

⚠️18+

# ГРУППОВАЯ КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ АДДИКЦИЙ

---

ЭМИ ВЕНЦЕЛЬ  
БРЮС С. ЛИЕС  
ААРОН Т. БЕК  
ДАРА Г. ФРИДМАН-УИЛЕР



**Эми Венцель  
Дара Фридман-Уилер  
Аарон Темкин Бек  
Брюс Лиес**

**Групповая когнитивная  
психотерапия аддикций**

**Серия «Когнитивно-  
поведенческая психотерапия»**

*Текст предоставлен правообладателем*

*[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=73948027](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=73948027)*

*Э. Венцель. Б. С. Лиес. А. Т. Бек. Д. Г. Фридман-Уилер. Групповая когнитивная психотерапия аддикций: ООО «Прогресс книга»; Санкт-Петербург; 2026*

*ISBN 978-5-4461-1895-3*

**Аннотация**

**НЕЗАКОННОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ, ИХ АНАЛОГОВ ПРИЧИНЯЕТ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ, ИХ НЕЗАКОННЫЙ ОБОРОТ ЗАПРЕЩЕН И ВЛЕЧЕТ УСТАНОВЛЕННУЮ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ.**

Зависимость коренится не только в химических процессах, но и в наших мыслях и убеждениях. Перед вами – фундаментальное практическое руководство по ведению психотерапевтических групп для людей с аддикциями, созданное ведущими экспертами в области когнитивной терапии.

Основываясь на принципах, разработанных Аароном Т. Беком, эта книга предлагает:

- Четкую теоретическую базу КПТ для понимания природы аддикций.
- Пошаговые протоколы и структуру групповых сессий – от первой встречи до завершения.
- Эффективные техники работы с дисфункциональными мыслями и убеждениями, лежащими в основе зависимого поведения.
- Стратегии развития ключевых навыков: преодоления тяги, эмоциональной регуляции и профилактики рецидивов.
- Использование групповой динамики как инструмента для изменений: как создать среду взаимной поддержки и ответственности.
- Готовые к использованию материалы: практические примеры, диалоги, рабочие листы и раздаточные материалы для клиентов.

Это руководство – ценнейший ресурс для психотерапевтов, клинических психологов, наркологов, психиатров, консультантов по зависимостям и всех специалистов, стремящихся повысить эффективность своей профессиональной работы с аддиктивными клиентами.

# Содержание

Предисловие	6
Об авторах	16
Предисловие	19
Часть I. Предыстория	25
Введение в часть I	25
Глава 1. Масштаб проблемы	27
Распространенность проблемы аддикций и затраты на борьбу с ней	31
Необходимость эффективного лечения	42
Когнитивная терапия аддикций	44
Конец ознакомительного фрагмента.	53

**Эми Венцель, Брюс  
Лиес, Аарон Бек,  
Дара Фридман-Уилер**  
**Групповая когнитивная  
психотерапия аддикций**

Bruce S. Liese

Aaron T. Beck

Cognitive-Behavioral Therapy of Addictive Disorders

© 2012 The Guilford Press

A Division of Guilford Publications, Inc.

© Перевод на русский язык ООО «Прогресс книга», 2026

© Издание на русском языке, оформление ООО «Прогресс книга», 2026

\* \* \*

# Предисловие

Долгое время в профессиональном сообществе аддикции воспринимались либо через призму медицинской модели – как болезни, требующие медикаментозного лечения в условиях стационара, либо как область работы анонимных сообществ, где исцеление происходит через разделение опыта с теми, кто прошел похожий путь. Профессиональная групповая психотерапия аддикций оставалась на периферии: она существовала, но не имела четкой методологической базы и часто строилась на интуитивных подходах.

Когнитивно-поведенческая терапия, завоевавшая признание как один из наиболее эффективных подходов в лечении психических расстройств и зависимостей, также долго развивалась преимущественно в индивидуальном формате. Даже когда исследователи начали изучать эффективность применения КПТ при аддиктивных расстройствах, групповые интервенции рассматривались скорее как компромисс – способ охватить больше клиентов при ограниченных ресурсах, нежели как самостоятельный эффективный терапевтический инструмент с уникальными преимуществами.

Однако за последние два десятилетия ситуация кардинально изменилась. Накопленная доказательная база убедительно демонстрирует, что групповая когнитивно-поведенческая терапия при аддикциях не только не уступает инди-

видуальной по эффективности, но и обладает рядом специфических преимуществ, которые особенно важны при работе с зависимостями.

История групповой когнитивно-поведенческой терапии аддикций неразрывно связана с развитием самой КПТ как терапевтического направления. В 1960-х годах Аарон Т. Бек, работая с депрессивными пациентами, обнаружил, что изменение дисфункциональных мыслительных паттернов приводит к улучшению эмоционального состояния. Первоначально его работа была сосредоточена на индивидуальной терапии, но уже тогда закладывались принципы, которые впоследствии станут основой групповых программ.

В 1970-х и 1980-х годах исследователи начали экспериментировать с применением принципов КПТ в групповых условиях. Поворотным моментом в наркологии стала публикация в 1993 году фундаментальной работы «Когнитивная терапия злоупотребления психоактивными веществами», созданной командой под руководством Аарона Т. Бека в сотрудничестве с Брюсом С. Лиесом, Фредом Д. Райтом и Кори Ф. Ньюманом. Эта книга не только заложила теоретические основы когнитивного подхода к аддикциям, но и стала катализатором для развития групповых форматов терапии в этой области здравоохранения.

Настоящая книга является результатом уникального сотрудничества выдающихся специалистов, каждый из которых внес неопределимый вклад в развитие когнитивно-поведен-

ческой терапии аддикций.

Аарон Т. Бек, легендарный основатель когнитивной терапии, почетный профессор психиатрии Медицинской школы Перельмана при Пенсильванском университете, к моменту создания этой книги уже имел за плечами более полувека революционной работы в области психотерапии. Автор 24 монографий и более 570 научных статей, лауреат престижной премии Ласкера 2007 года в области клинической медицины (часто называемой «Американской Нобелевской премией»), он продолжал активно развивать применение когнитивной терапии в новых областях, включая аддиктивные расстройства.

Брюс С. Лиес привнес в проект уникальное сочетание глубокой теоретической подготовки и богатого практического опыта. За почти три десятилетия работы профессором семейной медицины в медицинском центре Канзасского университета он не только преподавал и практиковал психологию, но и проводил масштабные исследования в области аддиктивного поведения. Его десятилетний опыт редактирования журнала «The Addictions Newsletter» Общества психологии аддикций обеспечил ему уникальное понимание современных тенденций и вызовов в этой области. Для доктора Лиеса работа над первой книгой с Аароном Бекем стала одним из самых значительных моментов карьеры, который в конечном итоге привел к со – зданию данного руководства по групповой терапии. Совсем недавно Ассоциация когни-

тивно-поведенческой психотерапии вместе с Издательским домом «Питер» представили профессиональной общественности 2-е издание книги «Когнитивно-поведенческая терапия аддикций»<sup>1</sup> А. Бека и Б. Лиеса на русском языке. Она уже пользуется заслуженной популярностью и уважением у специалистов в области психотерапии, психиатрии и наркологии.

