

National Institute on Drug Abuse

Podręczniki terapeutyczne w leczeniu uzależnień

Podręcznik 1

Model poznawczo-behawioralny w leczeniu uzależnienia od kokainy

Departament Zdrowia i Pomocy Społecznej Stanów Zjednoczonych
Narodowy Instytut Zdrowia



Podręczniki terapeutyczne w leczeniu uzależnień

Model poznawczo-behawioralny w leczeniu uzależnienia od kokainy

Kathleen M. Carroll, Ph.D.
Uniwersytet w Yale

National Institute on Drug Abuse
5600 Fishers Lane
Rockville, Maryland 20857

Podziękowania

Opracowanie wcześniejszej wersji tego podręcznika było współfinansowane przez National Institute on Drug Abuse (Narodowy Instytut ds. Nadużyć Narkotykowych Stanów Zjednoczonych). Aktualna wersja podręcznika została napisana przez Dr. Kathleen Carroll z Uniwersytetu w Yale, numer kontaktowy N-OIDA-4-2205 National Institute on Drug Abuse. Dr. Lisa Onken, urzędnik w Projekcie NIDA, zaoferowała cenne wsparcie podczas przygotowania tego podręcznika.

Materiał przedstawiony w tym podręczniku jest wynikiem badań przeprowadzonych przez Dr. Kathleen Carroll i Dr. Bruce Rounsaville i ich współpracowników na Uniwersytecie w Yale. Opracowanie tego modelu terapeutycznego w leczeniu narkomanii zaczerpnięto z pracy Alana Marlatta i innych (Marlatt i Gordon, Chancy i in. 1978; Jaffe i in. 1988; Ito i in. 1984). Struktura i sekwencja sesji przedstawionych w tym modelu terapeutycznym została częściowo opracowana na podstawie Projektu MATCH opublikowanego przez National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (Kadden i in. 1992) i podręcznika opracowanego przez Petera Monti i współpracowników (1989). Źródła są częściowo odzwierciedlone w tej części materiału podręcznika na temat treningu umiejętności. Ponadto źródła są cytowane przy każdej z tych sekcji.

Zespół Badawczy Uniwersytetu z Yale

Współpracownicy:

lek. med. Bruce Rounsaville

lek. med. Charla Nich

dr Sam Ball

dr Lisa Fenton

lek. med. Frank Gawin

lek. med. Tom Kosten

dr nauk medycznych Elinor McCance-Katz

lek. med. Douglas Ziedonis

lek. med. Roseann Bisighini

Monica Canning-Ball

mgr Joanne Corvino

Kea Cox

Lynn Gordon

Tami Frankforter

Jeniffer Owler

Zespół projektowy:

dr Michael Barrios

mgr Meghan Brio

dr Dan Keller

dr Andrew Grunebaum

Terapeuci:

dr Michael Barrios

dr Dan Keller

dr Andrew Grunebaum

Oświadczenie

Opinie wyrażone w niniejszym podręczniku są poglądami autorów i niekoniecznie odzwierciedlają politykę National Institute on Drug Abuse czy innej partii Departamentu Zdrowia Stanów Zjednoczonych.

Domena Publiczna

Całościowy materiał dydaktyczny pojawiający się w tym podręczniku poza dodatkami (Dodatek nr. 9, Dodatek nr. 14) jest objęty domeną publiczną i może być powielany bez zgody National Institute on Drug Abuse czy autora. Odnoszenie się do źródeł jest mile widziane.

National Institute on Drug Abuse

Numer Publikacji NIH 98-4308

Wydanie Kwiecień 1998

Przedmowa

Ponad 20 lat badań wyraźnie wykazało, że uzależnienie jest chorobą uleczalną. Leczenie uzależnienia okazało się skuteczne w ograniczaniu używania narkotyków, zakażeń wirusem HIV, zmniejszaniu kosztów zdrowotnych i społecznych, które są wynikiem uzależnienia oraz przyczynia się do obniżenia przestępczości. The National Institute on Drug Abuse (NIDA), które wspiera ponad 85 procent światowych prac badawczych na temat narkomanii i uzależnienia, stwierdza że najbardziej skuteczne podejścia lecznicze obejmują zarówno biologiczne jak i behawioralne komponenty.

W celu zagwarantowania, że podmioty świadczące usługi terapeutyczne stosują najbardziej aktualne, poparte badaniami naukowymi podejścia NIDA od początku wspiera rozwój serii „Podręczników Leczenia Uzależnienia”. Podręczniki odzwierciedlają zaangażowanie NIDA w szybkie dostosowywanie podstawowych wniosków badań do warunków rzeczywistych. Podręczniki oparte są na wynikach badań naukowych na temat skutecznych metod leczenia narkomanii wspieranych przez NIDA. Przeznaczone są one do zastosowania przez praktyków zajmujących się leczeniem narkomanii, lekarzy, terapeutów, specjalistów, instruktorów terapii uzależnień, oraz tych, którzy są zainteresowani problemem uzależnienia.

Podręczniki prezentują klarowną, pomocną informację wspomagającą terapeutów, zapewniając najlepszą możliwą opiekę jaką nauka ma obecnie do zaoferowania. Opisują one poparte naukowo metody terapeutyczne w leczeniu uzależnień i prezentują określone wskazówki na temat treści sesji oraz sposobów stosowania tych metod. Naturalnie, nie są zamiennikami szkoleń i superwizji i podręczniki te mogą być nieodpowiednie dla wszystkich typów pacjentów lub mogą być niekompatybilne ze wszystkimi programami klinicznymi czy podejściami terapeutycznymi. Podręczniki powinny być postrzegane jako dodatki, a nie zamienniki, służące do starannej oceny każdego pacjenta, odpowiedniego formułowania każdego przypadku, bieżącego monitorowania stanu klinicznego pacjenta oraz oceny klinicznej.

Metody terapeutyczne zaprezentowane w tych seriach ilustrują obecnie najlepszą wiedzę na temat leczenia narkomanii. W miarę rozwoju naszej wiedzy, z pewnością powstaną nowe i ulepszone metody terapii. Cieszymy się na kontynuowanie dostarczania najnowszych wyników badań za pośrednictwem podręczników i innych popartych naukowo publikacji. Zachęcamy do udzielenia nam informacji zwrotnej co do przydatności tych serii podręczników oraz pomysłów co do tego, jak można je ulepszać.

Alan I. Leshner

Dyrektor

National Institute on Drug Abuse

Spis treści

Przedmowa	4
Terapia poznawczo-behawioralna (TPB): ogólny zarys	10
Uzasadnienie zastosowania TPB	10
Elementy TPB	11
Analiza funkcjonalna	11
Trening umiejętności	11
Kluczowe zadania TPB	12
Cechy TPB	13
Forma	13
Czas trwania terapii	13
Miejsce	14
Pacjenci	14
Kompatybilność z leczeniem uzupełniającym	15
Składniki czynne TPB	15
Podstawowe i specyficzne interwencje	16
Zalecane interwencje	16
Dopuszczalne interwencje	16
Interwencje, które nie są częścią TPB	17
Porównanie TPB z innymi rodzajami terapii	17
Podobne podejścia	17
Terapia poznawcza	18
Społecznościowy program wzmacniania motywacji (CRA)	18
Terapia Wzmacniająca Motywację (MET)	19
Podejścia inne, różniące się od TPB	20
Program dwunastu kroków	20
Terapia interpersonalna	21
Podstawowe zasady TPB	22
Nabyte zachowanie	22
Modelowanie	22
Warunkowanie instrumentalne	22
Warunkowanie klasyczne	23

Analiza funkcjonalna	23
Przeszkody i braki	23
Umiejętności i mocne strony	24
Czynniki decydujące o używaniu kokainy	24
Istotne obszary	24
Narzędzia oceny	25
Trening umiejętności	26
Nauka Strategii ukierunkowanych na zaprzestanie używania kokainy	27
Uniwersalne umiejętności	28
Podstawowe umiejętności	28
Dopasuj materiał do potrzeb pacjenta	28
Stosuj powtórzenia	30
Ćwicz i udoskonalaj umiejętności	31
Struktura i forma sesji	35
Zasada 20/20/20	35
Pierwsza część sesji	36
Oceń stan pacjenta	36
Wysłuchaj bieżących obaw	38
Druga część sesji	39
Wprowadzenie Tematu	39
Powiąz temat z bieżącymi problemami	40
Zbadaj reakcje	40
Ostatnia część sesji	41
Przydziel praktyczne ćwiczenie	41
Przewiduj sytuacje wysokiego ryzyka	42
Tematy	43
Łączenie TPB z lekami	44
Sesja nr. 1: Wstęp do leczenia i TPB	47
Cele sesji	47
Kluczowe interwencje	47
Historia pacjentów i budowanie relacji	47
Buduj motywację	49
Uzgodnij cele terapeutyczne	50
Przedstaw model TPB	51
Ustal zasady terapii	53

