

Когнитивно-бихевиоральная терапия зависимого поведения. Тезисы.

Ромек В.Г., Южно-Российский гуманитарный институт, Ростов-на-Дону

Тезисы выступления на 2-ой Всероссийской научно-практической конференции психологов-практиков, Москва, 9 - 12 февраля 2006 года

Не отрицая важности и значения медикаментозного, глубинно-личностного, экзистенциального, процессуального и прочих аспектов терапии зависимостей, в данной статье мы хотели бы остановиться на когнитивно-бихевиоральном понимании зависимости, причин, ее вызывающих, а также на приемах и трудностях терапии зависимого поведения.

В рамках традиции, существующей в когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ) фундаментальной причиной психических заболеваний принято считать дефектные процессы обучения, результирующие либо в болезненных, то есть доставляющих страдание человеку или его окружению, формах поведения, либо в отсутствии (невывучивании) здоровых его форм (Дж. Вильсон, 2000; В.Г. Ромек, 2001; А.П. Федоров, 2002). В отношении зависимых форм поведения обычно проводят (довольно зыбкую) грань между злоупотреблением и зависимостью. Злоупотреблением считается значительное сужение круга занятий, доставляющих удовольствие за счет явного предпочтения одной из форм поведения в ущерб не менее важным другим. Если такое злоупотребление начинает приносить существенные страдания человеку или близким людям из его окружения, разрушает межличностные связи, вредит профессиональной деятельности или личностному росту, то речь обычно идет о зависимости или зависимом поведении.

Что же заставляет человека самого идти на такого рода ограничения, часто в достаточной мере болезненные для него самого или членов его семьи? Причины в рамках КБТ видят во взаимодополняющих и первоначально абсолютно здоровых и необходимых человеку формах научения. При определенных обстоятельствах эти здоровые механизмы научения становятся причинами, формирующими зависимость. Остановимся подробнее именно на этих обстоятельствах в порядке их влияния, но не веса в общем процессе или их важности.

Очевидно, что изначально причиной формирования злоупотребления становится факт естественного употребления. Зависимость не может возникнуть в отношении того, чего человек никогда не видел и не пробовал. В связи с большинством типов зависимого поведения человек очень часто видит, как другие пробуют предмет зависимости, и какая польза от этого возникает. Практически повсеместно, как в реальности, так и в средствах массовой информации (СМИ) можно наблюдать, как люди курят или пьют, и крайне редко эти занятия даются в негативном контексте. Реклама табака или алкоголя дополняет картину, демонстрируя явную связь между курением или употреблением алкоголя и счастливой «вкусной» жизнью. Естественный механизм обучения на моделях (А. Бандура) в этой ситуации может сыграть с человеком злую шутку: он начнет употреблять то, что в иной ситуации его бы даже не заинтересовало. Довольно часто окружающие не ограничиваются демонстрацией модели, но и прямо принуждают к употреблению. Примером может

служить пьющий коллектив сотрудников, в котором начинает работать трезвенник, некоторые семьи или целые профессиональные сообщества.

Часто человек верит в утверждения рекламы, и, следуя этим утверждениям, уже сам обнаруживает массу действительных или мнимых подкрепляющих эффектов, которыми действительно обладают табак, алкоголь или наркотики. Естественно, реклама и СМИ помогают и тем людям, которые уже успели ощутить эти подкрепления, ненароком либо же целенаправленно их пропагандируя. Любое живое существо стремится к подкреплению (Б.Ф. Скиннер), и человек в этом не составляет исключения, постепенно замещая деятельность, имеющую долговременные подкрепления (учеба, профессиональный рост, забота о близких) кратковременными удовольствиями, которые дают психоактивные вещества. Преимущественным влиянием кратковременных последствий объясняется и тот факт, что люди готовы мириться с долговременными и отсроченными негативными последствиями (похмелье, потеря работы, здоровья и т.д.) ради кратковременного удовольствия.

Названные два механизма научения прочно и удивительным образом сочетаются с третьим - классическим обусловливанием (И.П. Павлов). Ранее нейтральные стимулы, сочетанные с употреблением веществ, сами становятся стимулами к злоупотреблению. За счет механизма иррадиации в окружении, например, алкоголика, практически не остается стимулов, которые бы не побуждали к употреблению алкоголя. Счастье и горе, утро и вечер, понедельник и воскресенье, свадьбы и похороны, веселая или злая жена - практически любой стимул указывает на то, что нужно выпить.

Безусловно, длительное злоупотребление, как и, например, длительные спортивные тренировки, не могут не произвести некоторые изменения в организме, которые иногда способствуют, а иногда и затрудняют дальнейшее злоупотребление. Мы, однако, в этой статье не будем касаться медицинского аспекта проблемы, а сосредоточимся далее на приемах, которые использует когнитивно-бихевиоральная терапия для лечения зависимых форм поведения.