Эми Венцель представляет новое поколение исследователей-практиков, успешно сочетающих строгость научного подхода с практической применимостью. Преподаватель в престижных университетах, включая Пенсильванский университет, лауреат премий ведущих научных организаций, она является признанным экспертом в области когнитивно-поведенческой терапии. Ее девять книг и около 100 научных публикаций отражают глубокое понимание как теоретических основ КПТ, так и практических аспектов ее применения. Как член научно-консультативного совета Американского фонда по превенции суицидов и член руководящего состава Ассоциации поведенческих и когнитивных терапий, доктор Венцель обладает уникальным пониманием потребностей практикующих специалистов.

Дара Г. Фридман-Уилер внесла в проект экспертизу в области копингового поведения и регуляции аффектов – ключевых компонентов успешной терапии аддикций. Ее иссле-

---

<sup>1</sup> Бек А., Лиес Б. Когнитивно-поведенческая терапия аддикций. – СПб.: Питер, 2025.

дования охватывают широкий спектр проблем, от никотиновой зависимости до расстройств настроения.

Сегодня российские специалисты сталкиваются со сложными вызовами. Растущая распространенность аддиктивных расстройств, как классических химических зависимостей, так и поведенческих аддикций, создает огромную нагрузку на систему здравоохранения и провоцирует профессиональное выгорание специалистов в этой сфере. В этих условиях групповая терапия становится не просто альтернативой, а необходимостью, позволяя повысить доступность и качество квалифицированной помощи, снизить стоимость лечения и использовать уникальные терапевтические факторы группы, гармонично распределяя терапевтические усилия на всех участников процесса и способствуя их большей включенности и вовлеченности.

Одновременно российская система помощи при аддикциях переживает период трансформации. На смену устаревшим подходам приходит понимание необходимости использования научно и экспериментально обоснованных методов. Специалисты всё чаще ищут не просто «работающие» техники, а подходы, эффективность которых подтверждена строгими исследованиями.

Сочетание группового формата, КПТ и специализации на аддиктивных расстройствах создает синергетический эффект, который трудно достичь при использовании каждого из этих компонентов по отдельности. Групповой формат

усиливает преимущества КПТ, создавая уникальные терапевтические возможности: участники видят, что они не одиноки в своих проблемах, эффект от признания, принятия и валидации позволяет намного активнее инициировать механизмы осознания и саногенеза, группа становится «лабораторией» для отработки социальных навыков и важных межличностных компетенций, взаимная поддержка становится мощным мотивационным и когнитивным фактором.

Книга структурирована и грамотно выстроена как комплексное методическое руководство, объединяющее теоретические основы с детальными практическими протоколами. Первая часть издания закладывает фундамент понимания масштаба проблемы аддикций и необходимость эффективного лечения, обсуждаются комплексная когнитивная модель аддикций и теоретические основы групповой работы, обзор методологии групповой когнитивной психотерапии аддикций (ГКПА) и принципы когнитивной концептуализации случая.

Особую ценность представляет двухуровневая модель аддиктивного поведения, которая различает автоматический и рефлексивный уровни обработки информации. Эта модель выходит за рамки упрощенных объяснений зависимости, предлагая понимание сложных взаимодействий между когнитивными, эмоциональными, поведенческими и социальными факторами, что помогает сделать процесс планирования и осуществления терапии более глубоким и це-

лостным. Интеграция транстеоретической модели изменений Норкросса, Прохазки и др. позволяет персонализировать подход в рамках групповой работы, учитывая различную готовность участников к изменениям.

Вторая часть представляет детальное описание компонентов ГКПА. Начиная с фазы знакомства, которая закладывает основу для эффективной групповой работы, программа логично переходит к оценке мыслей и убеждений – центральному компоненту, где участники учатся выявлять и анализировать дисфункциональные когниции. Развитие копинг-навыков составляет практическое ядро программы: навыки управления позывами и тягой, восстановление отношений, управление эмоциями и решение проблем.

Особое внимание уделяется планам действий (домашним заданиям), которые служат мостом между групповыми сессиями и реальной жизнью, и процессу завершения терапии как важному терапевтическому этапу, включающему интеграцию полученных навыков и планирование долгосрочного поддержания изменений.

Третья часть фокусируется на интеграции и практическом применении, включая работу со сложными формами мышления и поведения участников и стратегиями завершения терапии. Авторы не обходят стороной реальные и насущные вызовы практической работы, предоставляя конкретные стратегии и технические приемы, взятые из своего богатого опыта, для управления различными типами сложного пове-

дения и оптимизации групповой динамики.

Данная книга заполняет пробел в русскоязычной профессиональной литературе, предоставляя специалистам 1) научную обоснованность – каждый аспект работы подкреплён результатами исследований, 2) богатый и осознанный клинический опыт – авторы являются практикующими специалистами с многолетним опытом и его профессиональной рефлексией в научно-практических работах, 3) готовые протоколы – детализированные программы можно использовать как основу для создания собственных групповых программ, и 4) системность – материал структурирован для комплексного понимания групповой КПТ аддикций.

Когнитивная концептуализация представлена на двух уровнях: индивидуальная концептуализация позволяет понять специфические персонализированные паттерны каждого участника, а формулирование групповой концептуализации представляет инновационный подход для выявления общих тем и оптимизации групповых интервенций.

Практические аспекты реализации группового формата охватывают весь спектр вопросов: от отбора участников и предварительной подготовки до управления сложными ситуациями и завершения программы. Особое внимание уделяется адаптации подхода к различным популяциям и институциональным условиям, что критично важно для российского контекста.

Групповая когнитивная психотерапия аддиктивного по-

ведения представляет собой не просто новую технику или набор упражнений, а парадигматический сдвиг в понимании и лечении аддикций. Она объединяет строгость научного подхода с гуманистическими принципами групповой поддержки, понимание человеком самого себя и значимых других, своих потребностей и возможности их реализации в живой социальной среде, что создает мощный ресурс и понятный инструментарий для работы с одной из наиболее сложных проблем современного здравоохранения и социума.

Эта книга – приглашение к профессиональному росту, к освоению современных, научно обоснованных методов работы, которые могут реально изменить жизни людей, страдающих от аддиктивных расстройств. В условиях высокой нагрузки на специалистов и ограниченных ресурсов системы здравоохранения, групповая КПТ становится не просто эффективным методом лечения, но и экономически оправданным решением, позволяющим охватить больше нуждающихся в качественной помощи.

Авторы этой книги – пионеры в области когнитивно-поведенческой терапии аддикций – щедро делятся накопленной за десятилетия успешной работы квинтэссенцией своего опыта, предоставляя российским специалистам методологию и инструменты мирового уровня.

*Дмитрий Викторович Ковпак, врач-психиатр и психотерапевт, кандидат медицинских наук, доцент кафедры пси-*

*хотерапии, медицинской психологии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, президент Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, вице-президент Российской психотерапевтической ассоциации, член Координационного совета Санкт-Петербургского отделения Российского психологического общества, член Аккредитационного комитета Европейской ассоциации поведенческих и когнитивных терапий, член Исполнительного совета Международной ассоциации когнитивной-поведенческой терапии, член Международного консультативного комитета Института когнитивно-поведенческой терапии Бека, Официальный амбассадор Санкт-Петербурга*

*Альберт Инзирович Муртазин, врач-психиатр, клинический психолог, преподаватель и супервизор Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии*

## Об авторах

**Эми Венцель** – доктор наук, преподаватель Пенсильванского университета, Университета Северной Дакоты и Американского колледжа Норвегии. Лауреат премий Национального альянса по исследованию шизофрении и депрессии, Американского фонда по предотвращению самоубийств и Национального института здоровья. Помимо научной деятельности доктор Венцель проводит учебные семинары и консультации по когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) для специалистов по всей территории США, а также читает лекции о роли КПТ в понимании и лечении психических расстройств. Является членом научно-консультативного совета Американского фонда по предотвращению самоубийств и занимает одну из руководящих должностей в Ассоциации поведенческих и когнитивных терапий. Доктор Венцель – автор и редактор девяти книг, многие из которых посвящены когнитивной теории и терапии. На ее счету около 100 научных статей и публикаций по когнитивной терапии, когнитивной переработке и психопатологии.