Zapoznaj pacjenta z analizą funkcjonalną	53
Ćwiczenie praktyczne	54
Temat 1: Radzenie sobie z głodem	55
Cele sesji	55
Kluczowe interwencje	55
Opisywanie głodu narkotykowego	56
Identyfikowanie wyzwalaczy	57
Unikanie sygnałów	57
Radzenie sobie z głodem narkotykowym	58
Przyzwolenie na doświadczanie głodu	59
Przywoływanie negatywnych konsekwencji	60
Stosowanie dialogu wewnętrznego	60
Ćwiczenia praktyczne	61
Temat 2 : Budowanie motywacji i zobowiązanie się do zaprzestania	63
Cele sesji	63
Kluczowe interwencje	64
Doprecyzuj cele	64
Porusz kwestię ambiwalencji odnośnieAbstynencji	66
Identyfikowanie i radzenie sobie z myśleniem o kokainie	67
Ćwiczenie praktyczne	69
Temat 3: Umiejętności odmawiania/asertywność	73
Cele sesji	73
Kluczowe interwencje	74
Oceń dostępność kokainy	74
Radzenie sobie z dilerami	74
Umiejętności odmawiania	75
Scenka - odgrywanie ról	76
Odpowiedź pasywna, agresywna i asertywna	76
Przypomnij pacjentom o zakończeniu terapii	76
Ćwiczenie praktyczne	77
Temat 4: Pozornie nieistotne decyzje	80
Cele sesji	80
Kluczowe Interwencje	81
Zrozumienie pozornie nieistotnych decyzji	81
Określ przykłady z życia pacjenta	82

Ćwicz bezpieczne podejmowanie decyzji	83
Ćwiczenie praktyczne	83
Temat 5: Uniwersalny plan radzenia sobie	85
Cele sesji	85
Kluczowe interwencje	85
Przewidywanie sytuacji wysokiego ryzyka	85
Opracuj plan radzenia sobie	86
Ćwiczenie praktyczne	86
Temat 6: Rozwiązywanie problemów	88
Cele sesji	88
Kluczowe interwencje	88
Przedstaw podstawowe kroki	88
Ćwicz Umiejętności rozwiązywania problemów	90
Ćwiczenie praktyczne	90
Temat 7: Zarządzanie przypadkiem	92
Cele sesji	92
Kluczowe interwencje	93
Identyfikacja problemu	93
Wyznaczanie celów	93
Określenie zasobów	93
Określenie planu	93
Monitorowanie postępu	94
Ćwiczenie praktyczne	94
Temat 8: Zmniejszenie ryzyka zakażenia wirusem HIV	96
Cele sesji	96
Kluczowe interwencje	96
Oceń ryzyko	96
Zbuduj motywację do zmiany	97
Ustal cele	97
Pokonuj przeszkody	97
Podaj konkretne wskazówki	98
Ćwiczenie praktyczne	98
Sesja z osobą bliską	100
Cele sesji	100
Kluczowe Interwencje	100

Planuj z wyprzedzeniem	100
Udziel informacji/ Wyznacz cel	101
Określ strategię	101
Ćwiczenie praktyczne	102
Ostatnia sesja: Zakończenie	103
Cele sesji	103
Dodatek A: Wybór terapeutów, szkolenia i superwizja	104
Szkolenie terapeuty	104
Seminarium dydaktyczne	104
Przypadki szkoleniowe objęte superwizją	104
Ocena terapeutów	105
Lista kontrolna terapeuty	105
Skala oceny	105
Procedura certyfikacji terapeutów	106
Bieżąca superwizja	106
Wskazówki	107
Typowe problemy podczas superwizji	107
Równowaga	107
Śpieszenie się z materiałem	108
Niejasne strategię	108
Mało konkretne przykłady	109
Bagatelizowanie ćwiczeń praktycznych	109
Niestosowanie podręcznika w pracy z trudnymi pacjentami	110
Dodatek B: Badania kliniczne a TPB	123
TPB i terapia interpersonalna	123
TPB i procedury kliniczne	124
TPB i objawy depresji	126
TPB a aleksytymia	127
Obserwacje po roku	127
TPB i kokainiści nadużywający alkoholu	128
Bibliografia	131

Terapia poznawczo-behawioralna (TPB): ogólny zarys

Poznawczo-behawioralny trening umiejętności (coping skills treatment) jest krótkoterminowym, ukierunkowanym podejściem pomagającym osobom uzależnionym od kokainy powstrzymać się od używania kokainy i innych substancji. (Występujące w podręczniku określenia osoby nadużywającej lub uzależnionej odnoszą się do kryteriów uzależnienia i nadużywania kokainy wg. DSM-IV). Model zakłada, że proces uczenia się odgrywa ważną rolę w rozwoju i kontynuacji nadużywania kokainy oraz uzależnienia. Ten sam proces może zostać zastosowany w celu pomocy osobom w ograniczaniu używania narkotyku.

Terapia poznawczo-behawioralna (TPB), ujmując najprościej, pomaga klientom w rozpoznawaniu, unikaniu i radzeniu sobie (coping). Model terapeutyczny sprzyja ROZPOZNAWANIU sytuacji, w których klienci są skłonni do używania kokainy, uczy UNIKANIA tych sytuacji kiedy istnieje taka potrzeba i wdraża skuteczniejsze metody RADZENIA sobie z szeregiem problemów czy problematycznym zachowaniem związanym z nadużywaniem substancji.

Uzasadnienie zastosowania TPB

Istnieje kilka ważnych cech terapii poznawczo-behawioralnej, które sprawiają, że stanowi obiecujący model leczenia nadużywania kokainy oraz uzależnienia:

- Krótkoterminowe, stosunkowo zwarte podejście, łatwe do zastosowania w większości programów terapeutycznych.
- TPB jest poddawana wnikliwej ocenie w rygorystycznych badaniach klinicznych i posiada gruntowne poparcie empiryczne w leczeniu nadużywania kokainy. Wyniki badań wskazują na trwałość efektów terapii oraz jej efektywność w leczeniu osób silnie nadużywających kokainę (zob. dodatek B).
- TPB jest ustrukturyzowana, zorientowana na cel, skoncentrowana na bezpośrednich problemach, z którymi zmagają się osoby nadużywające kokainę, zgłaszające się na leczenie, nie radzące sobie z kontrolowaniem używania kokainy.
- TPB to elastyczne, zindywidualizowane podejście, które może być zaadoptowane do szerokiej grupy klientów oraz różnych form leczenia (ambulatoryjne, stacjonarne, grupowe, indywidualne).

- TPB jest kompatybilna z innymi formami leczenia, np. farmakoterapią
- TPB zawiera szereg istotnych zadań, które są również elementem innych skutecznych terapii nadużywania substancji psychoaktywnych.

Elementy TPB

TPB składa się z dwóch kluczowych elementów:

- Analiza funkcjonalna
- Trening umiejętności

Analiza funkcjonalna

W procesie leczenia, każdy przypadek użycia kokainy poddawany jest analizie funkcjonalnej. Klient i terapeuta wspólnie identyfikują myśli oraz emocje klienta oraz okoliczności przed i po użyciu kokainy. W pierwszych fazach terapii analiza funkcjonalna odgrywa kluczową rolę pomagając terapeutę i klientowi w określaniu czynników wywołujących lub sytuacji wysokiego ryzyka, które mogą prowadzić do używania kokainy. Analiza funkcjonalna służy identyfikacji powodów używania narkotyku (np. radzenia sobie z interpersonalnymi trudnościami, doświadczania sytuacji ryzykownych lub stanów euforycznych niewystępujących normalnie w życiu pacjenta). W późniejszych etapach leczenia, analiza funkcjonalna epizodów używania kokainy pomaga rozpoznawać sytuacje lub stany, w których osoba wciąż przejawia trudności w radzeniu sobie.

Trening umiejętności

Terapia poznawczo-behawioralna może być postrzegana jako wysoce zindywidualizowany program treningowy, który pomaga osobom nadużywającym kokainę oduczyć się starych zwyczajów związanych z nadmiernym używaniem narkotyku i tym samym nabyć nowe, zdrowsze umiejętności. Do momentu, kiedy używanie narkotyku jest tak poważne, że wymaga leczenia, klienci używają kokainy jako jedyne sposobu radzenia sobie z szerokim zakresem interpersonalnych oraz intrapsychicznych problemów. Powody mogą być następujące:

- Osoba mogła nigdy nie nauczyć się efektywnych strategii radzenia sobie z wyzwaniem codziennego życia oraz problemami dorosłości, jak w przypadku inicjacji narkotykowej w młodym wieku.
- Osoba w pewnym momencie życia, mogła rozwinąć efektywne sposoby radzenia sobie z problemami, lecz w wyniku wielokrotnego używania substancji, będącego nadrzędnym sposobem radzenia sobie (coping), umiejętności te mogły zaniknąć. Klient mógł zapomnieć, jak radzić sobie w codziennym życiu będąc chronicznie zaangażowanym w styl życia

ściśle związany z narkotykami, gdzie większość czasu poświęcona była na zdobywanie i używanie narkotyków a także na zwalczanie ich negatywnych skutków.

- Osoba może sobie nie radzić z życiem również ze względu na inne problemy psychiatryczne.

