

ПСИХОЛОГИЯ — ПРАКТИКЕ

Н. А. Сирота, Н. И. Зенцова

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА ПРИ НАРКОМАНИИ

В статье описывается модель профилактики рецидива наркомании, разработанная на основе принципов когнитивно-поведенческого подхода в психотерапии. Особое внимание уделено работе с пациентом по формированию и эффективному использованию навыков успешной психосоциальной адаптации, включая развитие эмпатии, навыков эффективного взаимодействия с социальным окружением, формирование позитивной Я-концепции и коммуникативных навыков.

Ключевые слова: наркомания, профилактика рецидива, когнитивно-поведенческий подход, психосоциальная адаптация, копинг-поведение.

The cognitive-behavioral psychotherapy is a recognized method of treatment addictive personality disorder. The special place is given to self-efficiency, situations of high risk of failure, to formation and an effective utilization of skills of successful psychosocial adaptation (skills of effective interaction including development with a social environment, empathy development, formation of the positive «I-concept» and communicative skills).

Keywords: drug addiction, prophylaxis recurrence, cognitive-behavioral approach, psychosocial adaptation, coping-behavior.

Современные масштабы и темпы распространения наркомании среди детей и подростков ставят под вопрос не только физическое и моральное здоровье, но и само будущее значительной части молодежи. Внутривенное употребление наркотиков способствует быстрому распространению вирусных инфекционных заболеваний — СПИДа, гепатитов и др. (Должанская, Бузина, 2000). По некоторым данным, в группе лиц, злоупотребляющих наркотиками, показатели травматизации и суицидальных попыток значительно выше, чем в среднем в популяции, и именно эти лица часто вовлекаются в криминальную и террористическую деятельность (Зинченко, Шилко, 2007; Zinchenko, Shilko, 2006).

Программы профилактики наркотической зависимости активно разрабатываются учеными в США, Австралии, Западной Европе, а

Сирота Наталья Александровна — докт. мед. наук, профессор, декан ф-та клинической психологии ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития РФ.

Зенцова Наталья Игоревна — аспирантка кафедры клинической психологии ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития РФ, науч. сотр. отдела организации и координации научных исследований ФГУ НИЦН Росздрава. E-mail: nataliezentsova@mail.ru

в последние годы и в России. Однако результаты их внедрения не внушают оптимизма (см. для обзора: Сирота, Валентик, 2002; Сирота, Ялтонский, 2007), поскольку явно ощущается недостаточная теоретическая обоснованность моделей профилактики рецидива и психотерапевтических техник.

Психологические факторы играют весьма важную роль в профилактике наркомании, в психотерапии и фармакотерапии, в предупреждении рецидивов и поддержании ремиссий, в реабилитационном процессе и выздоровлении от разных видов зависимости (в том числе от психоактивных веществ и информационных технологий). На сегодняшний день клиническими психологами проведены многочисленные исследования лиц с зависимостью от психоактивных веществ. Изучены аномалии личности при алкоголизме, структура Я-концепции в норме и патологии, совладающее с болезнью поведение наркозависимых, психологические факторы риска ВИЧ-инфицирования, дефицитарность внутреннего контроля и структуры самооценки, нарушения саморегуляции функции самосознания у больных опишной наркоманией, зависимость как побочный эффект социализации, семантика внутреннего восприятия при зависимостях от психоактивных веществ, формирование установки на трезвость, профилактика и мотивация на лечение и когнитивно-поведенческое вмешательство в терапию зависимости. Эти работы не только расширили проблемное поле научных исследований в наркологии, но и обозначили широкую область применения клинической психологии как самостоятельного направления исследований в области профилактики в наркологии (Братусь, 1988; Бузина, 1994; Николаева, Соколова, 1995; Сирота, Ялтонский, 2007; Соколова, 1989; Тхостов, Грюнталь, 2001; Тхостов, Елшанский, 2005; Тхостов, Сурнов, 2005).