**Брюс С. Лиес** – доктор философии, член Американского совета профессиональных психологов, профессор семейной медицины в медицинском центре Канзасского университета, где преподает и ведет психологическую практи-

ку на протяжении почти трех десятилетий. Член Американской психологической ассоциации (подразделение 50 – Общество психологии аддикций) и Американского совета профессиональных психологов, специализируется на семейной психологии и проводит масштабные исследования аддиктивного поведения. С 1993 по 2003 год был редактором журнала The Addictions Newsletter Общества психологии аддикций, а в 2003-м получил награду президента Общества за выдающиеся заслуги. Совместная работа доктора Лиеса с Аароном Т. Бекем, Фредом Д. Райтом и Кори Ф. Ньюманом над знаковой книгой «Когнитивная терапия злоупотребления психоактивными веществами» (1993) стала одним из важнейших моментов в его карьере. Именно этот опыт в конечном итоге привел к появлению книги «Групповая когнитивная психотерапия аддикций».

**Аарон Т. Бек – доктор медицины**, почетный профессор психиатрии в Медицинской школе Перельмана при Пенсильванском университете и основатель когнитивной терапии. Автор 24 книг, опубликовал более 570 статей в профессиональных и научных журналах. Был главным исследователем в более чем 25 проектах, финансируемых Национальным институтом психического здоровья, Национальным институтом старения, Центром по контролю и профилактике заболеваний. Обладатель многочисленных наград и почетных степеней. Доктор Бек является почетным членом Инсти-

туда медицины и лауреатом Международной премии Сарната в области психического здоровья (2003), премии Густава О. Лингарда (2007) за вклад в развитие психиатрической отрасли. Также получил премию Ласкера (2007) в области клинической медицины, которую часто называют «Американской Нобелевской премией». Является почетным президентом Института когнитивно-поведенческой терапии Бека и почетным президентом Академии когнитивной терапии.

**Дара Г. Фридман-Уилер** – доктор наук, доцент кафедры психологии в колледже Гаучер в Балтиморе, штат Мэриленд, практикующий психолог. Получила несколько премий от Национального института здоровья. Ее исследовательские интересы лежат в области изучения копингового поведения, регуляции аффекта, ожиданий результата, аффективных расстройств и исходов/поведения, связанного со здоровьем. В числе ее текущих научных проектов – исследование ожиданий от коррекции настроения при конкретных копинг-стратегиях и применение реминисценций (воспоминаний) в качестве терапевтического вмешательства. Она принимала участие в исследованиях никотиновой и других аддикций, боли, хронических заболеваний, расстройств настроения и суицидального поведения, а также была соавтором научных статей по никотиновой аддикции, расстройствам настроения, ожиданиям от результатов лечения и копинговому поведению.

# Предисловие

Разработка и совершенствование терапевтического подхода, представленного в этой книге, велись на протяжении двух десятилетий. Он возник благодаря работе Брюса Лиеса, который адаптировал для группового формата принципы и стратегии, изложенные в книге «Когнитивная терапия злоупотребления психоактивными веществами» (А. Т. Веck, Wright, Newman & Liese, 1993). Наш подход использует преимущества групповой динамики (такие как сплоченность группы) и вместе с тем предлагает эффективные стратегии для достижения устойчивых когнитивных и поведенческих изменений. Кроме того, он опирается на целостную психологическую теорию аддикций, также основанную на данных, подтвержденных исследованиями. Возможно, наиболее ценным качеством этого метода является его гибкость: он применим в самых разных медицинских учреждениях и подходит пациентам с различными формами аддиктивного поведения.

У читателей может возникнуть вопрос: зачем нужна еще одна психотерапия аддикций, особенно в рамках *когнитивно-поведенческого* подхода? Действительно, уже существует ряд эффективных КПТ-программ, направленных на лечение конкретных аддикций (например, Marlatt & Donovan, 2005; Monti, Kadden, Rohsenow, Cooney & Abrams, 2002;

L. C. Sobell & Sobell, 2011). Однако мы не рассматриваем проблему с позиции «или/или» и не считаем, что пациенты должны выбирать какой-то один тип лечения. Напротив, наша программа сочетает теоретические положения и стратегии, доказавшие свою эффективность в существующих протоколах лечения.

Как будет видно из главы 1, мы понимаем, что люди, страдающие от зависимостей, нуждаются в помощи, но часто ее не получают или получают в недостаточном объеме. Программа лечения, которую мы описываем, основана на клинических исследованиях и может сочетаться с любым признанным методом терапии аддикций. Она предоставляет дополнительную возможность пациентам, которые испытывают трудности с принятием решения о начале лечения и амбивалентно относятся к изменениям.

Более того, групповая когнитивная психотерапия аддикций (ГКПА) позволяет помогать пациентам с теми формами зависимости, которые обычно остаются на периферии внимания научного сообщества. К ним относятся чрезмерное потребление порнографического контента, интернет-зависимость и расстройство пищевого поведения, выраженное, в частности, компульсивными переживаниями.

Как мы подробно описываем в главе 1, у этого метода лечения есть ряд особенностей, привлекательных как для врачей, так и для пациентов. Это открытая группа, то есть она действует на постоянной основе. Программа была создана

для работы с широким спектром видов аддиктивного поведения, что избавляет и пациентов, и врачей от длительного ожидания, пока наберется достаточное количество людей с одним конкретным типом зависимости. Если в группе есть свободные места, новые участники могут присоединиться в любой момент.

Такой открытый формат повышает вероятность того, что еженедельно в группе будет сохраняться достаточное количество участников. Это, в свою очередь, ускоряет усвоение терапевтических принципов и когнитивных навыков, поскольку пациенты видят, что в основе различных аддиктивных расстройств лежат схожие психологические процессы.

Кроме того, программа не предполагает жесткого учебного плана, которого необходимо строго придерживаться. Исключение составляет лишь небольшой блок в начале каждой сессии, где руководитель группы (фасилитатор) объясняет когнитивную модель. Эта гибкость гарантирует, что фасилитаторы могут оперативно реагировать на актуальные потребности группы и каждая сессия будет самодостаточной. Таким образом, даже посетив всего одну сессию, человек сможет вынести из нее базовые знания для понимания и решения своей проблемы. Все эти особенности делают группу более адаптированной к «реальной жизни», где пропуски и дропауты – обычное дело.

Мы написали эту книгу для широкого круга специали-

стов, работающих с пациентами с аддикциями, – сертифицированных консультантов по проблемам злоупотребления психоактивными веществами, клинических социальных работников, психологов, медсестер психиатрических отделений, психиатров и других. Одним из потенциально дискуссионных аспектов данного подхода является лежащая в его основе философия снижения вреда, которая признает, что некоторые пациенты могут выбирать контролируемое аддиктивное поведение вместо полного воздержания.