Ze względu na fakt, że osoby używające kokainę stanowią różnorodną grupę rozpoczynają leczenie z szerokim wachlarzem problemów, trening umiejętności może stać się tak obszerny jak tego wymaga dany przypadek. Pierwsze sesje skupiają się na treningu umiejętności związanym ze wstępną kontrolą używania kokainy (np. Identyfikacja sytuacji wysokiego ryzyka, radzenie sobie z myślami związanymi z zażywaniem kokainy). Kiedy te podstawowe umiejętności zostaną opanowane trening jest rozszerzony o zakres innych problemów, z którymi osoba może sobie nie radzić (izolacja społeczna, bezrobocie). Ponadto, trening umiejętności skupia się zarówno na umiejętnościach intrapsychicznych (np. radzenie sobie z głodem narkotykowym) jak i interpersonalnych (np. odmawianie innym użycia kokainy). Klienci uczą się tych umiejętności jako strategii właściwych (mających zastosowanie „tu i teraz” w celu kontrolowania używania) oraz ogólnych stosowanych również przy rozwiązaniu innych problemów. Zatem, TPB służy nie tylko pomaganiu pacjentom w eliminowaniu bądź redukowaniu używania substancji, lecz także uczy innych umiejętności przydatnych przez długi czas po zakończeniu leczenia.

Kluczowe zadania TPB

TPB określa kilka kluczowych zadań, które są niezbędne w skutecznej terapii uzależnień (Rounsaville, & Carroll, 1992)

- Zbuduj motywację do abstynencji. Ważną techniką używaną do budowania motywacji klienta do zaprzestania używania kokainy jest analiza decyzyjna, która określa co klient może stracić lub zyskać poprzez kontynuowanie używania narkotyku.
- Naucz klienta umiejętności radzenia sobie z nałogiem. Stanowi to istotę TPB- pomaganie klientom w rozpoznaniu sytuacji wysokiego ryzyka, w których najprawdopodobniej skuszą się do użycia narkotyku oraz rozwijanie bardziej efektywnych sposobów radzenia sobie w takich sytuacjach.
- Zmień wzmocnienia (reinforcement contingencies). Do czasu podjęcia decyzji o leczeniu, wielu klientów spędza większość swojego czasu na zdobywaniu, używaniu narkotyku lub rekonwalescencji wykluczając inne doświadczenia i wzmocnienia. TPB skupia się na identyfikowaniu i redukowaniu nawyków stylu życia związanego z narkotykami poprzez zamianę ich na długotrwałe, pozytywne zachowanie przynoszące korzyści.
- Wykształć umiejętności zarządzania bolesnymi emocjami. Trening umiejętności również uczy technik rozpoznawania i radzenia sobie z głodem narkotykowym (craving). To doskonały model pomocny w nauczaniu tolerowania innych silnych doznań takich jak złość czy depresja.

- Popraw funkcjonowanie interpersonalne i wzmacniaj wsparcie społeczne. TPB obejmuje trening ważnych interpersonalnych umiejętności i strategii pomocnych dla pacjentów w rozwijaniu sieci społecznego wsparcia oraz budowania trwałych, wolnych od narkotyków relacji.

Cechy TPB

Forma

Zindywidualizowany forma TPB pozwala na lepsze dostosowanie leczenia do zaspokojenia potrzeb poszczególnych klientów.

Klienci są ogólnie bardziej zaangażowani w leczenie, kiedy mają możliwość pracy i budowania relacji z jednym terapeutą przez określony czas. Indywidualne leczenie daje większą elastyczność planowania sesji oraz eliminuje problem potrzeby leczenia na zasadzie „przyjmowania klientów na bieżąco” jak i odkładania terapii przez okres kilku tygodni aż do momentu zebrania się grupy. Ponadto, stosunkowo wysokie wskaźniki utrzymania się w programach i badaniach mogą w części odzwierciedlać określone zalety indywidualnego leczenia. Jednakże, niektórzy badacze podkreślają wyjątkowość korzyści terapii w formie grupowej osobom używających substancji (np. uniwersalność, presja grupowa). Zastosowanie grupowego leczenia przy użyciu tego podręcznika jest stosunkowo proste. Wymaga ono wydłużenia sesji do 90 minut tak, aby wszyscy członkowie grupy otrzymali możliwość przedstawienia osobistych doświadczeń poprzez wypróbowanie umiejętności, podawanie przykładów i uczestniczenie w scenkach z podziałem na role (role-play). Terapia grupowa będzie również bardziej ustrukturyzowana ze względu na potrzebę przedstawienia kluczowych pomysłów i umiejętności w sposób bardziej dydaktyczny a mniej zindywidualizowany.

Czas trwania terapii

Proponowana ilość sesji TPB to 12 do 16, zwykle przez okres 12 tygodni. Terapia poznawczo-behawioralna jest względnie krótkoterminowa. Jest nastawiona na zainicjowanie abstynencji i na ogólną stabilizację stanu pacjentów. W wielu przypadkach TPB jest wystarczająca do wywołania i utrzymania długotrwałej poprawy u pacjentów przez okres jednego roku po zakończeniu leczenia. Wstępne badania pokazują, że pacjenci, którzy są w stanie utrzymać 3 lub więcej tygodni abstynencji od kokainy przez okres 12 tygodni terapii są zwykle w stanie uzyskać dobry rezultat przez kolejne 12 miesięcy po zakończeniu leczenia.

Niemniej jednak, dla wielu pacjentów krótka forma leczenia jest nie-wystarczająca do osiągnięcia stabilizacji lub trwałej poprawy. W takich przypadkach, TPB jest postrzegana jako przygotowanie do długoterminowego leczenia. Dalsze leczenie zalecane jest bezpośrednio, gdy pacjent wyrazi taką potrzebę lub gdy nie jest w stanie osiągnąć 3 lub więcej tygodni abstynencji podczas wstępnego leczenia.

Obecnie jesteśmy na etapie oceny tego, czy dodatkowe, wzmacniające sesje TPB w okresie 6 miesięcy następujące po wstępnej fazie leczenia dostarczą lepszych wyników. TPB skupia się na:

- Identyfikowaniu, doświadczaniu przez pacjentów sytuacji, emocji i myśli, które są dla nich problematyczne przy próbach utrzymania abstynencji lub które pojawiają się po zaprzestaniu lub ograniczeniu używania kokainy.
- Utrzymywaniu poprawy poprzez utrwalanie bardziej efektywnych umiejętności radzenia sobie (coping skills) i strategii, które pacjent zastosował.
- Zachęcaniu pacjenta do zaangażowania się w aktywności i relacje, które nie są powiązane z używaniem narkotyków. W początkowym etapie TPB koncentruje się raczej na poszerzaniu i doskonaleniu umiejętności, które zostały przedstawione pacjentowi w pierwszym etapie terapii, niż na przedstawianiu nowego materiału.

Miejsce

Terapia zwykle odbywa się w placówkach ambulatoryjnych z kilku powodów:

- TPB skupia się na rozumieniu wyznaczników używania substancji psychoaktywnych wynikających z kontekstu codziennego życia pacjenta. Poprzez zrozumienie pacjentów tj., kim oni są, gdzie mieszkają, jak spędzają swój czas, terapeuci mogą wypracować bardziej szczegółowe analizy funkcjonalne.
- Trening umiejętności jest najbardziej skuteczny w sytuacji, gdy pacjenci mają możliwość ćwiczenia nowych umiejętności i podejść w kontekście ich codziennej rutyny, nauki tego co działa i nie działa oraz omówienia nowych strategii z terapeutą.

Pacjenci

Efekty stosowania terapii TPB zostały zweryfikowane w zastosowaniu jej w pracy z dużą grupą osób nadużywających kokainy. Stosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w placówkach ambulatoryjnych zazwyczaj nie jest odpowiednie dla:

- Osób z zaburzeniami psychotycznymi i w chorobie afektywnej dwubiegunowej, jeśli nie są ustabilizowane lekami
- Pacjentów, którzy nie mają stabilnych warunków mieszkaniowych
- Pacjentów niestabilnych w kategoriach medycznych (co wynika ze wstępnych badań lekarskich przez rozpoczęciem terapii)
- Osób ze współwystępującymi zaburzeniami powstałymi w wyniku przyjmowania substancji psychoaktywnych, z wyjątkiem uzależnienia od alkoholu i marihuany (jednakże badamy potrzebę zastosowania detoksykacji alkoholowej)
- Pacjentów skierowanych na leczenie w wyniku wyroku sądowego, u których nie zaobserwowano znaczącej poprawy.

Łączenie z leczeniem uzupełniającym

TPB jest wysoce kompatybilna z innymi formami leczenia ukierunkowanymi na rozwiązywanie szeregu współwystępujących problemów związanych z nadużywaniem kokainy, a w szczególności z:

- Farmakoterapią stosowaną przy używaniu kokainy i/lub w towarzyszących zaburzeniach psychicznych
- Grupami samopomocowymi takimi jak Anonimowi Kokainiści (AK) i Anonimowi Alkoholicy (AA)
- Terapią rodzinną, terapią małżeńską/par
- Doradztwem zawodowym, kształceniem umiejętności wychowywania dzieci, itd.