Во многих странах, в том числе и в России, первичная профилактика употребления наркотиков, лечение и реабилитация наркологических больных (вторичная и третичная профилактика) ведутся преимущественно лекарственными средствами. Необходимость последних очевидна, но они не могут заменить собой личностно ориентированную превенцию. Мы полагаем, что существенный прогресс в области профилактики наркомании обеспечивается разработкой когнитивно-поведенческих подходов, сфокусированных на устранении факторов, содействующих началу злоупотребления психоактивными веществами. Признанным методом профилактики аддиктивных расстройств является когнитивно-поведенческий подход (Федоров, 2002; Ellis, 1985; Marlatt, 1998; Sobell, Sobell, 2003). В когнитивно-поведенческом подходе выделяются два вида психотерапевтических мишеней: 1) симптомы — различные проявления патологического влечения к наркотику; 2) глубинные когнитивные схемы — базовые дисфункциональные убеждения и иррациональные установки. Индивидуальная организация когнитивных схем прояв-

ляется в «автоматических мыслях» и определяет стратегию регулирования личностью своего поведения (Когнитивная психотерапия..., 2002). Таким образом, одна и та же глубинная когнитивная структура будет определять такие составляющие зависимого поведения, как мотив потребления наркотика, внутренняя картина болезни, мотивация на лечение и концепция терапии. Важную роль в индивидуальной организации дисфункциональной схемы играют такие личностные характеристики, как уровень социального интеллекта, навыки эмпатии, макиавеллизм личности, локус контроля и самооценка.

При психотерапии зависимого поведения имеет смысл рассматривать рецидив как ошибку, которую пациенту необходимо правильно воспринимать, осознавать и использовать в дальнейшем как опыт восстановления от зависимости. Важнейшей основой данной модели является не только профилактика срыва, пока он не произошел, но и работа с пациентом по формированию навыков успешной психосоциальной адаптации. Особое место уделено самоэффективности, которая развивается на протяжении всего времени абстиненции, и ситуациям высокого риска срыва, а также формированию и эффективному использованию навыков успешной психосоциальной адаптации (включающих развитие навыков эффективного взаимодействия с социальным окружением, развитие эмпатии, формирование позитивной Я-концепции и коммуникативных навыков) для преодоления ситуаций риска. Если пациент не способен использовать эффективное копинг-поведение при столкновении с ситуациями риска, то результатом будет снижение ощущения самоэффективности в процессе преодоления болезни и использование наркотика в качестве деструктивного копинг-механизма избегания проблемы. Если результаты работы по преодолению зависимости оцениваются пациентом как эффективные, вероятность использования наркотиков уменьшается.

Итак, в соответствии с когнитивно-поведенческой моделью профилактики рецидив развивается следующим образом. Если на ситуацию высокого риска срыва индивид не дает эффективного копинг-ответа (направленного на преодоление влечения к наркотику), у него уменьшается ощущение самоэффективности в преодолении болезни и усиливаются позитивные ожидания от приема наркотика. Он употребляет наркотик, затем следуют эффект абстиненции и интрапсихический конфликт, вызванный когнитивным диссонансом между желаемым самоотношением и восприятием себя как потерявшего контроль. Вследствие этого проблемы рецидива нарастают. Если же на ситуацию высокого риска срыва индивид дает эффективный копинг-ответ, у него повышается ощущение самоэффективности в преодолении болезни и тем самым уменьшается риск срыва.

