлетворения желания пациента. (Обращаем Ваше внимание, что желание пациента не есть его потребность, а лишь конкретная форма выражения этой потребности, которая может быть до конца неосознанной.)

Следующим шагом будет анализ причин, возникших трудностей и неудач. Как правило, всегда присутствуют две причины: внешние (объективные) и внутренние (субъективные). Этот факт следует обсудить и признать. Так, совершенно понятно, что неудача в собеседовании могла быть как в результате недостаточных умений вести переговоры, так и в том, что это место изначально предназначалось другому. Вместе с пациентом рассмотрите все возможные причины ситуаций в списке. После чего задайте вопрос: «Какой вывод Вы можете сделать в связи с проведенным анализом?»

Следующий шаг в исследовании — это влияние неудачи на эмоциональное состояние и выбор типичных поведенческих стратегий. Пациент вновь читает примеры из списка, продолжая их словами «... и тогда я почувствовал..., и сделал ...» Например, «Когда я не прошел собеседование, я обиделся на директора фирмы и не пошел на второе собеседование». И так по всему списку. Что позволит выделить ведущие стратегии поведения. Например, обида и, как следствие, уход из ситуации. Кратко охарактеризуйте последствия этого поведения, задав пациенту вопрос: «В чем помогли Вам эти выбранные стратегии поведения, а в чем помешали?»

Далее предложите пациенту найти иные способы совладания с подобными ситуациями, предложив ему модель «как если бы ты был другим человеком». Запишите их для каждой ситуации, не вдаваясь в оценку предложенных стратегий. В завершение предложите пациенту выделить те стратегии, которые он не использовал, но находит их привлекательными и полезными для данной ситуации.

Полностью такая работа может быть сведена в единую таблицу, приведенную ниже. Ее можно поместить в рабочую тетрадь пациента (табл. 2).

Таблица 2

Событие	Его причины	Эмоции и действия	Последствия	Что можно было сделать, если бы я был другим
1. Не прошел собеседование	Недостаточно умений вести переговоры, это место изначально предназначалось другому	Я обиделся на директора фирмы и не пошел на второе собеседование	Я остался без работы	Попросить директора объяснить причину отказа, поговорить с другом, обсудить с психологом
2. Брат отказал в помощи устроить на работу				
3. Мать отобрала ключи от машины				
4. Сломалась стиральная машина				

*Выводы:*

При обсуждении новых возможных стратегий поведения следует поощрять пациента искать их, не только используя собственные ресурсы, но и опираться на социальное окружение. Стратегии избегания следует поддерживать, если в настоящий момент они обеспечивают сохранение трезвости пациента. Например, пациент рассказывает, что получил грубый отказ от брата, и поэтому он ушел из контакта с ним, переживая злость и унижение. Он чувствует себя не способным в настоящий момент сдерживать эти переживания в присутствии брата и тем более искать поддержку в этих отношениях. В этом случае следует поддержать пациента в выбранной стратегии и найти способы совладания с эмоциональным напряжением с помощью отвлечения и приемов релаксации.

Домашним заданием может быть продолжение работы с таблицей «Преодоление трудностей» или работа с дисфункциональными мыслями при встрече с неудачами.

**Заключительное подведение итогов встречи и запрос у пациента обратной связи.** Стандартно встреча завершается подведением итогов. Пациент отвечает на вопросы: «Что сегодня он сделал для себя полезного? С какими мыслями он уходит?» Назначается следующая индивидуальная встреча и обозначается ее тема «Мои достижения».

#### 2.1.4. Тематическая индивидуальная встреча «Мои достижения»

**Цель встречи:** приобретение умений и навыков замечать и опираться на собственные достижения.

**План встречи** следует универсальному плану когнитивной терапии.

**Краткая оценка текущего состояния и оценка настроения пациента, переносимости терапии,** как обычно, проводятся с помощью визуально-аналоговой шкалы и предоставленного графика настроения. Обращаем внимание на динамику, даем ей оценку, отмечаем произошедшие изменения. Важно отметить положительную динамику и положительные изменения.

**Связь текущей сессии с предыдущей** позволяет перекинуть мостик от темы «Трудности и неудачи» к теме «Достижения». Можно начать с вопросов «Как прошло время между сессиями? Что происходило? Какие мысли занимали Ваш ум? Какие трудности удалось преодолеть?» Следующим вопросом может быть вопрос о теме занятия: «Какой теме будет посвящена наша встреча?» Полученные ответы служат материалом для текущей работы.