W sytuacji, gdy TPB jest częścią szerszego programu leczenia, nieodzowne jest, aby terapeuta utrzymywał bliski i regularny kontakt z innymi podmiotami świadczącymi usługi medyczne.

Składniki czynne TPB

Wszystkie behawioralne lub psychospołeczne formy terapii uwzględniają zarówno wspólne jak i specyficzne czynniki nazywane „składnikami czynnymi”. Wspólne czynniki pojawiające się w większości podejść psychoterapeutycznych to: zapewnienie edukacji, przekonujące uzasadnienie leczenia, wzmacnianie oczekiwania wobec poprawy, zachęcanie, zapewnianie wsparcia oraz przede wszystkim jakość relacji terapeutycznej (Rozenzweig 1936; Castonguay 1993). Specyficzne czynniki to techniki i interwencje, które cechują określoną formę psychoterapii.

TPB jak większość innych form terapii, łączy złożoną kombinację wspólnych i specyficznych czynników. Przykładowo, w terapii poznawczo-behawioralnej samo prowadzenie treningu umiejętności bez ugruntowania pozytywnego kontaktu terapeutycznego prowadzi do sztywnego, zbyt dydaktycznego podejścia. Podejście takie zraża lub nie jest atrakcyjne dla większości pacjentów i przez to przynosi przeciwny efekt do zamierzonego. Należy mieć na uwadze, że TPB wywiera działanie poprzez skomplikowane wzajemne oddziaływanie czynników wspólnych i specyficznych.

Główne zadanie terapeuty polega na osiągnięciu odpowiedniej równowagi pomiędzy nawiązywaniem i utrzymywaniem relacji a prowadzeniem treningu umiejętności. Dla przykładu, bez solidnego przymierza terapeutycznego jest mało prawdopodobne, że pacjent pozostanie w terapii, będzie wystarczająco zaangażowany w kształcenie nowych umiejętności czy dzielenie się postęпами, doświadczeniami w stosowaniu nowych podejść do dawnych problemów. I przeciwnie, prowadzenie z empatią treningu umiejętności jako narzędzia pomocnego w życiu pacjentów, może stworzyć podstawy silnej więzi terapeutycznej.

Podstawowe i Specyficzne Interwencje

Kluczowe czynne składniki różniące TPB od innych terapii, które muszą być zastosowane w celu uzyskania odpowiedniego efektu obejmują:

- Funkcjonalną analizę nadużywania substancji
- Indywidualizowany trening rozpoznawania i radzenia sobie z głodem narkotykowym, zarządzanie myślami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych, rozwiązywanie problemów, tworzenie planu działania na sytuacje kryzysowe, rozpoznawanie pozornie nieistotnych decyzji oraz kształcenie umiejętności odmawiania zażycia substancji psychoaktywnych
- Analizę procesów poznawczych związanych z używaniem substancji
- Identyfikację oraz informowanie o przeszłych oraz potencjalnych sytuacjach wysokiego ryzyka
- Zachęcanie i weryfikację postępu w opanowywaniu umiejętności poruszanych w czasie dodatkowych sesji
- Ćwiczenie umiejętności w trakcie sesji

Zalecane interwencje

Interwencje lub strategie, które powinny występować podczas leczenia w stosownych przypadkach, ale niekoniecznie charakterystycznych dla TPB:

- Omówienie, weryfikacja i przeformułowanie celów terapeutycznych pacjenta
- Monitorowanie głodu narkotykowego i nadużywania kokainy
- Monitorowanie nadużywania innych substancji
- Monitorowanie ogólnego funkcjonowania
- Badanie pozytywnych i negatywnych konsekwencji nadużywania kokainy
- Badanie związku między emocjami a nadużywaniem substancji
- Udzielanie informacji o wynikach analizy moczu
- Ustalenie planu sesji
- Udzielanie stosownych komentarzy odnośnie procesu terapeutycznego
- Dyskusja nad korzyściami abstynencji
- Badanie ambiwalencji związanej z abstynencją
- Radzenie sobie z oporem za pomocą podejścia nakierowanego na rozwiązywanie problemów
- Wspieranie działań pacjenta ze strony rodziny
- Oszacowanie poziomu wsparcia ze strony rodziny
- Objasnienie różnicy pomiędzy „potknięciem” a nawrotem
- Uczestnictwo rodziny lub innych osób bliskich (do dwóch sesji)

Dopuszczalne interwencje

Cztery interwencje niewymagane, bądź nierekomendowane jako część TPB lecz zgodne z podejściem poznawczo-behawioralnym:

- Badanie zaangażowania samopomocowego jako umiejętności radzenia sobie
- Identyfikowanie własnych wzmocnień (self-reinforcement) w utrzymaniu abstynencji
- Badanie rozbieżności pomiędzy deklarowanymi przez pacjenta celami a rzeczywistym działaniem
- Wydobywanie zaniepokojenia związanego z nadużywaniem substancji psychoaktywnych oraz związanych z tym konsekwencji

Interwencje, które nie są częścią TPB

Interwencje charakterystyczne dla odmiennych podejść oraz w mniejszym stopniu spójnych z podejściem poznawczo-behawioralnym

- Zbyt szerokie samo ujawnianie się terapeuty
- Stosowanie konfrontacyjnego stylu lub podejścia konfrontującego zaprzeczenia
- Wymaganie od pacjentów uczęszczania na grupy samopomocowe
- Poszerzona dyskusja na temat filozofii Programu 12 Kroków, „Wielkiej Księgi” czy „siły wyższej”
- Stosowanie słownictwa lub sloganów medycznych
- Poszerzony wgląd w interpersonalne aspekty nadużywania substancji
- Poszerzona interpretacja lub dyskusja nad rzeczywistymi konfliktami i motywami związanymi z przyjmowaniem substancji
- Zastosowanie bezpośrednich wzmocnień przy utrzymaniu abstynencji (np. bony, kupony)
- Interwencje kojarzone z terapią Gestalt, interwencjami ustrukturalizowanymi, terapią racjonalno-emotywną lub innymi normatywnymi metodami leczenia

Porównanie TPB z innymi rodzajami terapii

Często łatwiej jest zrozumieć istotę leczenia w odniesieniu do tego, czym ono nie jest. Rozdział ten omawia TPB w leczeniu uzależnienia od kokainy pod kątem podobieństw i różnic pomiędzy TPB a innymi psychospołecznymi rodzajami terapii.

Podobne podejścia

TPB jest podobna do innych poznawczych i behawioralnych rodzajów terapii, które rozpatrują pojęcie nadużywania narkotyku w odniesieniu do czynników poprzedzających uzależnienie i jego konsekwencjach. Obejmują one Terapię Poznawczą Beck'a (Beck i in., 1991), Społecznościowy Program Wzmacniania Motywacji (*Community Reinforcement Approach*) (Azrin 1976, Smith 1995) a w szczególności Terapię Zapobiegania Nawrotom Marlatt'a *Relapse Prevention Therapy* (Marlatt i Gordon 1985).

Terapia Poznawcza (TP)

Terapia poznawcza jest „systemem psychoterapii, który nastawiony jest na ograniczanie nadmiernej reakcji emocjonalnej i autodestruktywnego zachowania poprzez zmianę błędnych przekonań, leżących u podstaw tych reakcji” (Beck i in., 1991, p.10).

TPB jest szczególnie podobna do terapii poznawczej, biorąc pod uwagę jej nacisk na funkcjonalną analizę nadużywania narkotyków i identyfikację myśli związanych z ich nadużywaniem. Z drugiej strony, TPB różni się od terapii poznawczej głównie tym, że nacisk położony jest na identyfikację, rozumienie i zmianę kluczowych przekonań co do własnego „ja” oraz przede wszystkim, własnego „ja” w kontekście uzależnienia od narkotyków. Początkowe sesje TPB skupiają się na nauczaniu i ćwiczeniu różnych umiejętności radzenia sobie, z których tylko niektóre są umiejętnościami poznawczymi.

W podejściu poznawczo-behawioralnym wstępne strategie podkreślają behawioralne aspekty radzenia sobie (np. unikanie określonych sytuacji, rozproszenie uwagi, itd.) a w mniejszym stopniu koncentrują się na „obmyślaniu” scenariusza wyjścia z trudnej sytuacji. W terapii poznawczej, podejście terapeuty do procesów poznawczych jest sokratejskie, oparte na prowadzeniu pacjenta przy pomocy serii pytań; w TPB, podejście jest nieco bardziej dydaktyczne. Czynnikiem terapeutycznym w terapii poznawczej jest praca nad zmianą sposobu, w jaki pacjent myśli, co w założeniu ma prowadzić do ograniczenia przyjmowania narkotyku; w TPB tym czynnikiem jest praca nad zmianą, zarówno w sposobie myślenia jaki i w zachowaniu.

Społecznościowy Program Wzmacniania Motywacji

Społecznościowy Program Wzmacniania Motywacji (SPWM) Community Reinforcement Approach (CRA) „dotyczy szerokiego zakresu behawioralnych technik terapeutycznych pomocnych w rozwiązywaniu problemów związanych z nadużywaniem narkotyków... wykorzystuje społeczne, rekreacyjne, rodzinne oraz zawodowe wzmocnienia, aby motywować w pacjenta procesie zdrowienia” (Meyers, Smith 1995, str.1).