Хотя мы считаем, что снижение вреда соответствует многим общим принципам когнитивной терапии (таким как сотрудничество и уважение к индивидуальным различиям), этот метод может быть успешно реализован и в программах, предусматривающих полное воздержание. Когнитивные и поведенческие стратегии, описанные в этой книге, в равной степени применимы как к пациентам, которые стремятся к контролируемому поведению, так и к тем, кто выбрал путь воздержания. Ключевым условием успешной терапии является согласие пациентов с ее целями, принятие терапевтической модели и уверенность в том, что их точка зрения и жизненный опыт уважаются.

Книга состоит из трех частей. В части I читатели знакомятся с проблематикой и общим терапевтическим подходом. Они узнают о теоретических основах когнитивно-поведенческой терапии аддикций, а также о принципах групповой динамики. В части II подробно разбираются ключевые

компоненты лечения. После ее изучения читатели овладеют широким набором когнитивных и поведенческих стратегий, которые можно применять в работе с пациентами в групповом формате. Часть III позволяет собрать всю информацию воедино и сформировать комплекс терапевтических задач и соответствующих стратегий, которые можно применять на протяжении всего курса терапии.

Кроме того, в этой части рассматриваются и другие важные аспекты групповой психотерапии, такие как работа со сложными пациентами и процедура завершения сессии для отдельных участников.

Мы рекомендуем ознакомиться с текстом книги до начала ведения группы и обращаться к нему по мере возникновения конкретных вопросов. Также мы настоятельно советуем изучить другие терапевтические руководства, упомянутые в книге. Существует множество когнитивных и поведенческих стратегий, на создание, апробацию и совершенствование которых эксперты потратили десятилетия. Хотя мы не смогли описать их все в рамках этой книги, такие методы можно успешно интегрировать в данную программу, если они соответствуют потребностям и клинической картине пациентов.

В заключение мы хотели бы выразить искреннюю благодарность сотрудникам издательства Guilford Publications за веру в этот терапевтический подход и содействие в публикации книги. Джим Нагеотт работал с нами на протяжении нескольких лет, чтобы это издание стало реальностью. Его

терпению не было равных. Мы также высоко ценим поддержку и усилия Сеймура Вайнгартена и Джейн Кейслар. Без вас троих этот проект не был бы реализован.

# Часть I. Предыстория

## Введение в часть I

Аддикции представляют собой одну из наиболее серьезных проблем здравоохранения, поскольку неизбежно несут ухудшение благополучия общества, связаны с межличностными конфликтами и эмоциональными страданиями, а борьба с ними сопряжена со значительными финансовыми затратами и правовыми трудностями. Для людей, столкнувшихся с аддикциями, существует множество вариантов получения помощи – от сообществ анонимных алкоголиков до профессиональных стационарных программ. Исследователи получают миллионы долларов от государства на изучение природы аддикций, их механизмов, факторов, поддерживающих аддиктивное поведение, и поиск эффективных методов лечения. Хотя за последние десятилетия представления об аддикциях значительно расширились, от них продолжает страдать огромное количество людей. Доказано, что лечение эффективнее его отсутствия, однако даже хорошо разработанные и проверенные методы демонстрируют высокий уровень рецидивов. Таким образом, сохраняется острая необходимость в создании и совершенствовании новых подходов к терапии аддиктивного поведения.

В части I представлена справочная информация, облегчающая внедрение ГКПА. В главе 1 читатели познакомятся с масштабами проблемы, увидят статистические данные, иллюстрирующие распространенность аддиктивного поведения. Также в ней представлен метод лечения, эффективность которого подтверждена данными исследований (когнитивная терапия), где объясняется, что ГКПА основана на ее принципах и адаптирована для людей с аддиктивным поведением с учетом современных представлений об аддикциях. Глава 2 знакомит с психологической моделью аддикций, разработанной на основе когнитивной модели и модифицированной с учетом других важных психологических факторов из литературы, содержащей информацию о применении методики на практике. В главе 3 рассматриваются факторы, присущие групповому формату терапии в любом подходе, а также методы оценки готовности пациентов к изменениям. Глава 4 представляет основные компоненты ГКПА, детально описанные в части II. Наконец, глава 5 знакомит с концепцией когнитивной концептуализации и применением психологической модели аддикции к отдельным пациентам и группе в целом. После прочтения части I у читателей сложится представление о психологических факторах развития и поддержания аддикции, способах их коррекции благодаря возможностям групповой терапии и применению этих концепций к конкретным пациентам.

# Глава 1. Масштаб проблемы

Аддикция представляет собой одну из ключевых проблем современного здравоохранения, оказывая значительное негативное влияние на семьи, общество в целом, доступность медицинской помощи и, прежде всего, на самих людей, столкнувшихся с этой проблемой. Согласно определению Американского общества аддиктивной медицины (American Society of Addiction Medicine – ASAM), *аддикция* – это «первичное, хроническое заболевание мозга, связанное с системой вознаграждения, мотивацией, памятью и сопутствующими нарушениями», которое «характеризуется стойкой неспособностью воздерживаться, нарушением контроля поведения, тягой, некорректной оценкой серьезности проблем в поведении и межличностных отношениях, а также дисфункциональными эмоциональными реакциями».

Это определение содержит несколько принципиально важных аспектов. Называя аддикцию хроническим заболеванием, оно подчеркивает, что многим людям предстоит длительная, часто пожизненная борьба с ее проявлениями. Упоминание системы вознаграждения, мотивации, памяти и связанных с ними нарушений работы мозга указывает на существенную нейробиологическую основу этого состояния. Наконец, описывая широкий спектр последствий аддикции, определение акцентирует ее связь с серьезными личностными

ми нарушениями, дисфункцией в межличностных отношениях и глубоким психологическим дистрессом.

Однако важно отметить, что в этом определении отсутствует указание на конкретный вид аддиктивного поведения. Это отражает современный научный взгляд, согласно которому аддикция не сводится исключительно к злоупотреблению алкоголем и наркотиками (Freimuth, 2005; J. E. Grant, Brewer & Potenza, 2006). Современное диагностическое руководство – «Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам» (DSM-IV-TR; Американская психиатрическая ассоциация, 2000) – включает широкую категорию расстройств, связанных с психоактивными веществами (ПАВ), злоупотреблением алкоголем, наркотиками, рецептурными препаратами, никотином и кофеином.

В DSM-IV-TR выделяются две основные диагностические категории расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ: 1) злоупотребление и 2) зависимость. *Злоупотребление* характеризуется проблемной моделью употребления психоактивных веществ, которая связана с влиянием на разные сферы жизни в течение 12-месячного периода. К критериям относятся: неспособность выполнять основные обязанности на работе, дома или в учебном заведении; употребление вещества в ситуациях, сопряженных с физической опасностью (например, вождение автомобиля в состоянии опьянения); юридические проблемы, связанные с употреблением; продолжение употребления, несмотр-

ря на социальные или межличностные проблемы, вызванные или усугубляемые его последствиями. *Зависимость* также характеризуется проблемной моделью употребления с негативными последствиями в течение 12-месячного периода, однако в этом случае проявления носят более системный и тяжелый характер. Диагностические критерии включают: развитие толерантности; наличие абстинентного синдрома; безуспешные попытки сократить или контролировать употребление; затраты значительного времени на деятельность, связанную с приобретением и употреблением вещества; сокращение или полный отказ от важных профессиональных, социальных или развлекательных видов деятельности; продолжение употребления, несмотря на осознание физических или психологических проблем, вызванных им. Большинство специалистов относят к расстройствам, связанным с *употреблением психоактивных веществ*, состояния, соответствующие диагностическим критериям либо злоупотребления, либо зависимости от алкоголя или наркотических веществ.