**Определение повестки дня** начинается с вопроса «Что бы Вы хотели обсудить сегодня?», при этом можно повторить тему дня. Определение повестки дня может быть начато с комментария врача о наблюдении за ответами пациента. Не редко пациенты больше концентрируются на трудностях и неудачах в своем выздоровлении, что может снижать их возможности опираться на свои ресурсы. В таком случае врач может сказать следующее: «Позвольте ли Вы мне рассказать о своих наблюдениях и прокомментировать то, что я услышал сегодня от Вас?» Если пациент согласен, то продолжите примерно так: «Когда Вы давали отчет о проделанной работе между сессиями из 5-ти событий, лишь одно было о Вашем успехе. Как Вам это?» Часто пациенты говорят, что это нормально — замечать ошиб-

ки, ведь их разрешение позволяет меняться. Довольно справедливая мысль, что и следует отметить. Однако стоит в то же время обратить внимание пациента на тот факт, что негативные мысли о себе часто могут отрицательно сказываться на настроении и действиях, что нежелательно для эффективного продолжения изменений поведения и в целом жизни пациента. «Я предлагаю сегодня исследовать Ваши достижения, чтобы они стали важным ресурсом для трудной и постоянной работы над собой. Давайте обсудим круг возможных вопросов для исследования этой темы. Они могут быть следующими:

1. Что такое достижение и как Вы к ним относитесь?

2. Что Вы переживаете и делаете в случае успеха?

3. Как можно замечать достижения и сделать их «платформой» для дальнейших шагов?

**Анализ домашнего задания** происходит в связи с темой дня.

Пациент отвечает на вопрос «Что удалось сделать, выполняя домашнее задание?» Все высказывания записываются в тетрадь пациента. В своих высказываниях пациент может перейти от успехов к критике, запишите несколько таких замечаний, и если пациент сам не возвращается к поиску достижений, напомните ему об этой задаче.

**Обсуждение вопросов повестки дня, определение домашнего задания и периодичность подведения итогов.** После анализа домашнего задания пациент и врач переходят к обсуждению поставленных вопросов.

«Предлагаю рассмотреть список, который получился при анализе домашнего задания. Что Вы видите? Какое получилось соотношение успешных дел и неудач? Какие трудности Вы испытывали выделяя собственные достижения? Что происходило с Вами?» Эти вопросы направлены на выявление дисфункциональных мыслей в отношении обращения с успехом. Часто можно слышать высказывания следующего типа: «Как-то неправильно хвалить себя», «Трудно замечать хорошее в себе», «Я привык обращать внимание на неудачи, это стимулирует меня», «Вообще, зачем это нужно — отмечать хорошее? Есть и здорово, надо искоренять негатив!» Могут быть и другие высказывания, отражающие установки пациента в отношении замечать собственные достижения. На этом этапе мы лишь обозначаем эти установки, признавая их право на определенную справедливость (они справедливы для конкретных ситуаций, в которых и были сформированы в течение жизни пациента).

Следующим шагом может быть совместный поиск определения понятия достижения или успеха. Техническим приемом может быть непосредственная дискуссия с пациентом «Что для него значит достижение?» либо, в случае затруднения, можно предложить составить ассоциативный ряд, эта техника уже знакома пациенту. Приведем конкретный пример. Был получен такой ассоциативный ряд. Достижение это — завершение трудной работы, выполнение обещаний, радость, похвала, получение признания на работе или в семье, завершение нудного дела, конец проекта, удовольствие, награда, премия.

Обратите внимание, описание касается трех сфер: деятельности (что-то завершить, выполнить), эмоций (радость, удовольствие) и ответа среды на достижение (похвала, награда, признание). Таким образом, успех это некая деятельность, в результате которой человек испытывает удовольствие и радость и получает признание. В данном определении есть, по меньшей мере, два слабых звена, требующих уточнения. Говоря о деятельности, пациент сконцентрирован в большей степени на ее результате (завершение), нежели на самом процессе (на это указывает малое количество использованных глаголов). Такая установка может быть серьезным препятствием в признании достижений в деятельности как таковой. «Я делаю задание, и это уже достижение!» Второе — это признание, пациент ждет признания от среды, и в этом его потребность. Но признание может быть и в форме самоподкрепления. Именно на это и направлена сегодняшняя встреча.