Program wykorzystuje różnorodne wzmocnienia, często występujące w danej społeczności by pomagać osobom nadużywającym narkotyki przyjąć styl życia wolny od narkotyków. Typowe składniki SPWM obejmują (1) funkcjonalną analizę zażywania narkotyków, (2) poradnictwo społeczne i rekreacyjne, (3) doradztwo zawodowe, (4) trening umiejętności odmawiania przyjmowania narkotyku, (5) trening relaksacyjny, (6) trening behawioralny, (7) poradnictwo na temat wzajemnych stosunków międzyludzkich. Dr. Higgins dodał do programu kupony, które okazały się bardzo skutecznym komponentem gratyfikacyjnym, użytecznym w leczeniu uzależnienia od kokainy (Higgins et a. 1991, 1994). Kupony otrzymu-

ją osoby, które pozostają w procesie leczenia. Kupony są wymienne na rzeczy kojarzone z wolnym od narkotyków stylem życia, pod warunkiem dostarczenia przez pacjenta analizy próbek moczu wskazujących brak obecności narkotyków.

Zatem, SPWM i TPB mają szereg wspólnych cech przede wszystkim funkcjonalną analizę nadużywania narkotyków oraz trening behawioralny. TPB różni się od SPWM tym, że zazwyczaj nie zawiera komponentów gratyfikacyjnych (kuponów) motywujących do utrzymania abstynencji oraz nie stosuje interwencji poza sesjami terapeutycznymi, jak w przypadku interwencji społecznościowych (miejsce pracy lub kluby towarzyskie).

***Terapia Wzmacniająca
Motywację - TWM
(Motivational Enhancement
Therapy - MET)***

TPB jest w pewnym stopniu podobna do Terapii Wzmacniającej Motywację (Motivational Enhancement Therapy) (Miller i Rollnick 1992). TWM „bazuje na elementach psychologii motywacji i jest stosowany w celu uzyskania szybkiej, wewnętrznej motywacji do zmiany. Strategia leczenia nie odwołuje się do prowadzenia i przeszkalania pacjenta krok po kroku. Zamiast tego stosuje się strategię motywującą do mobilizacji zasobów własnych prowadzących do zmiany.” (Miller i in. 1992, p. 1).

Zarówno w TPB jak i TWM w początkowych etapach leczenia wykorzystuje się strategię budowania motywacji do zmiany zachowań związanych z nadużywaniem narkotyków. Polega ona za zastosowaniu analizy zysków i strat z kontynuowania zażywania narkotyków.

TPB i TWM różnią się głównie naciskiem położonym na trening umiejętności. W DM, odpowiedzialność za to, w jaki sposób dochodzi do zmiany zachowania jest pozostawiona pacjentowi. Zakłada się, że pacjenci mogą skorzystać z dostępnych zasobów aby zmieniać swoje zachowania, z tego też powodu trening nie jest obowiązkowy. Teoria poznawczo-behawioralna podtrzymuje, że nauka oraz ćwiczenie określonych umiejętności radzenia sobie z uzależnieniem wspierają utrzymanie abstynencji. Oba podejścia mogą być postrzegane jako uzupełniające się, ponieważ skupiają się na różnych aspektach procesów zmiany (TWM koncentruje się na tym, dlaczego pacjenci zmieniają swoje nawyki zażywania narkotyków, natomiast TPB na tym, w jaki sposób to robią). Dla przykładu, początkowe skupienie się na strategiach motywacyjnych poprzedzających ćwiczenie umiejętności radzenia sobie (czyli TWM przed TPB) u pacjenta z niską motywacją i ograniczonymi zasobami może okazać się najbardziej skutecznym podejściem.

Pozostałe Podejścia

Program Dwunastu Kroków

TPB różni się pod wieloma względami od programu 12 kroków i innych podejść definiujących uzależnienie jako chorobę. Program Dwunastu Kroków (PDK) Twelve Step Facilitation (Nowinski i in. 1994) „ jest ugruntowany na rozumieniu alkoholizmu jako choroby w kontekście duchowym i medycznym. Treść interwencji jest zgodna z programem 12 kroków Anonimowych Alkoholików (AA), w którym główny nacisk kładzie się na Kroki 1-5. Zasadniczym celem terapii jest wspieranie motywacji do leczenia i udziału w spotkaniach AA czy Anonimowych Kokainistów (AK). Uczestnicy spotkań są aktywnie zachęceni do uczestnictwa w grupach samopomocowych i prowadzenia dziennika spotkań.” (Project MATCH Research Group, 1993).

Mimo, że Terapię Poznawczo-Behawioralną i Program 12 Kroków łączy kilka wspólnych kwestii, na przykład, podobieństwo pomiędzy modelem uzależnienia jako choroby - „ludźmi, miejscami, rzeczami” a „sytuacjami wysokiego ryzyka” , istnieje szereg znaczących różnic. Podejścia opisujące uzależnienie jako chorobę opierają się na pojęciu choroby, która może być kontrolowana, lecz nigdy wyleczona. W TPB, nadużywanie narkotyków jest nabytym zachowaniem, które można zmienić. Podejście definiujące uzależnienie jako chorobę kładzie nacisk na utratę kontroli nad przyjmowaniem narkotyków oraz innymi dziedzinami życia pacjentów; w TPB podkreśla się strategię samokontroli, czyli to co pacjenci mogą sami zrobić, w zakresie rozpoznania procesów i nawyków, leżących u podstaw przyjmowania narkotyku oraz ich zmiany.

Podobnie, w podejściu opisującym uzależnienie jako chorobę, głównym czynnikiem wyzwalającym zmianę jest udział w programie AA/AK oraz przejście 12 kroków. Sposobem radzenia sobie ze wszystkimi problemami związanymi z narkotykami jest chodzenie na spotkania oraz pogłębianie zaangażowania w zajęcia. W TPB, strategie radzenia sobie są dużo bardziej zindywidualizowane. Dotyczą one określonych rodzajów problemów napotykanym przez pacjentów i sposobów radzenia sobie z tymi problemami.

Pomimo tego, że TPB nie wymaga uczestnictwa w spotkaniach AA lub AK, niektórym pacjentom udział w nich pomaga w utrzymaniu czy dążeniu do abstynencji. Terapeuci poznawczo-behawioralni zajmują neutralne stanowisko co do uczestnictwa pacjentów w spotkaniach AA. Ponadto, terapeuci zachęcają pacjentów do traktowania udziału w spotkaniach jako strategię niezwiązaną z rozwiązywaniem problemów. Terapeuci wspólnie z pacjentem mogą przeanalizować możliwość udziału pacjenta w spotkaniach, gdy okaże się, że będą one pomocne w radzeniu sobie z silnym głodem narkotykowym. Jednakże, terapeuci powinni zachęcać pacjentów do rozważania również innych łatwo dostępnych strategii.

Terapia Interpersonalna

TPB różni się również od interpersonalnych, krótkoterminowych dynamicznych podejść takich jak Terapia Interpersonalna (TI) Interpersonal Psychotherapy (Rounsaville, Carroll 1993) czy Terapia Ekspresywno-Podtrzymująca (TEP) Supportive-Expressive Therapy (Luborsky 1984). TI „opiera się na założeniu, że zaburzenia psychiczne, w tym uzależnienie od kokainy, są ściśle związane z zaburzeniami w interpersonalnym funkcjonowaniu, które z kolei mogą być powiązane z genezą tych zaburzeń. Terapię interpersonalną, przystosowaną do leczenia uzależnienia od kokainy, wyróżniają cztery definitywne cechy: (1) przynależność do modelu medycznego zaburzeń psychicznych, (2) koncentracja na bieżących trudnościach w funkcjonowaniu interpersonalnym, (3) zwięzłość (4) stosowanie przez terapeutę dociekliwej postawy, która jest podobna to tej używanej w terapii podtrzymującej i ekspresywnej.”

TI różni się od TPB w następujący sposób: TPB jest ustrukturyzowana, natomiast TI jest bardziej wnikliwa. W terapii poznawczo-behawioralnej w dużym stopniu uczy i zachęca się pacjentów do stosowania umiejętności kontrolowania nadużywania narkotyków. W terapii interpersonalnej nadużywanie narkotyku postrzegane jest jako objaw innych trudności i konfliktów, dlatego też TI może w mniej bezpośredni sposób rozwiązywać sam problem używania narkotyków.

Podstawowe zasady TPB

TPB wspiera wspólne działanie. Pacjent i terapeuta wspólnie uzgadniają odpowiednie cele terapeutyczne, rodzaj i harmonogram treningu umiejętności, rozważają uczestnictwo osób bliskich w niektórych sesjach, wypracowują charakter zadań domowych, itd. Działanie takie nie tylko sprzyja nawiązywaniu dobrej relacji między pacjentem a terapeutą czy unikaniu zbyt biernej postawy terapeuty, ale również zapewnia, że leczenie będzie najbardziej odpowiednie dla pacjenta.