Сославшись здесь еще раз на фундаментальные принципы поведенческой терапии, следует сказать, что для лечения в ее рамках используются те же механизмы и закономерности, которые приводят к болезненному поведению. Отучивая от болезненных форм поведения, поведенческий терапевт одновременно стремится к научению новым, здоровым способам мыслить и действовать.

Очень важно на первых этапах терапии отыскать позитивные модели жизни без алкоголя, причем таким образом, чтобы эти альтернативные злоупотреблению модели обладали достаточно высокой степенью привлекательности для клиента, демонстрировали свою успешность в качестве замещающей модели на многих других людях, и были (или, как минимум, казались) легко осуществимыми в ближайшем будущем.

В противовес часто используемой практике запугивания, унижения и ограничения, в когнитивно-бихевиоральной терапии стремятся найти ценное и здоровое в человеке, и вернуть ему утраченные возможности получать удовольствие от

разнообразных субстанций и действий. Для этого придется освободить время, ограничивая время на злоупотребления, и стимулировать новые или забытые разнообразные занятия, доставляющие удовольствие. Оставив очевидные аналогии и отличия от трудотерапии, широко использовавшейся в лечебно-трудовых профилакториях, мы сошлемся здесь на эутимную (ориентированную на удовольствие) терапию в той ее части, которая касается расширения зон доступных человеку удовольствий. Ведь часто, особенно если зависимость формируется в ранние периоды жизни, человек просто не обучен получать удовольствие от прогулок, чтения, музыки, путешествий, художественного творчества, работы, учебы и т.д. (В.Г. Ромек, Е.А. Ромек, 2003). Отнимая у клиента привычные для него удовольствия от злоупотребления, поведенческие терапевты стремятся заполнить возникшую нишу новыми. Приемов такого реструктурирования жизни достаточно много, но рамки данной статьи позволяют нам лишь сослаться на профессиональную литературу.

Далее, что-то нужно делать с ошибочно обусловленными стимулами, которые ранее вели к злоупотреблению. Помимо только что описанного пути контр-обусловливания стимулов (Дж. Вольпе), существует возможность изоляции стимулов (например, уход из пьющего коллектива) и тренинга умения противостоять стимулам (такие, как тренинг умения сказать «нет»), использование замещающих действий (минеральная вода вместо водки или безалкогольное пиво) и т.д.

Особенно следует остановиться здесь на важности сопроводительной когнитивной терапии ошибочных убеждений и ожиданий, часто поддерживающих, а иногда и составляющих ядро зависимости (например, «без этого нельзя» или «у меня все под контролем»). Отмечая важность реструктуризации такого рода установок, следует также сказать и о сложности когнитивного аспекта терапии зависимости. Абсолютно недостаточно ограничивать когнитивную линию работы информированием о вреде алкоголя и агитацией «за здоровый образ жизни» в силу того, что проблемы когнитивных нарушений часто лежат за пределами знания о том, что «капля никотина убивает лошадь». Остановимся вкратце на этих проблемах.

Описанные в начале данной статьи чисто поведенческие приемы терапии зависимости будут крайне неэффективными, если первоначально не будет решена проблема отсутствия либо дефектов мотивации к изменениям у клиента. С этой проблемой часто можно столкнуться в ситуации, когда за помощью обращается не само зависимое лицо, а его близкие или родственники. При внешнем согласии на терапию конечный клиент часто ее скорее имитирует, чем реально продвигает в жизнь. Для решения данной проблемы в рамках когнитивной работы часто используют прием анализа кратковременных и долгосрочных последствий злоупотребления и воздержания. Подробнее на этом приеме мы остановимся в ходе нашего воркшопа.

Второй проблемой, требующей преимущественно когнитивного решения, является проблема рецидива, часто воспринимаемого клиентом как провал терапии в целом, а иногда и скрываемого клиентом. В рамках КБТ факт рецидива используют как повод для детального анализа причин рецидива и его мотивации. Клиенту тщательнейшим образом разъясняют, что даже в этом досадном факте

можно найти много полезного для последующей терапии, если сам клиент действительно стремится избавиться от зависимости (Р. МакМаллин, 2001).

В заключении хочется еще раз подчеркнуть, что в данной статье нашли свое краткое отражение лишь некоторые основные и принципиальные моменты когнитивно-бихевиоральной терапии зависимостей. Мы стремились здесь подчеркнуть ее специфические моменты, и прекрасно осознаем, что только осознанное использование преимуществ каждого метода психотерапии в отдельности и их совокупности может развеять миф о том, что сформировавшаяся зависимость необратима и неизлечима.