Для профилактики рецидивов в нашей программе предполагаются следующие мероприятия:

— повышение уровня знаний о ситуациях высокого риска (тренинг навыков преодоления ситуаций высокого риска);

— повышение самокомпетентности и умения понимать и контролировать процессы, связанные с изменениями в сфере своего Я в ситуациях высокого риска;

— работа по развитию умений осознавать собственные чувства и эмоциональное состояние, открыто выражать собственные чувства; выработка умения идентифицировать эмоциональное состояние, понимать и разделять чувства другого человека; отработка навыков эмпатийного взаимодействия;

— работа по формированию представлений о себе как человеке, эффективно преодолевающим зависимость;

— работа по развитию позитивной Я-концепции, формированию критичного отношения к своему состоянию;

— тренинг когнитивной оценки проблемных стрессовых ситуаций и ситуаций высокого риска;

— работа над повышением внутреннего контроля над своим поведением (тренинг избегания ситуаций высокого риска), в случае отсутствия эффективного копинг-ответа на ситуацию высокого риска используется релаксационный тренинг;

— обучение управлению стрессом параллельно с развитием ресурсов адаптивного копинг-поведения;

— в случае снижения ощущения самоэффективности ведется работа по формированию позитивных ожиданий в отношении собственного поведения в ситуациях риска и стрессовых ситуациях;

— работа с мотивацией; обучение ежедневной работе с собой по преодолению зависимости.

В случае состоявшегося срыва и развивающегося рецидива используется программа снятия абстиненции и когнитивной реконструкции понимания процесса рецидива и поиска когнитивных, аффективных и поведенческих ресурсов по его преодолению.

Конкретные психотехнологии профилактики рецидива базируются на понимании того, что у пациента необходимо развивать:

— представление о себе как об эффективном человеке, преодолевающим зависимость;

— навыки совладания со стрессовыми и проблемными ситуациями;

— навыки и возможности самоконтроля, когнитивной оценки стрессовых и проблемных ситуаций, своего поведения, эмоций, влечения к наркотику и совладания с ним;

— самоэффективность в процессе преодоления жизненных стрессовых ситуаций и ситуаций риска срыва и рецидива;

— умение обсуждать позитивный опыт успешного преодоления ситуаций риска срыва и рецидива и проводить анализ и оценку ситуаций высокого риска срыва и рецидива;

— способность к самонаблюдению как инструмент самоконтроля для усиления уровня осознания различных ситуаций; важно со-

ставлять перечень и график ситуаций риска, вести дневник, в котором фиксируются все ситуации риска, возникающие в реальной жизни, проводить их анализ, а также анализ собственного поведения по их преодолению;

— умение анализировать конкретные ситуации риска в качестве домашней работы; важно составить индивидуальный список конкретных ситуаций риска в иерархической последовательности от менее до более рискованных и оценить выраженность риска для себя в балльной системе; так происходит обучение конкретным формам копинг-поведения;

— навыки проработки вариантов преодоления ситуаций риска в последовательности от менее до более рискованных, вплоть до максимально трудных ситуаций; необходимо, чтобы пациент осознавал свою реальную готовность к их преодолению и ее степень, чувствовал себя эффективным; так будет формироваться самоэффективность в преодолении риска рецидива;

— навыки по разработке вариантов использования альтернативных наркотизации копинг-стратегий (форм поведения, которые будут способствовать сопротивлению искушению наркотизации или его избеганию);

— умение адекватно оценивать и анализировать себя, свои мысли, эмоции и действия и понимать, что повышение самоэффективности — это результат успешно усвоенных и развитых навыков преодоления стрессовых и рискованных ситуаций;

— умение проводить микроанализ срыва или рецидива (если он произошел); пациент должен понять, что у него была возможность выбора варианта поведения.

Важно проанализировать вместе с пациентом причины выбора именно этого варианта: почему это произошло? Каких ресурсов не хватило у личности? Возник ли кризис мотивации? Какие факторы препятствовали эффективному преодолению ситуации риска? Что необходимо изменить (развить, доработать) для того, чтобы последующие попытки преодоления ситуаций риска были эффективными? Произошедший срыв необходимо использовать как опыт. Были ли какие-то сигналы в мыслях, поведении к тому, что срыв может произойти? Что заставило не обратить внимание на эти сигналы?