Nabyte zachowanie

TPB opiera się na teorii społecznego uczenia się. Przyпуска się, że istotnym czynnikiem wpływającym na rozpoczęcie przyjmowania lub nadużywania narkotyku jest fakt, że się tego uczymy. Zatem, wyróżnia się kilka możliwości, w których osoba mogła nauczyć się używania narkotyków: modelowanie, warunkowanie instrumentalne, warunkowanie klasyczne.

Modelowanie

Ludzie nabywają nowe umiejętności poprzez obserwowanie innych. Dla przykładu, dzieci uczą się języka słuchając i naśladowując rodziców. To samo może dotyczyć wielu osób nadużywających alkoholu i innych substancji. Dzieci, które obserwują pijących rodziców mogą uczyć się rozwiązywania swoich problemów przy pomocy alkoholu. Młodzież często zaczyna palić papierosy obserwując palących rówieśników. Tak samo kokainiści uczą się przyjmowania narkotyku obserwując przyjaciół i rodzinę używających kokainę czy inne narkotyki.

Warunkowanie instrumentalne

Zwierzęta laboratoryjne, dążą do uzyskania tych samych substancji, których nadużywają ludzie (kokaina, opiaty, alkohol), ponieważ spożywanie ich sprawia im przyjemność. a co za tym idzie, ich zachowanie jest wzmacniane. Co więcej, Używanie narkotyków może być postrzegane jako zachowanie wzmacniane przez konsekwencje. Ludzie mogą zażywać kokainę, ponieważ zmienia to ich sposób odczuwania (np. uczucie siły, energiczność, euforia, stymulacja, mniejsza skłonność do depresji), myślenia (mogę wszystko, mogę sobie z tym poradzić jak będę na haju), lub zachowania (mniej wycofany bardziej pewny/a siebie).

Postrzeżenie pozytywnych i negatywnych konsekwencji podlega indywidualnym różnicom. Dla osób pochodzących z rodzin z historią nadużywania narkotyków, o silnej potrzebie odczuwania, lub ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi używanie kokainy może być szczególnie wzmocnione. Ważne jest, aby terapeuci wzięli pod uwagę fakt, iż dana osoba używa kokainę z istotnych i znaczących dla niej powodów.

Warunkowanie klasyczne

Pawłow wykazał, że wielokrotne kojarzenie jednego bodźca (np. dzwonek) z drugim (np. pokazanie jedzenia), z upływem czasu może wywołać tę samą reakcję (np. ślinienie się psa). Z czasem, nadużywanie kokainy może zostać skojarzone z pieniędzmi lub przedmiotami kojarzonymi z kokainą, szczególnymi miejscami (bary, miejsca w których można kupić narkotyki), ludźmi (narkomani, dilerzy), dniami tygodnia (weekendy, po pracy) czy nastrojem (samotność, znudzenie) i tak dalej. Ostatecznie, kontakt jedynie z tymi bodźcami jest wystarczający, aby wywołać bardzo silny głód narkotykowy lub chęć sięgnięcia po narkotyk, w konsekwencji czego następuje nadużycie kokainy.

Analiza funkcjonalna

Pierwszym krokiem w terapii poznawczo-behawioralnej jest pomaganie pacjentom w rozpoznaniu powodu używania kokainy i określaniu tego, co muszą zrobić aby unikać bądź radzić sobie z tym, co wywołuje używanie narkotyku. Wymaga to szczegółowej analizy każdej okoliczności używania, oraz umiejętności i zasobów, które są dostępne dla pacjentów. Zagadnienia te są często analizowane podczas kilku pierwszych sesji poprzez otwartą eksplorację historii używania, poglądów pacjentów na temat tego, co ich skłoniło do leczenia oraz celów terapeutycznych.

Terapeuci powinni uzyskać odpowiedzi na poniższe pytania.

Przeszkody i braki

- Czy pacjenci widzą konieczność ograniczenia używania kokainy?
- Czy są w stanie zidentyfikować sygnały wyzwalające używanie kokainy?
- Czy udało im się utrzymać nawet krótkie okresy abstynencji?
- Czy rozumieją jakie wydarzenia prowadzą do nawrotów?
- Czy pacjenci są w stanie tolerować duży stres czy okresy głodu narkotykowego bez uciekania się do brania?
- Czy rozumieją związek między używaniem innych substancji psychoaktywnych (szczególnie alkoholu) a uzależnieniem od kokainy?
- Czy u pacjentów występują zaburzenia psychiczne lub inne problemy, które mogą utrudniać zmianę zachowania?

Umiejętności i mocne strony

- Jakie umiejętności czy silne strony wykazywali podczas wcześniejszych okresów abstynencji?
- Czy byli w stanie utrzymać pracę lub pozytywne relacje z ludźmi w pracy, w czasie gdy nadużywali narkotyków?
- Czy w kręgu towarzyskim pacjentów są ludzie, którzy nie używają lub nie rozprowadzają narkotyków?
- Czy pacjenci mają dostęp do wsparcia społecznego i zasobów wzmacniających wysiłki w utrzymaniu abstynencji?
- W jaki sposób pacjenci spędzają czas, kiedy nie używają narkotyków lub kiedy nie trzeźwieją?
- W jaki sposób funkcjonowali przed rozpoczęciem używania narkotyków?
- Co skłoniło ich obecnie do leczenia?
- Jak bardzo są zmotywowani?

Czynniki decydujące o używaniu kokainy

- Jak wyglądał ich indywidualny schemat używania (tylko weekendy, codziennie, ciągi narkotykowe)?
- Co wywołuje u nich używanie kokainy?
- Czy używają kokainę sami czy z innymi ludźmi?
- Gdzie kupują i używają kokainę?
- Gdzie i w jaki sposób zdobywają pieniądze na narkotyki?
- Co się wydarzyło w życiu pacjentów przed ostatnim, niedawnym epizodem użycia narkotyku?
- W jakich okolicznościach zaczęli nadużywać narkotyki lub używać w sposób stwarzający im problemy?
- W jaki sposób opisują kokainę oraz efekty jej działania?
- Jaką rolę (pozytywną i negatywną) kokaina odgrywa w ich życiu?

Istotne obszary

W celu określenia czynników wywołujących nadużywanie narkotyków przez pacjentów, pomocne dla terapeutów jest poruszenie kwestii z zakresu następujących obszarów:

- *Społeczny:* Z kim pacjenci spędzają najwięcej czasu? Z kim używają narkotyki? Czy są w związku z osobami, które nie używają narkotyków? Czy mieszkają z kimś, kto nadużywa narkotyków? Czy ich krąg towarzyski zmienił się od momentu, kiedy zaczęli nadużywać narkotyków?
- *Środowiskowy:* Jakie czynniki środowiskowe przyczyniły się do nadużywania narkotyków? (np. pieniądze, spożywanie alkoholu, określone pory dnia, stosunki sąsiedzkie)? W jakim stopniu pacjenci są narażeni na te czynniki w życiu codziennym? Czy są w stanie unikać niektórych czynników?

- **Emocjonalny:** Badania wykazują, że stany emocjonalne zwykle poprzedzają głód narkotykowy lub nadużycie. Obejmują one zarówno stany negatywne (depresja, lęk, znudzenie, złość) jak i pozytywne (podekscytowanie, radość). We wczesnych etapach leczenia, stany poprzedzające nadużywanie narkotyków zwykle są trudne do zidentyfikowania. Wielu pacjentów początkowo wykazuje trudności w powiązywaniu określonych stanów emocjonalnych z nadużywaniem narkotyków (lub robią to tylko powierzchownie).
- **Poznawczy:** Określone myślenie często poprzedza używanie kokainy (Muszę się odciąć, nie jestem w stanie sobie z tym poradzić; muszę wziąć, zasługuję na działkę po tym co mnie spotkało). Myśli te często są naładowane poczuciem nagłej potrzeby.
- **Fizyczny:** Nadużywanie narkotyków często wiąże się z pragnieniem uwolnienia się od nieprzyjemnego stanu fizycznego takiego jak np. zespół abstynencyjny. Mimo kontrowersji wokół fizycznego charakteru zespołu abstynencyjnego występującego po odstawieniu kokainy, osoby nadużywające kokainę często mówią o doświadczeniu określonych doznań fizycznych wywołujących potrzebę sięgnięcia po narkotyk (np. uczucie mrowienia w żołądku, zmęczenie lub trudności w koncentracji, wrazenie zapachu kokainy).