С публикацией DSM-5 (Американская психиатрическая ассоциация, 2010) эти диагностические критерии претерпели изменения. Однако новая классификация не отменяет ключевого факта: значительное число людей продолжает страдать от зависимости от алкоголя, наркотиков и других форм аддикции, включая гемблинг и компульсивное сексуальное поведение, остро нуждаясь в эффективном лече-

нии. Исследования Управления по борьбе со злоупотреблением психоактивными веществами и охране психического здоровья (Substance Abuse and Mental Health Services Administration – SAMHSA, 2011) демонстрируют, что на протяжении первого десятилетия XXI века показатели алкогольной и наркотической зависимости оставались относительно стабильными. Эта статистика позволяет предположить, что существующие лечебные программы и методы, применяемые в системе общественного здравоохранения, не достигли значимых успехов в снижении распространенности тех форм аддикций, которые традиционно находятся в фокусе клинической практики и научных исследований.

Представленный в этой книге подход учитывает перечисленные ключевые компоненты аддикций. Групповая когнитивная психотерапия аддикций – это формат групповой работы, основанный на принципах когнитивно-поведенческой терапии). Этот активный, полуструктурированный подход направлен на формирование здоровых паттернов мышления и поведения. В программе участвуют пациенты на разных стадиях выздоровления. ГКПА основана на представлении о том, что аддикция – это хроническая проблема и что люди, которые боролись с зависимостью, склонны к рецидивам. Базовой моделью ГКПА признается наличие биологических факторов предрасположенности к аддикциям, а также нейробиологических изменений, возникающих в результате повторяющегося аддиктивного поведения. Терапия рассматри-

вает многоаспектные негативные последствия для пациента и его семьи, предлагая конкретные когнитивно-поведенческие стратегии для преодоления этих трудностей. Важным преимуществом подхода является его универсальность: ГКПА эффективна для людей с зависимостями различных форм, а не только от алкоголя и наркотиков, поскольку многие когнитивные и поведенческие стратегии помогают безотносительно типа аддиктивного поведения (см. Flores, 2007).

## **Распространенность проблемы аддикций и затраты на борьбу с ней**

Очевидно, что проблема аддикций вызывает серьезную озабоченность в современном обществе. Средства массовой информации регулярно сообщают о трагических случаях, связанных с вождением в состоянии алкогольного опьянения, приводят шокирующие данные об экономических последствиях злоупотребления психоактивными веществами, освещают новые тревожные тенденции в области интернет-зависимости и компульсивного потребления порнографии. В этом разделе представлены актуальные данные о распространенности и многообразных последствиях различных форм аддиктивного поведения. Эта информация призвана продемонстрировать необходимость разработки эффективных методов лечения и предоставить специалистам убедительные аргументы для бесед с пациентами и их семьями.

## *Злоупотребление алкоголем, наркотиками и табаком*

Наибольшее внимание исследователей уделяется злоупотреблению алкоголем, наркотиками и табаком, поскольку именно эти формы аддикций на протяжении десятилетий признаются серьезной проблемой общественного здравоохранения. Отчасти их распространенность объясняется относительной социальной приемлемостью в современном обществе. Согласно данным Национального исследования употребления наркотиков и здоровья (SAMHSA, 2011) эпизоды тяжелого пьянства (определяемого как потребление алкоголя не менее пяти дней за последние 30 дней) зафиксированы у 6,7 % населения США в возрасте от 12 лет, что соответствует 16,9 миллиона человек. Потребление запрещенных веществ, в том числе марихуаны, гашиша, кокаина (включая крэк), героина, галлюциногенов, ингалянтов и рецептурных препаратов без медицинских показаний, достигло максимального уровня за последние восемь лет. Согласно статистике, 22,6 миллиона американцев (8,9 % населения от 12 лет и старше) сообщили об употреблении запрещенных веществ в течение месяца, предшествовавшего опросу. Употребление табачных изделий было зафиксировано у 69,9 миллиона человек (27,4 % данной возрастной группы). Примечательно, что, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), США занимают первое место среди 16 исследованных стран Северной и Южной Америки, Европы,

Азии, Африки и Австралии по показателям употребления кокаина, каннабиса и табака в течение жизни (Degenhardt et al., 2008). Очевидно, что для значительного числа американцев употребление алкоголя, наркотиков и табака является частью культуры.

Статистика по американцам, соответствующим диагностическим критериям расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, вызывает не меньшую тревогу. Согласно данным Национального эпидемиологического исследования употребления алкоголя и сопутствующих заболеваний (Stinson et al., 2005) в 2001–2002 годах 7,4 % взрослого населения США в возрасте 18 лет и старше соответствовали критериям текущего расстройства, связанного с употреблением алкоголя (включая злоупотребление и зависимость), 0,9 % – текущего расстройства, связанного с употреблением наркотиков, и 1,1 % – расстройства, связанного с употреблением обоих типов веществ. Таким образом, совокупная распространенность данных расстройств превышает 9 % среди взрослого населения США, что подчеркивает масштаб проблемы и необходимость разработки эффективных мер помощи. При рассмотрении распространенности расстройств в течение жизни эти показатели возрастают более чем втрое, поскольку значительная часть населения соответствовала диагностическим критериям в тот или иной период (Hasin, Stinson, Ogburn & Grant, 2007). Согласно исследованию SAMHSA, охватывающему население от

12 лет и старше, состояние 8,7 % американских подростков и взрослых соответствуют критериям расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ, на момент проведения исследования (2011). Данные также свидетельствуют, что примерно 25 % американцев в определенные периоды жизни имели никотиновую зависимость (Breslau, Johnson, Hiripi & Kessler, 2001; Hughes, Heizer & Lindberg, 2006), при этом 15 % населения соответствуют критериям, определяющим данную зависимость, в текущий момент (Hughes et al., 2006).

Последствия расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, ошеломляют. По данным ВОЗ, злоупотребление алкоголем занимает третье место среди ведущих факторов риска преждевременной смертности и инвалидности по всему миру. Только в 2004 году от причин, связанных с алкоголем, скончались 2,5 миллиона человек, включая 320 000 лиц в возрасте 15–29 лет (ВОЗ, 2010). Употребление табака ежегодно приводит к смерти каждого десятого взрослого жителя Земли, унося более 5 миллионов жизней. В мире насчитывается около миллиарда курильщиков, и более половины из них умрут преждевременно от причин, связанных с табаком (ВОЗ, 2011). В США показатель смертности от наркотиков вырос с 6,8 до 12,6 случаев на 100 000 человек в период с 1999 по 2007 год. Эти цифры подчеркивают острую необходимость разработки эффективных стратегий профилактики зависимостей и борьбы с ними, способ-

ных сохранить человеческие жизни.

Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, провоцируют проблемы со здоровьем на разных уровнях. Медицинские осложнения возникают как вследствие прямого физиологического воздействия веществ (например, развитие алкогольного цирроза печени), так и опосредованно – через сопутствующие поведенческие риски (использование нестерильных шприцев, управление транспортом в состоянии опьянения). Систематическое употребление также приводит к игнорированию существующих заболеваний (Des Jaríais, 1995; Islam, Day & Conigrave, 2010). Несмотря на очевидную потребность в медицинской помощи, пациенты с аддикциями часто ограничены в доступе к ней либо сознательно избегают обращения, что приводит к поздней диагностике и необходимости экстренного вмешательства при критических состояниях. Такая модель использования медицинских ресурсов создает значительную финансовую нагрузку на систему здравоохранения (Islam et al., 2010). Согласно данным SAMHSA (2010), в 2008 году американские отделения неотложной помощи зафиксировали приблизительно 2 миллиона обращений, связанных со злоупотреблением наркотическими веществами или их неправильным применением. Статистическое распределение показывает, что около половины случаев были обусловлены употреблением запрещенных веществ, тогда как другая половина – немедицинским использованием рецептурных фар-

мацевтических препаратов.

Кроме того, необходимо отметить, что расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, часто сопряжены с депрессивными и тревожными расстройствами (Hasin et al., 2007). Эта взаимосвязь демонстрирует, что негативное воздействие аддикций распространяется не только на физическое, но и на психическое здоровье.

Экономическое бремя расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, представляет собой значительную нагрузку для общества. Согласно данным Управления национальной политики по контролю над наркотиками (2004) в 2002 году совокупные экономические потери от злоупотребления наркотиками в Соединенных Штатах достигли 180,9 миллиарда долларов. В эту сумму включены прямые расходы на медицинскую помощь и борьбу с преступностью, а также косвенные потери, связанные со снижением производительности труда, инвалидностью, преждевременной смертностью и утратой трудоспособности. Согласно исследованию Центров по контролю и профилактике заболеваний (2008) ежегодные экономические потери от курения сигарет в период 2000–2004 годов достигали 193 миллиарда долларов, включая как прямые медицинские расходы, так и косвенные убытки от утраты трудоспособности. Эти цифры наглядно демонстрируют, что последствия расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, распространяются на все общество, даже когда мы не сталкиваемся

с ними напрямую. При этом финансовые показатели не отражают колоссальный ущерб, который данные расстройства наносят семейным отношениям, бракам и межличностным связям (Friedmann, Hendrickson, Gerstein & Zhang, 2004).

### *Другие аддикции*

Изучение распространенности и последствий аддикций, не связанных с употреблением психоактивных веществ, включая гемблинг, интернет-зависимость, компульсивное сексуальное поведение и расстройства пищевого поведения (но не ограничиваясь ими), началось относительно недавно (J. E. Grant et al., 2006). В отличие от изучения злоупотребления психоактивными веществами, масштабные эпидемиологические исследования по этим формам зависимости, за исключением гемблинга, остаются ограниченными. Тем не менее накопленные научные данные свидетельствуют, что эти аддикции могут нести такой же вред для личности и общества. В последующих разделах представлен анализ существующих исследований, освещающих показатели и последствия этих аддикций.

Несмотря на активное изучение феномена гемблинга в последние два десятилетия, осознание необходимости помощи людям с этой формой аддикции существует с конца 1950-х годов, когда прошло первое собрание сообщества Анонимных игроков (Gamblers Anonymous International Service Office). Азартные игры представляют собой широко распро-

страненную форму потенциально аддиктивного поведения в американском обществе. Согласно эпидемиологическим исследованиям, более 75 % американцев хотя бы раз в жизни участвовали в азартных играх, свыше 50 % – более 10 раз, более 25 % – свыше 100 раз, а более 10 % населения – свыше 1000 раз за жизнь (Kessler et al., 2008). Распространенность гемблинга, диагностируемого по критериям DSM-IV-TR, схожим с критериями для расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, варьирует от 0,6 % (Kessler et al., 2008) до 1,6 % (Shaffer, Hall & Vander Bilt, 1999). Отдельные исследования свидетельствуют, что в определенных регионах этот показатель может достигать 7 % (Ladouceur & Walker, 1996). Гемблинг связан с серьезными финансовыми, социальными и правовыми последствиями, включая повышенный риск банкротств, распада браков и уголовных преследований (J. E. Grant & Potenza, 2007). Как и другие формы аддикций, гемблинг характеризуется высокой коморбидностью с психиатрическими заболеваниями (J. E. Grant & Potenza, 2007), что существенно увеличивает риск развития неблагоприятных последствий для психического здоровья у этой категории пациентов.

В отличие от азартных игр, интернет представляет собой относительно новое явление, получившее значительное распространение в последние два десятилетия. Хотя интернет служит важным инструментом для получения информации в профессиональных и личных целях, он также предостав-

ляет многочисленные социальные и развлекательные возможности (такие как онлайн-игры, чаты и сайты знакомств), которые могут поглощать значительное количество времени. Согласно исследованиям, до 6 % населения сообщают о симптомах интернет-зависимости (Young, 2007). В отличие от расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, интернет-зависимость не имеет прямых физиологических последствий, сопоставимых с угрозой для жизни. Однако она демонстрирует сильную корреляцию с социальной изоляцией и супружескими конфликтами, поскольку виртуальные отношения часто подменяют реальное межличностное взаимодействие. Для лиц с интернет-зависимостью характерны скрытность и дезинформация относительно времени, проводимого онлайн (Brenner, 1997; Morahan-Martin & Schumacher, 1999; Young, 1998). Важно отметить, что этот вид аддикции схож с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, поскольку часто используется как средство избегания жизненных проблем (Young, 2007).

Значимой подкатегорией проблемного интернет-поведения является сексуальная аддикция, проявляющаяся в систематическом просмотре порнографии, участии в тематических чатах и аналогичных активностях (Young, 2008). Однако онлайн-форма составляет лишь около 25 % всех случаев компульсивного сексуального поведения (Cooper, Delmonico & Burg, 2000). Вне цифровой среды гиперсексу-

альность проявляется через компульсивную мастурбацию, беспорядочные половые связи, чрезмерное увлечение порноматериалами, частое посещение стриптиз-клубов и использование услуг секса по телефону (Kafka, 2007). Оценка распространенности сексуальных аддикций затруднена, однако масштабы порноиндустрии в США свидетельствуют о значимости явления (Weinberg, Williams, Kleiner & Irizarry, 2010). Компульсивное сексуальное поведение вызывает серьезный дистресс в отношениях, причем партнеры зависимых часто переживают более тяжелые психологические последствия, чем сами пациенты (Cooper, Scherer, Boies & Gordon, 1999). При переходе гиперсексуальности в офлайн-пространство возрастают риски незащищенных половых контактов (Muench et al., 2007), что коррелирует с распространением ИППП (Kalichman, Cherry, Cain, Pope & Kalichman, 2005) и незапланированных беременностей (McBride, Reece & Sanders, 2008).