Рецидив при нарушении самоконтроля может запускаться следующим образом. Неустойчивость мотивационного статуса, несоответствие стиля жизни требованиям сбалансированности постепенно переходят в желание потворствовать своим слабостям. На этом фоне возрастает потребность и актуализируется влечение к наркотику. Однако оно не осознается, так как включаются защитные механизмы рационализации («ничего страшного не произойдет»), «зачем нужна такая мерзкая жизнь без удовольствий», «я и так слишком много сделал, я заслужил это» и т.д.), вытеснения, отрицания. Решение и поступок, связанный с возобновлением наркотизации, кажутся легки-

ми и незначительными. В этот момент возникает ситуация высокого риска. На этапе неустойчивого равновесия требуется сформировать комбинацию установок на стабильный жизненный стиль, жизненное равновесие с элементами позитивной зависимости (занятия спортом, работа, медитация, уход за телом, интеллектуальный и эстетический рост и т.д.).

На этапе формирования желания потворствовать своим слабостям важно сформировать позитивные желания (например, занятия творческой деятельностью, искусством, эстетическим и физическим самосовершенствованием). На этапе актуализации влечения можно интенсивнее тренировать копинг-навыки преодоления влечения, техники контроля за своим эмоциональным и психическим состоянием. На этапе формирования решения может быть использована техника матрицы принятия решения, представляющая собой запрограммированный в воображении рецидив и рассмотрение его последствий. Ситуация возникновения срыва и рецидива может быть проговорена или проиграна в ролевой игре с целью осознания того, что же действительно происходит и что может случиться дальше. Какие действия необходимо совершить, какие решения принять, что изменить? Использование данной техники — работа, требующая высокого мастерства, сопряженная с риском резкой актуализации влечения и неуправляемости поведения пациента. Поэтому она должна проводиться преимущественно в группе с высоким эмпатическим потенциалом, в ситуации взаимного доверия и поддержки, когда пациент имеет возможность отрефлексировать свои эмоции и получить «обратную связь» и поддержку.

Анализ рецидива производится посредством аналитической реконструкции поведенческой цепи, приводящей к срыву. Таким образом, достигается понимание последовательности событий. Интервьюирующий поощряет пациента к исследованию и прояснению своих реакций, подводя его к пониманию причин возникшего или возможного срыва. Процесс интервьюирования требует активного взаимодействия, сотрудничества. Его лечебный смысл заключается в том, что пациент должен получить новую информацию о собственной динамике рецидива и обучиться адекватным стратегиям предотвращения рецидива — конкретным навыкам для достижения и сохранения трезвости. Определим навыки адаптивного копинг-поведения, необходимые для предотвращения рецидива.

Адаптивное копинг-поведение включает в себя следующие характеристики:

— сбалансированное использование соответствующих возрасту стратегий разрешения проблем и поиска социальной поддержки;

— достаточное развитие сбалансированных компонентов когнитивно-оценочных механизмов и развитие эмоционального и поведенческого компонентов;

— преобладание мотивации на достижение успеха над мотивацией избегания неудачи, готовность к активному противостоянию негативным факторам среды и осознанная направленность своего поведения на источник стресса;

— наличие определенных личностных адаптивных ресурсов, обеспечивающих позитивный психологический фон и способствующих развитию навыков эффективной психосоциальной адаптации (позитивная Я-концепция, развитость восприятия социальной поддержки, интервального локуса контроля над средой, эмпатии и аффилиации и т.д.).

Данная модель когнитивно-поведенческой профилактики характеризуется также наличием эффективного социально-поддерживающего процесса, обеспечиваемого развитостью базисной копинг-стратегии поиска социальной поддержки и личностного копинг-ресурса ее восприятия; самостоятельным активным выбором ее источника; определением вида и дозированием объема поддержки; успешным прогнозированием ее возможностей. Перечисленные выше характеристики адаптивного поведения фактически являются психологическими факторами стрессорезистентности, и их преобладание в структуре копинг-поведения в конечном счете определяет его исход в социальную интеграцию и конструктивную адаптацию у лиц, зависимых от психоактивных веществ.