Narzędzia diagnostyczne

Znormalizowane narzędzia mogą być przydatne dla terapeuty w rozumieniu pacjenta oraz przy określaniu celów terapeutycznych. Narzędzia oceny, które okazały się pomocne to :

- **Nadużywanie narkotyków i problemy powiązane**
- **Wskaźniki Intensywności Uzależnienia The Addiction Severity Index** (McLellan i in. 1992) szacuje częstotliwość i intensywność nadużywania substancji psychoaktywnych oraz stopień natężenia i rodzaje problemów wynikających z nadużywania substancji (np. medyczne, prawne, rodzinne, zawodowe, psychiczne).
- **Skala Oceny Zmian Change Assessment Scale** (DiClemente i Hughes 1990) ocenia bieżące stadium gotowości pacjenta do zmiany (np. prekontemplacja, kontemplacja, zobowiązanie), które może być ważnym czynnikiem prognozującym reakcję pacjenta na leczenie uzależnienia (Prochaska i in. 1992).
- W celu gromadzenia informacji o codziennym używaniu kokainy czy innych substancji psychoaktywnych można dodatkowo zastosować dziennik używania narkotyku.
- **Postawy i Oczekiwania wobec Leczenia Treatment Attitudes and Expectation**, narzędzie samooceny, zostało opracowane na podstawie programu badawczego Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program (Elkin i in. 1985), przystosowana do leczenia uzależnienia od kokainy. Większa zgodność pomiędzy oczekiwaniami pacjentów co do leczenia i przekonaniem dotyczącym powodów używania

narkotyków może skutkować lepszym rezultatem (poprawą) w porównaniu z osobami, których oczekiwania nie pokrywają się z rzeczywistym leczeniem (Hall et al. 1991).

- **Diagnoza psychiatryczna i objawy**
- Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny - DSM IV (SCID) The Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) (First i in., 1995) dostarcza diagnozy zaburzeń psychiatrycznych Osi I i II. Może być stosowany również do określenia intensywności uzależnienia od kokainy opartej na stwierdzonej liczbie elementów zespołu uzależnienia (DSM-III-R kryterium uzależnienia).
- Kalifornijska Psychologiczna Skala Socjalizacji California Psychological Inventory Socialization Scale (CPI-So) uznana za rzetelną miarę socjopatii u osób uzależnionych od alkoholu (Coonety et al. 1990) i za ważną zmienną dla dostosowania odpowiedniej formy leczenia do tej grupy pacjentów (Kadden i in., 1989).
- Skala Depresji Becka Beck Depression Inventory (BDI) (Beck i in., 1961) i Skala Depresji Hamiltona Hamilton Depression Rating Scale (Hamilton 1960), używana jest do diagnozy depresji. Lista Kontrolna Objawów Symptom Checklist (SCL-90) (Derogatis i in., 1971) diagnozuje szerszy zakres objawów.
- **Podstawowy poziom umiejętności radzenia sobie i poczucia własnej skuteczności**
- Kwestionariusz dotyczący Sytuacji Używania Kokainy Cocaine Use Situations Inventory monitoruje zmiany u pacjentów w poczuciu własnej skuteczności i oczekiwań wobec abstynencji. Kwestionariusz wykazuje około 30 różnych typów sytuacji wysokiego ryzyka i pomaga terapeutom w identyfikowaniu określonych sytuacji, z którymi pacjent sobie nie radzi. Kwestionariusz opiera się na narzędziu opracowanym przez Conditte i Lichtensteina (1981) stosowanym w leczeniu uzależnienia od alkoholu.

Trening umiejętności

Edukacja jest ważnym elementem procesu terapeutycznego w TPB. Terapeuci informują pacjentów, że celem terapii jest pomoc w „oduczaniu się” starych, nieskutecznych zachowań i „uczeniu się” nowych. Pacjenci, szczególnie Ci zniechęceni nieskutecznymi próbami zaprzestania zażywania kokainy, dla których skutki nadużywania kokainy były bardzo negatywne, często są zaskoczeni tym, że zażywanie kokainy jest rodzajem umiejętności, czymś czego nauczyli się robić z upływem czasu. Równie zaskakujące jest dla nich to, kiedy myślą o sobie, że nauczyli się złożonego zestawu umiejętności, które pomogły im uzyskać pieniądze potrzebne do zakupu kokainy, zdobywać kokainę unikając zatrzymania przez policję, używać kokainy unikając zdemaskowania itd. Pacjenci, którzy potrafią dostrzec te umiejętności w pozytywnym świetle często są zdolni do nauki nowych umiejętności ułatwiających pozostanie w abstynencji.

Nauka strategii ukierunkowanych na zaprzestanie używania kokainy

W TPB przyjmuje się, że osoby uczą się używania kokainy za pomocą złożonego wzajemnego oddziaływania procesów modelowania oraz klasycznego i instrumentalnego warunkowania. Stosowanie tych wszystkich zasad pomaga pacjentom w zerwaniu z nałogiem.

- *Modelowanie* pomaga w uczeniu się nowych zachowań poprzez angażowanie pacjentów do wzięcia udziału w odgrywaniu scenek z podziałem na role. Pacjenci w trakcie sesji uczą się reagować w nowy, nieznanym dla nich sposób. Na początku przyglądają się jak terapeuta modeluje nowe strategie a potem sami je praktykują. Nowe strategie mogą obejmować ćwiczenie odmawiania propozycji przyjęcia narkotyku bądź praktykowanie sposobów mających na celu ograniczenie relacji z osobą używającą narkotyki.
- Konceptje *warunkowania instrumentalnego* wykorzystuje się na kilka sposobów.
 - Terapeuci, poprzez wnikliwą analizę powodów oraz skutków nadużywania narkotyków, starają się zrozumieć dlaczego pacjenci są bardziej skłonni do nadużywania narkotyku w danej sytuacji oraz jaką rolę kokaina odgrywa w ich życiu. Analiza funkcjonalna używania narkotyków pozwala na identyfikację sytuacji wysokiego ryzyka, w których pacjenci są skłonni do nadużyć i w związku z tym, stanowi podstawę do przyswajania bardziej skutecznych zachowań w tych sytuacjach.
 - Terapeuci starają się wspierać pacjentów w rozwijaniu znaczących alternatywnych działań i zaangażowaniu w różne rodzaje aktywności (związki, praca, hobby), które stanowią obiecujące zamienniki używania kokainy, pomagając w ten sposób utrzymać abstynencję.
 - W celu dokładnej analizy zarówno krótko- jak i długoterminowych konsekwencji używania kokainy i innych substancji psychoaktywnych stosuje się strategię budowania lub wzmacniania motywacji pacjenta do zaprzestania lub ograniczenia nadużywania narkotyku.
- *Warunkowanie klasyczne* odgrywa kluczową rolę w TPB szczególnie przy interwencjach ukierunkowanych na redukcję niektórych form głodu narkotykowego. Zgodnie z teorią Pawłowa, wielokrotne kojarzenie bodźca warunkowego z bezwarunkowym może wywołać reakcję warunkową. Wielokrotne wystawienie na działanie bodźca warunkowego bez obecności bodźca bezwarunkowego może z biegiem czasu stłumić reakcję warunkową. Zatem terapeuta próbuje pomagać pacjentom zrozumieć i rozpoznawać: (1) warunkowy głód narkotyków, (2) indywidualny szereg warunkowych wyzwalaczy głodu narkotykowego tak, aby mógł unikać lub radzić sobie z tymi czynnikami wyzwalającymi, kiedy się pojawiają. Wszystko to służy hamowaniu warunkowego głodu narkotykowego u pacjentów.

Uniwersalne umiejętności

Ze względu na to, że TPB jest terapią krótkoterminowa możliwe jest wprowadzenie tylko kilku określonych umiejętności. Umiejętności te zazwyczaj mają za zadanie pomóc pacjentom uzyskać wstępną kontrolę w przyjmowaniu kokainy i innych substancji odurzających. Obejmują one radzenie sobie z głodem narkotykowym oraz kontrolowanie myślenia o przyjmowaniu narkotyku. Ponadto, terapeuta powinien wyjaśnić pacjentowi, że umiejętności te można stosować w celu rozwiązywania innych problemów, nie tylko tych związanych z nadużywaniem kokainy.

Terapeuta powinien wytłumaczyć pacjentowi, że podejście poznawczo-behawioralne ma na celu naukę umiejętności, które mogą być stosowane przed długi czas po zakończeniu leczenia. Na przykład, umiejętności radzenia sobie z głodem narkotykowym (rozpoznawanie oraz unikanie wyzwalaczy, zmiana zachowania przy zastosowaniu technik kontroli chęci sięgnięcia po narkotyk itd.) mogą być używane w radzeniu sobie z różnorodnymi silnymi stanami emocjonalnymi, które również mogą być związane z nadużywaniem substancji. Podobnie, sesja na temat umiejętności rozwiązywania problemów może zostać dostosowana do prawie każdego rodzaju problemu, z jakim pacjent się spotyka.

Podstawowe umiejętności

Podręcznik opisuje kolejne sesje TPB; każda z nich koncentruje się na pojedynczych bądź powiązanych umiejętnościach (np. głód narkotykowy, radzenie sobie w sytuacjach zagrożenia). Kolejność, w jakiej przedstawione są te umiejętności została ustalana na podstawie nabywanego doświadczenia problemów najczęściej występujących wśród pacjentów uzależnionych od kokainy, którzy zgłaszali się na leczenie.