«Следующий шаг в исследовании это анализ того, как достижения влияют на Ваше эмоциональное состояние и как происходит выбор форм поведения». Мы просим пациента рассказать ситуацию переживания успеха. При этом мы обращаем внимание на невербальное поведение (поза, жесты, дыхание, вегетативные реакции, характеристики речи и т. д.) и в момент остановки или резкой смены поведения задаем ему основной вопрос «О чем он сейчас подумал?» Таким образом, мы выявляем автоматическую мысль, определяющую его эмоциональное состояние и поведение.

Например:

Пациент. Я сдавал на права. Мой инструктор намекал мне, что без денежной поддержки я провалюсь. Но все было круто...

Терапевт. Расскажи мне, как это было, как если бы это происходило прямо сейчас.



П. Ну я отказался. Отец с 10 лет меня сажал за руль. Он крутой водила. Я знал, что смогу все сдать...

Т. Здорово. Как ты сдаешь? Расскажи завершение.

П. Я прохожу последний круг (говорит громче). Вдруг вижу, что на перекрестке на «красный» выехала мамочка с коляской. Курица!!!

Т. Да.

П. Я так ловко затормозил, ушел от удара справа, что мой «мент» рот открыл. Он уже решил, что влетим в газель. Это было да!!!

Т. И что было потом?

П. Когда мы подъехали на площадку, «мент» пожал мне руку (краснеет, говорит тише), выразил мне уважение.

Т. О чем ты подумал сейчас?

П. Как-то некрасиво хвастаться. Не по-мужски это.

Т. Ты смущен?

П. Да. Я как будто бы стесняюсь, что говорю об этом.

Т. Что еще ты испытываешь?

П. Ну я горжусь, что смог сделать это.

Т. Ага, то есть ты гордишься своим успехом, но смущаешься признать это.

П. Похоже на то.

Т. Что делает с тобой гордость? А что смущение?

Анализируя этот кусок работы, пациент приходит к выводу, что, испытывая гордость за свой успех, он мог бы продвинуться дальше в этой деятельности. Гордость придает ему силы и желание продолжать что-то делать. Смущение, наоборот, лишает его сил, делает достижения незначимыми. Так пациент лишает себя поддержки, стараясь не замечать свои успехи или преуменьшая их важность. Эта стратегия распространяется и на обычные дела. Стратегии нивелирования достижений могут быть самыми разными. Например, пациент может сравнивать свои поступки с поступками здоровых людей. В этом случае важно обратить внимание пациента на сравнение с самим собой в недалеком прошлом (в потреблении, начале лечения, трехмесячной давности и т. д.).

После осознания роли нивелирования достижений пациент вместе с терапевтом ищет новые стратегии обхождения с достижениями. Пациент принимает мысль о необходимости замечать свои достижения, обозначать их и придавать им должную значимость.

«Я предлагаю тебе поработать со списком достижений или похвальных дел. Похвальные дела это те ежедневные поступки или

действия, которые заслуживают похвалы. Похвала может быть большой и маленькой, как и сами действия, но они действительно ее заслуживают. Это может быть что-то, что ты никогда раньше не делал или давно перестал это делать. Или это поступок, который скромный человек, может, и не заметит, но окружающие обязательно отметят его. Давай попробуем. Что вчера ты сделал такого, что можно включить в такой список?» Терапевт активно поощряет пациента в поиске его похвальных дел.

Пример:

Пациент. Ну, я попробую. Так, что же было утром? Точно! (улыбается, поднимает вверх палец). Во-первых, Я сам встал в 7 утра. Я не делал этого в течение последних лет.

Терапевт. Прекрасно, запиши это.

П. Я вымыл пол на кухне без напоминания матери. Я молодец!

Т. Да.

П. Мне было очень неудобно как-то, страшно, но я позвонил своему бывшему начальнику и попросил о встрече.

Т. Тебе было страшно, но ты сделал это.

П. Да. Я откладывал этот звонок три месяца!

Т. Есть еще?

П. Я не опоздал на сегодняшнюю встречу, Вы помните, я обычно опаздывал (смеется).

Т. Как тебе такая работа?

П. А что, прикольно даже. Сам себе говорю «молодец»!

Т. Что с твоим настроением?

П. Идет вверх.

Т. Я предлагаю тебе новое домашнее задание. Вести список похвальных дел. Было бы идеально, если бы ты записывал его сразу после события. Но если это невозможно, то записывай их трижды в день в обед, перед ужином и перед сном. Получится?

П. Постараюсь. За этот ответ тоже можно поставить 5?

**Заключительное подведение итогов встречи и запрос у пациента обратной связи.** Стандартно встреча завершается подведением итогов. Пациент отвечает на вопросы: «Понятно ли ему для чего была сегодняшняя встреча? Что полезного сегодня он сделал для себя? С какими мыслями он уходит?» Назначается следующая индивидуальная встреча и обозначается ее тема «Планы и цели. Планирование деятельности».