На сегодняшний день программа когнитивно-поведенческой профилактики рецидива наркомании проводится в ряде клиник г. Москвы. В том числе в клинике ФГУ ННЦ наркологии Минздравсоцразвития РФ, филиале 17-й наркологической больницы ДЗ г. Москвы. С целью определения эффективности предлагаемой модели исследуются катамнез больных героиновой наркоманией, которым была оказана психологическая помощь в условиях стационара и амбулатории. Оценивается динамика следующих показателей: 1. Продолжительности ремиссии воздержания от ПАВ, отсутствия срывов и рецидивов заболевания. 2. Динамики патопсихологических, поведенческих, эмоциональных, личностных, социальных и др. изменений; появления критики к своему заболеванию. 3. Повышения психосоциальной адаптации. 4. Улучшения внутрисемейных отношений.

Анализ катамнестической информации позволил установить, что у наркологических больных, оставшихся в программе когнитивно-поведенческой реабилитации, значительно увеличивается продолжительность ремиссии. Помимо полного воздержания от наркотиков эти больные возобновляют учебу или работу, у них нормализуются семейные отношения, повышается уровень психосоциальной адаптации и самооценки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Братусь Б.С.* Аномалии личности. М., 1988.
- Бузина Т.С.* Феномен «поиска ощущений» и проблема профилактики СПИДа в наркологии // *Вопр. наркологии.* 1994. № 2. С. 84—88.
- Должанская Н.А., Бузина Т.С.* ВИЧ-инфекция в наркологической практике. М., 2000.
- Зинченко Ю.П., Шилко Р.С.* Выявление групп риска, представляющих ресурсы развития терроризма, и обоснование принципов антитеррористической деятельности на этом направлении // *Современный терроризм и борьба с ним: социально-гуманитарные измерения* / Под ред. В.В. Яценко. М., 2007. С. 35—52.
- Когнитивная психотерапия расстройств личности* / Под ред. А. Бека, А. Фримена. СПб., 2002.
- Николаева В.В., Соколова Е.Т.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995.
- Сирота Н.А., Валентик Ю.В.* Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. М., 2002.
- Сирота Н.А., Ялтонский В.М.* Профилактика наркомании и алкоголизма: Уч. пособие для студентов высших учебных заведений. М., 2007.
- Соколова Е.Т.* Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М., 1989.
- Тхостов А.Ш., Грюнталь Н.А.* Структура самооценки при опийной наркомании // *Вопр. наркологии.* 2001. № 5. С. 16—27.
- Тхостов А.Ш., Елианский С.П.* Психологические аспекты зависимостей: Уч. пособие для вузов / Под ред. А.Ш. Тхостова. М., 2005.
- Тхостов А.Ш., Сурнов К.Г.* Влияние современных технологий на развитие личности и формирование патологических форм адаптации: обратная сторона социализации // *Психолог.* 2005. № 6. С. 16—24.
- Федоров А.П.* Когнитивно-поведенческая психотерапия: Краткое руководство. СПб., 2002.
- Ellis A.* Overcoming resistance: Rational-emotive therapy with difficult clients. N.Y., 1985.
- Marlatt G.A.* Cognitive factors in the relapse process // Washington Press. 1998. N 5. P. 48—53.
- Sobell M.B., Sobell I.C.* Using motivational interviewing techniques to talk with clients about their alcohol use // *Cogn. and Behav. Practice.* 2003. N 10. P. 214—221.
- Zinchenko Y., Shilko R.S.* Psychological aspects in research of terrorism // Security, terrorism and privacy in information society: Proceedings of the Third International security conference (Dusseldorf, 27—28.10.2005). Dusseldorf, 2006. P. 4—6.

Поступила в редакцию
24.06.08