Завершая обзор, следует отметить, что многие специалисты признают компульсивное переедание формой аддиктивного поведения. В настоящее время людям, страдающим от компульсивного переедания, устанавливается диагноз «неуточненное расстройство пищевого поведения». Распространенность компульсивного переедания составляет 2,8 % (Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007). Исследования показывают, что 92 % пациентов с этим расстройством соответствовали бы диагностическим критериям расстройства,

связанного с употреблением психоактивных веществ, если бы пищевое поведение рассматривалось в этом контексте, причем многие из них идентифицировали себя как «пищевых наркоманов» (Cassin & von Ranson, 2007). Расстройство пищевого поведения сопряжено с существенными рисками для здоровья, хотя научное сообщество продолжает дискутировать о том, обусловлены ли эти риски исключительно сопутствующим ожирением или включают независимые патологические механизмы (Striegel-Moore & Franko, 2008). Следовательно, необходимо понимать, что, хотя компульсивное переедание и ожирение тесно взаимосвязаны, эти состояния не тождественны. Скорее, лица с компульсивным перееданием представляют собой специфическую подгруппу в числе людей с ожирением, характеризующуюся повышенной чувствительностью к пищевому подкреплению и склонностью к аддиктивным паттернам поведения (Davis et al., 2009). Научные данные также свидетельствуют о значительных психосоциальных последствиях компульсивного переедания, включая коморбидные психические расстройства и нарушение социальной адаптации (Wilfley, Wilson & Agras, 2003). Важной особенностью пищевой аддикции является то, что, в отличие от зависимостей от психоактивных веществ, стратегия полного воздержания неприменима. Вместо этого терапевтический подход должен быть направлен на формирование навыков регуляции пищевого поведения (Collins, 2005).

# Необходимость эффективного лечения

Проведенный анализ демонстрирует, что аддиктивные расстройства затрагивают существенную часть населения и сопровождаются тяжелыми последствиями для здоровья, экономики и межличностных отношений. Несмотря на существование развитой системы помощи, включающей стационарные учреждения, программы дневного лечения и частичной госпитализации, амбулаторного лечения и группы самопомощи (например, «Анонимные Алкоголики» – «АА»), значительная доля людей с аддикциями не получает адекватной профессиональной помощи.

Согласно данным Национального исследования употребления наркотиков и здоровья (SAMHSA, 2011), лишь 11 % людей, нуждавшихся в терапии алкогольной или наркотической зависимости, получили специализированную помощь. Более ранние исследования демонстрируют сходную картину: в Национальном эпидемиологическом обзоре по алкоголю и сопутствующим заболеваниям (Stinson et al., 2005) за лечением обратились только 6,1 % людей с алкогольной зависимостью, 15,6 % – с наркотической зависимостью и 21,8 % – с обеими аддикциями. Особую тревогу вызывает высокий процент прерывания терапии – от 33 до 66 % пациентов прекращают лечение до его завершения (Dutra et al., 2008; Malat et al., 2008; Tzilos, Rhodes, Ledgerwood &

Greenwald, 2009). Вероятно, эти печальные факты объясняются целым комплексом причин, однако статистика свидетельствует: рекомендуя пациентам обращаться за помощью, следует быть уверенными, что лечение им подойдет.

Ключевым аргументом в пользу разработки эффективных методов лечения служит чрезвычайно высокая частота рецидивов среди пациентов с аддикциями (Marlatt & Witkiewitz, 2005; Polivy & Herman, 2002). Многие специалисты рассматривают рецидив как ожидаемый компонент терапевтического процесса (Dunn, 2000), поскольку возвращение к прежнему поведению является естественной фазой в цикле изменений (DiClemente & Prochaska, 1998). Это подтверждается исследованиями: в 10-летнем наблюдении за пациентами с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, среди достигших ремиссии примерно треть возобновила употребление в течение первого года, а две трети – в какой-либо момент на протяжении десятилетнего периода (Xie, McNug, Fox & Drake, 2005). Многочисленные исследования подтверждают тревожную статистику рецидивов: в первый год после лечения частота возобновления употребления при алкогольной и наркотической зависимости достигает 90 % (Hunt, Barnett & Branch, 1971). Аналогичные тенденции наблюдаются и при других формах аддикций: лишь 13–14 % курильщиков сохраняют воздержание через 6–12 месяцев после попытки прекратить курение (Cohen et al., 1989), а среди лиц с игровой зависимо-

стью только 7 % воздерживаются от азартных игр в течение двух лет (Brown, 1989). Высокие показатели рецидивов характерны и для расстройств пищевого поведения (Collins, 2005), а также для сексуальной аддикции, где рецидивы рассматриваются как часть естественного течения расстройства (Young, 2008). Следовательно, эффективные терапевтические подходы должны изначально учитывать вероятность рецидивов, а специалистам необходимо открыто обсуждать эту проблему с пациентами.

## **Когнитивная терапия аддикций**

Мы предполагаем, что когнитивная терапия обладает значительным потенциалом в лечении различных форм аддиктивных расстройств. По мнению А. Т. Бека, Райта, Ньюмана и Лиеса (1993), этот подход обладает рядом преимуществ для данной категории пациентов. Прежде всего, пациентам помогают осознать, что аддиктивное поведение функционирует как основной, хотя и разрушительный, способ избавиться от дистресса. В процессе терапии пациенты понимают, что нерациональные убеждения подпитывают аддиктивное поведение, и начинают изменять их, а также работают с представлением о том, что зависимость вызвана обстоятельствами, находящимися вне их контроля. Формирование такого понимания в контексте терапевтических отношений дает пациентам обоснование лечения и позволяет принимать реше-

ния, основываясь на этой модели. Для определенной категории пациентов с аддикциями такой подход обладает существенными преимуществами по сравнению с директивными методами лечения, предполагающими авторитарное указание правил поведения. Когнитивная терапия предлагает конкретные инструменты для управления тягой, что укрепляет «внутренний контроль» пациента и может снизить риск рецидивов. Наконец, когнитивная терапия помогает пациентам бороться с негативными эмоциональными переживаниями – депрессией, тревогой, гневом, чувством вины и одиночества, – которые часто выступают триггерами рецидива (Monti et al., 2002).

Когнитивная терапия при лечении зависимостей, также часто называемая когнитивно-поведенческой терапией (КПТ), широко изучена в научной литературе. Мы используем термины «когнитивная терапия» и «КПТ» как взаимозаменяемые, в соответствии с подходом, наиболее часто используемым учеными, проводившими исследования. Эти термины также включают в себя множество конкретных методов, разработанных на основе когнитивных и поведенческих принципов, в том числе «Предотвращение рецидивов» Марлатта (Marlatt & Donovan, 2005; Marlatt & Witkiewitz, 2005), «Управляемое самоизменение» Собеллов (L. C. Sobell & Sobell, 2011) и «Обучение копинг-навыкам» и «Лечение методом экспозиции» Монти и его коллег (2002). Хотя большая часть рассматриваемых исследований посвя-

цена применению КПТ при алкогольной и наркотической зависимости, мы также кратко осветим ее эффективность при других формах аддиктивных расстройств.

Совокупные данные метаанализа подтверждают эффективность когнитивно-поведенческой терапии в лечении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Исследования демонстрируют статистически значимое снижение потребления ПАВ после прохождения КПТ, превосходящее результаты консультирования в психо-образовательных группах (Irvin, Bowers, Dunn & Wong, 1999; Miller et al., 1995; Miller & Wilbourne, 2002). Более того, есть доказательства в пользу того, что терапевтические достижения в КПТ могут сохраняться как минимум до одного года после завершения лечения, а в отдельных случаях и дольше (Epstein, Hawkins, Covi, Umbricht & Preston, 2003; Carroll et al., 1994, 2000). КПТ также демонстрирует эффективность в снижении сопутствующего эмоционального дистресса (например, депрессии, тревоги) и улучшении использования копинг-стратегий (Hides et al., 2010). Метод успешно применяется в лечении никотиновой зависимости (Marks & Sykes, 2002), демонстрируя особую эффективность для курильщиков, подверженных депрессии (Kapson & Naaga, 2010). Эмпирические данные подтверждают результативность как индивидуального, так и группового форматов КПТ (Rotgers & Nguyen, 2006).