## 2.2. Групповая когнитивная психотерапия

Групповая когнитивная терапия — наиболее часто используемая форма работы с наркологическими пациентами. Пациенты также как и в индивидуальной психотерапии принимают концепцию когнитивной терапии, следуют АВС-модели, обучаются выявлению, оценке и реконструкции дисфункциональных мыслей. Все групповые эффекты, присущие групповой психотерапии, имеют место быть, но центральными лечебными механизмами в данном случае являются: моделирование и научение. Применяется ряд когнитивных техник: ролевая игра, дискуссия, мозговой штурм. В качестве примера приведем работу с группой пациентов, находившихся в стационаре на этапе восстановительного лечения. Пациенты включались в группу с первых дней пребывания в стационаре. Это участники программы по формированию приверженности к антиретровирусной терапии, проходившие лечение в условиях наркологического стационара. Всего было 20 ежедневных тематических занятий. Обычный план групповой встречи: оценка актуального состояния, определение повестки дня, работа с повесткой дня, обратная связь, итоги. Предлагаемые задания выполняли все участники группы, затем шло обсуждение, комментарии терапевта, подведение итогов. В описании мы сохранили стилистику и форму высказываний пациентов и дали краткий комментарий для психотерапевта для дальнейшего планирования работы (концептуализация случая).

### 2.2.1. Групповое тематическое занятие «Друзья»

**Цель занятия:** осознание роли друзей в становлении ремиссии.

**Задание:**

1. Перечислите своих друзей до начала употребления. Что Вы знаете об их судьбе? Кем они стали? Напишите.
2. Как они отнеслись к тому, что Вы стали наркоманом? Запишите.
3. Перечислите друзей во время Вашего потребления. Какова их судьба?
4. Какими качествами отличаются друзья этих двух периодов Вашей жизни?
5. Дайте определение понятию ДРУГ.
6. О каком круге общения Вы мечтаете? Кто и что поможет Вам создать этот круг общения?

**Комментарий:** ведущий группы обращает внимание участников на то, какие качества в дружбе они ценят, что для них является главным в этих отношениях, на то, что объединяет людей. Обсуждается влияние друзей на выбор форм поведения. Обращается внимание пациентов на то, что необходимо время для создания нового круга общения, опасности возвращения к прежнему кругу.

**Пример выполненного задания.** Пациент А., 30 лет. Героиновая наркомания, ВИЧ-инфицирован с 2005 года. Стаж потребления — 12 лет.

1. Кирилл — он женился, работал охранником, а потом стал продавцом, через некоторое время он стал директором магазина.

2. Естественно отрицательно, но он не в силах меня остановить и препятствовать мне.

3. Антон — сидит, Саша малой — убит, Ваня — умер, Дима — торчит (*потребляет*), Рома богач — торчит, Тема — торчит, Витя конь — умер, Неля — умерла, Брат — торчит.

4. Мне кажется, что друзья из употребления и те, кого миновала эта беда, и он отошел в сторону, отличаются тем, что они не смогут общаться друг с другом долгое время, потому что все раскроется.

5. Для меня друг — это человек, которого я хорошо знаю и могу положиться на него в трудную для меня минуту, и который не бросит меня в экстремальной ситуации.

6. Так как я наркоман, а в данный момент выздоравливающий наркоман, то я хотел бы иметь круг общения с мамой, что мне очень важно, и с выздоравливающими наркоманами, так как их поддержка мне очень нужна.

*(Пациент переживает потери друзей, не видит возможности получения поддержки от друзей из употребления, не осознает своих чувств (стыд?), которые мешают ему общаться с ними. Имеет дезадаптивные установки, касающиеся друзей из употребления «Они не смогут общаться друг с другом». Хорошим ресурсом является осознание возможности общения с выздоравливающими.)*

### 2.2.2. Групповое тематическое занятие «Поддержка»

**Цель занятия:** осознание необходимости видеть, просить и принимать поддержку, оказываемую окружением, оценить ее влияние на становление трезвости.

**Задание:**

1. Что значит для Вас поддержка? Дайте определение.

2. В какой поддержке Вы сейчас нуждаетесь?
3. Кто или что сегодня Вас поддерживает? Приведите 10 примеров.
4. Приведите примеры, когда Вы просили поддержки у окружающих.
5. Что мешает Вам просить помощи у окружения? Что помогает?

**Комментарий:** ведущий группы обращает особое внимание пациентов на то, какую роль в жизни каждого играет поддержка, оказываемая окружением. Подчеркивает умения принимать и самому оказывать поддержку другим (на примере группы). Добивается осознания того, как личные качества, мысли и страхи мешают просить или принимать поддержку. Обсуждается вопрос о том, к чему это может привести. Подчеркивается роль дисфункционального мышления в формировании негативной эмоциональной реакции.

**Пример выполненного задания.** Кирилл, 35 лет. Героиновая наркомания, ВИЧ-инфицирован с 2004 года. Стаж потребления — 16 лет.

1. Поддержку я считаю очень важным фактором в жизни человека, без нее человеку очень трудно, как морально, так и физически.
2. В данный момент я нуждаюсь в поддержке своих родственников, в особенности матери, ну и хороших друзей.
3. Сейчас меня поддерживают:

Группа в определенном настрое. Наши кураторы. Сестры, которые своевременно дают лекарства. Мои родственники, особую поддержку мне оказывает мама. Также друзья меня поддерживают в некоторых ситуациях. Совместное общение — это поддержка.

4. У окружающих я просил помощи в финансовом плане, и мне было сильно неудобно это делать, а помогает нужда, надежда. Причем, я обращаюсь к людям, которые точно могут помочь и поддержат в трудную минуту.

*(Пациент видит поддержку со стороны окружения, опирается на помощь родственников и персонала, что является для него важным ресурсом. Однако, в целом, поддержка описывается формально и ограничивается конкретной помощью в решении финансовых проблем. Прслеживается мысль: «Что только будучи уверенным в том, что помогут, можно обратиться за помощью».)*

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Когнитивная психотерапия является приоритетным общепризнанным методом выбора в работе с наркозависимыми пациентами, как в индивидуальной, так и в групповой форме. Структура, последовательность и совместная активность делают ее привлекательным методом и для специалиста, и для пациента. Единство теории, методологии и практики в изложении делает данное пособие хорошим помощником на пути изучения когнитивной терапии, в ее применении в работе с таким сложным контингентом, как пациенты наркологического профиля.

## ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. В чем заключается когнитивная концептуализация случая?
2. Дайте описание ABC-модели.
3. Какое значение в когнитивной терапии имеет идентификация эмоций?
4. В чем заключается принцип структуры в когнитивной терапии?
5. Составьте план первого индивидуального занятия в когнитивной терапии.
6. Составьте план групповых встреч для пациентов, находящихся в реабилитационной программе в условиях стационарного пребывания.

## СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Агibalова Т. В., Городнова М. Ю., Добряков И. В., Петров А. Д.* Комплексная программа лечения опийной зависимости «Точка трезвости»: Тетрадь для врача. — М.: Янсен, 2012. — 132 с.
2. *Александрова Н. В., Городнова М. Ю., Эйдемиллер Э. Г.* Современные модели психотерапии при ВИЧ/СПИДе. — СПб.: Речь, 2010. — 191 с.
3. *Бек Дж.* Когнитивная терапия: полное руководство: пер. с англ. — М.: ООО «И. Д. Вильямс», 2006. — 400 с.
4. Клиническое руководство по психическим расстройствам / под ред. Д. Барлоу. — 3-е изд. — СПб.: Питер, 2008. — 912 с.
5. Когнитивно-поведенческое вмешательство в терапии зависимостей от психоактивных веществ // Руководство по проведению тренингов / Сост.: В. Буизман, Э. Оттен, В. Ялтонский, Н. Сирота. — М.: Дизайн-проект «Самолет», 2007. — 62 с.
6. *Лус. М.* Роль психиатра в лечении ВИЧ-инфицированного потребителя наркотиков / Материалы российско-французской конференции 5–6 декабря 2007 года. — СПб.: Санкт-Петербургская региональная общественная организация «Возвращение», 2008. — С. 34–38.
7. Практикум по семейной психотерапии: современные модели и методы. Учебное пособие для врачей и психологов / под ред. Э. Г. Эйдемиллера. — 2-е изд., испр. и доп. — СПб.: Речь, 2010. — 425 с.
8. *Beck A. T., Wright F. W., Newman C. F., & Liese B.* (1993). Cognitive therapy of substance abuse. New York; Guilford Press.
9. *Ellis A.* (1962). Reason and emotion in psychotherapy. New York; Lyle Stuart.
10. *Marlatt G. A., & Gordon J. R.* (Eds.). (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York; Guilford Press.