Несмотря на положительные результаты, важно признать,

что существуют и другие эффективные методы лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Многие исследования показали, что такие методы лечения, как 12-шаговые программы, мотивационное консультирование, поддерживающая экспрессивная терапия и интерактивная групповая терапия, не менее эффективны (Project MATCH Research Group, 1997; Kadden, Litt, Cooney, Kabela & Getter, 2001; Woody, Luborsky, McLellan & O'Brien, 1990). Более того, исследования механизма действия КПТ показывают, что улучшение не обязательно происходит за счет акцента на овладении копинг-стратегиями (Morgenstern & Longabaugh, 2000). Пациенты, которые участвуют в лечении, не сфокусированном на овладении когнитивными и поведенческими стратегиями, также демонстрируют значительное улучшение в использовании этих навыков (Litt, Kadden, Cooney & Kabela, 2003). Специалисты предполагают, что ключевыми факторами, объясняющими эффективность лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, являются опыт терапевтов в работе с аддикциями (Crits-Christoph et al., 1999), а также работа с мотивацией пациентов и повышение их самооценки (Litt et al., 2003).

Литературы по результатам лечения других аддикций гораздо меньше. Тем не менее данные исследований свидетельствуют о больших перспективах КПТ. Например, КПТ для лечения гемблинга адаптирует принципы, использовав-

шиеся КПТ для лечения расстройств, связанных с употреблением ПАВ. Терапия фокусируется на коррекции когнитивных искажений, характерных для игровой зависимости, – ошибочных представлений о вероятности, контроле над результатом и роли удачи (Shaffer & LaPlante, 2005). Контролируемые исследования демонстрируют, что применение КПТ при лечении от азартных игр приводит к значительному снижению вовлеченности в азартные игры, уменьшению тяги и росту воспринимаемого контроля над поведением (например, Sylvain, Ladouceur & Boisvert, 1997; Ladouceur et al., 2001). Когнитивная терапия была названа «золотым стандартом» лечения таких состояний, как ожирение (Collins, 2005), компульсивное сексуальное поведение (Wheeler, George & Stoner, 2005), а также интернет-зависимость (Young, 2007).

В целом когнитивная терапия является одним из многих эффективных методов лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, кроме того, в настоящее время она считается предпочтительным видом психотерапии для лечения зависимостей, не связанных с употреблением психоактивных веществ. Имеющиеся на сегодняшний день исследования позволяют сделать вывод, что КПТ действует не в полном соответствии с первоначальными предположениями. Однако факты свидетельствуют о том, что она 1) значительно снижает уровень употребления алкоголя, наркотиков и никотина, особенно в сравнении с этим

же показателем при неспецифическом лечении или его полном отсутствии; 2) может сыграть важную роль в лечении людей с зависимостями, что неоднократно отражено в литературе по общей психотерапии (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006). Поскольку результаты некоторых исследований позволяют предположить, что лечение аддикций наиболее эффективно, когда его проводят специалисты, имеющие большой опыт работы с данной группой пациентов, оно опирается на мотивацию пациентов к изменениям и повышает их самоэффективность, логично учитывать это при использовании когнитивной терапии.

Методика, описанная в этой книге – ГКПА, действительно учитывает данные особенности. Хотя ГКПА может применяться в любых лечебных условиях (например, в амбулаторных психиатрических клиниках или частной практике), она была разработана для интеграции со специализированными программами по работе с зависимостями, где лечащие специалисты обладают богатым клиническим опытом работы с данной группой пациентов. Кроме того, ГКПА рассчитана на участников с разной стадией заболевания. Это означает, что некоторые пациенты сильно мотивированы на снижение аддиктивного поведения, в то время как у других отношение может быть противоречивым. При работе в группе используются различные стратегии повышения мотивации и учитываются индивидуальные различия. Обычно одни члены группы посещают занятия в течение длительного време-

ни, а другие – всего несколько раз. Такое смешение позволяет более опытным членам группы демонстрировать эффективное применение когнитивных и поведенческих техник, что, в свою очередь, может повысить уверенность пациентов в том, что эти стратегии действительно работают и их можно применять в жизни.

Есть еще четыре характеристики ГКПА, которые, по нашему мнению, делают ее особенно привлекательным вариантом для пациентов с зависимостями. Как будет рассмотрено в части II, лечение является гибким. Хотя фасилитаторы придерживаются общего формата сессии, не существует заранее составленного учебного плана. Нет обязательных элементов, которые должны быть выполнены на первой, второй или последующих сессиях группы. Во время каждой сессии фасилитаторы проводят обучение и моделируют когнитивно-поведенческий подход к управлению аддиктивным поведением, одновременно реагируя на актуальные потребности членов группы. Другими словами, в основе лежит когнитивная терапия, но содержание и работа каждой сессии определяются проблемами участников группы и процессом совместного принятия решений. Такая гибкая структура позволяет, опираясь на базовые ориентиры, помочь каждому участнику извлечь из сессии что-то полезное лично для себя, а также уделить внимание непредвиденным проблемам и кризисам, которые фасилитаторы не могли предугадать при подготовке (что происходит довольно часто).

Вторая особенность ГКПА заключается в том, что в нее принимают участников с любым типом зависимости – алкогольной, наркотической, никотиновой, игровой, пищевой, интернет-зависимостью, сексуальной и так далее. Такая разнородность состава характерна для многих лечебных программ, что делает применение ГКПА весьма практичным. Пациентам не приходится долго ждать, пока наберется достаточное количество людей с одним и тем же видом зависимости, чтобы можно было начать групповую работу. Более того, эта неоднородность наглядно демонстрирует общность проблем пациентов с аддикциями. Аддиктивное поведение связано с одними и теми же когнитивными и поведенческими факторами, которые и являются мишенями терапии. В результате участники группы видят, что зависимость затрагивает людей из разных социально-экономических и культурных слоев. Они знакомятся с различными точками зрения и получают информацию, которую в ином случае могли бы проигнорировать (Bieling, McCabe & Antony, 2006).

Третья особенность, которая делает ГКПА подходящим вариантом для лечения зависимостей, заключается в том, что она подразумевает открытые группы. Пациенты не обязаны посещать все сессии и могут приходить на занятия по своему усмотрению, а в группу постоянно приходят новые участники. Такая структура особенно актуальна для специализированных наркологических программ, где состав часто меняется и имеет место отсев (McCarty et al., 2007). Таким

образом, новые участники могут присоединяться к группе по мере освобождения мест. Это повышает вероятность того, что пациенты будут получать лечение именно в тот момент, когда они больше всего в нем нуждаются. Кроме того, в любой день гарантируется достаточное количество участников для проведения полноценной групповой психотерапии. Такая структура представляется наиболее подходящей для пациентов с аддикциями, которые все еще находятся в процессе принятия решения об изменениях и не уверены в необходимости прохождения полного курса лечения.

# Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.