Początkowe sesje kładą nacisk na fundamentalne umiejętności rozwiązywania ambiwalencji i budowania motywacji do zaprzestania nadużywania kokainy. Ponadto, istotne jest pomaganie pacjentom w zajmowaniu się kwestiami dostępności narkotyku, radzenie sobie z głodem narkotykowym oraz inne umiejętności wspierające utrzymanie kontroli nad przyjmowaniem narkotyków lub utrzymaniem abstynencji. Kolejne sesje opierają się nad tych podstawowych umiejętnościach. Terapeuta i pacjent pracują nad bardziej złożonymi tematami i umiejętnościami (rozwiązywanie problemów, określanie różnych stanów poznawczych i emocjonalnych). Na przykład, umiejętności, których pacjenci uczą się w celu kontrolowania swojego głodu narkotykowego pełnią funkcję wspomagającą tolerowanie i kontrolowanie stanów emocjonalnych, które mogą prowadzić do nadużywania kokainy.

Dopasuj materiał do potrzeb pacjenta

TPB jest podejściem dopasowującym się do każdego pacjenta. Terapeuta powinien dopasować zakres, czas trwania oraz sposób przekazania infor-

macji do potrzeb pacjenta a nie prowadzić terapię według „książki kucharskiej pełnej przepisów” na temat psychoedukacji. Terapeuta zapewnia trening umiejętności w momencie, kiedy pacjent tego najbardziej potrzebuje. Terapeuta nie porusza tematów, takich jak zerwanie relacji z dilerami, z pacjentem, który jest bardzo zmotywowany i utrzymuje abstynencję od kilku tygodni. Analogicznie, terapeuta nie spieszy się z realizacją materiału, aby zdążyć ze wszystkim w kilka tygodni; niektórzy pacjenci potrzebują kilku tygodni na całkowite opanowanie jednej podstawowej umiejętności. Czasami warto zwolnić, aby pracować w komfortowym i produktywnym tempie dopasowanym do pacjenta niż ryzykować zerwanie relacji terapeutycznej stosując tempo, które jest zbyt agresywne.

Ponadto, terapeuci powinni ostrożnie dopasowywać język do poziomu rozumienia pacjenta. Na przykład, niektórzy pacjenci mogą szybko zrozumieć pojęcia warunkowego głodu narkotykowego w odniesieniu do eksperymentu Pawłowa na temat warunkowania klasycznego, podczas gdy inni potrzebują prostszych, bardziej konkretnych przykładów przy użyciu znanego im języka.

Terapeuci powinni często weryfikować, czy pacjenci rozumieją pojęcia i czy materiał jest dopasowany do ich potrzeb. Terapeuci powinni również być wyczuleni na sygnały wysyłane przez pacjentów, którzy sugerują iż materiał może być źle dopasowany. Takie sygnały obejmują utratę kontaktu wzrokowego czy koncentracji, zbyt krótkie wypowiedzi, trudność w podawaniu przykładów, niewykonywanie zadań domowych, itd.

Ważną strategią w dopasowywaniu materiału do potrzeb pacjenta (i stosowaniu leczenia, kierowanego przez pacjenta a nie przez podręcznik) jest w miarę możliwości podawanie przez pacjenta, konkretnych przykładów z życia lub np. nawiązywanie do zdarzeń z zeszłego tygodnia. Na przykład, terapeuta powinien kłaść nacisk na niedawne, określone przykłady decyzji podejmowanych przez pacjenta, które zakończyły dany epizod przyjmowania kokainy czy głodu narkotykowego raczej niż skupiać się na abstrakcyjnym recytowaniu „Pozornie Nieistotnych Decyzji”. Ponadto, by upewnić się czy pacjent rozumie określone pojęcie, terapeuta powinien poprosić pacjenta, aby pomyślał/a o określonym zdarzeniu z zeszłego tygodnia, które obrazuje to pojęcie.

„ Wygląda na to, że miał Pan pewnie trudności w tym tygodniu. Nieświadomie znalazł się Pan w ryzykownych sytuacjach. Właśnie o tym chciałbym porozmawiać podczas dzisiejszego spotkania, o tym jak brak przywiązywania uwagi do małych decyzji, które podejmujemy na co dzień może doprowadzić do znalezienia się w niemałych opałach. Zaczął Pan teraz mówić o tym, że w sobotę nie mając nic innego do roboty pojechał Pan do parku pochodzić, a 2 godziny później był Pan już w samochodzie w drodze do miasta, żeby zażyć działkę z Tedem. Jakbyśmy się bliżej przyjrzeni temu, co się wydarzyło w sobotę, założę się, że wspólnie wypracowalibyśmy cały łańcuch decyzji, które wtedy mogły się okazać całkiem niewinne, ale które ostatecznie doprowadziły Pana do wyjazdu do miasta. Na przykład, jak to się stało, że poczuł się Pan znudzony w ostatnią sobotę?”

Stosuj powtórzenia

Nauka nowych umiejętności oraz ich efektywne rozwijanie wymaga czasu i dyscypliny. W momencie, gdy kokainiści podejmują się leczenia, ich nawyki związane z nadużywaniem narkotyku mogą być już mocno zakorzenione. Każda rutyna pacjenta charakteryzująca się zdobywaniem, używaniem i odzyskiwaniem sił po używaniu kokainy jest mocno ugruntowana. Zazwyczaj, pacjent czuje się komfortowo z daną rutyną, pomimo negatywnych skutków nadużywania. Ważne jest, aby terapeuci zdawali sobie sprawę z tego, jak ciężka a nawet niebezpieczna jest zmiana tych przyjętych nawyków i próba wprowadzania nowych zachowań. Dla większości pacjentów, opanowanie nowego podejścia do starych sytuacji wymaga kilku prób.

Ponadto, wielu pacjentów przychodzi na leczenie po długich okresach ciągłego używania, co może wpływać na koncentrację, uwagę i pamięć a tym samym na umiejętność rozumienia nowego materiału. Inni zgłaszają się na leczenie w momencie dużego kryzysu (np. zakażenie wirusem HIV, utrata pracy); tacy pacjenci mogą być tak bardzo zaabsorbowani obecnymi problemami, że ciężko jest im skoncentrować się na myślach i sugestiach terapeuty. Zatem, we wczesnych tygodniach leczenia, wielokrotnie powtarzanie danych pojęć przez terapeutę jest często wymagane, aby pacjent był w stanie je zrozumieć.

Właściwie, podstawowe pojęcia terapeutyczne są wielokrotnie powtarzane w procesie terapii poznawczo-behawioralnej. Na przykład, pojęcie funkcjonalnej analizy nadużywania kokainy zostaje poruszane oficjalnie na pierwszej sesji, jako część racjonalnego uzasadnienia, w której terapeuta przedstawia rozumienie nadużywania kokainy w kontekście przyczynowo-skutkowym. Następnie, pacjenci są proszeni o spróbowanie przeprowadzania funkcjonalnej analizy jako część zadania domowego z pierwszej sesji. Pojęcie analizy funkcjonalnej pojawia się ponownie na każdej sesji; terapeuta zaczyna sesję pytając pacjenta o epizody używania kokainy lub doświadczania głodu narkotykowego, co poprzedza te epizody, i jak sobie pacjent poradził.

Pojęcie używania kokainy w kontekście przyczynowo-skutkowym jest nieodłącznym elementem występującym podczas większości sesji. Na przykład, głód narkotykowy i myślenie o kokainie zwykle przyczyniają się do nadużywania kokainy i są centralne dla dwóch początkowych sesji. Podczas tych pierwszych sesji pacjenci są zachęceni do identyfikowania oczywistych i bardziej subtelnych determinantów nadużywania, rozważanych za każdym razem pod różnym kątem. Podobnie, każda sesja kończy się weryfikacją możliwych pułapek i sytuacji wysokiego ryzyka, które mogą wystąpić przed każdą kolejną sesją, tak by rozbudzać pacjentów do uświadamiania sobie nawyków nadużywania kokainy oraz ich zmiany.

Pomimo faktu, iż kluczowe pojęcia są wielokrotnie powtarzane w tym podręczniku, terapeuci powinni uświadomić sobie, że wielokrotnie powtarzanie całych sesji lub ich części, może być nieodzowne u pacjentów, którzy mają trudności w przyswajaniu tych pojęć, ze względu na zaburze-

nia w sferze poznawczej lub inne problemy. Jeżeli wymaga tego sytuacja, terapeuci mogą swobodnie powtarzać dany materiał na różne sposoby.

Ćwicz i udoskonalaj umiejętności

Należy pamiętać, że nie opanujemy nowych, skomplikowanych umiejętności jedynie czytając o nich czy obserwując innych. Uczymy się poprzez ćwiczenie umiejętności na sobie, popełnianie błędów, rozpoznawanie tych błędów i ponowne próbowanie.

W terapii poznawczo-behawioralnej ćwiczenie umiejętności to centralny, niezbędny element leczenia. Stopień, w jakim leczenie jest treningiem umiejętności a nie tylko ekspozycją na umiejętności zależy od ilości praktyki czy wprawy. Ważne jest, aby pacjenci mieli możliwość wypróbowania nowych umiejętności we wspierającym środowisku terapeutycznym. Poprzez bezpośrednie doświadczenia, pacjenci mogą dowiedzieć się, które z podejść działa oraz gdzie mogą pojawiać się problemy itd.

TPB stwarza wiele praktycznych możliwości, zarówno podczas sesji jak i poza nimi. Każda sesja daje pacjentowi możliwość próbowania i weryfikowania pomysłów, wzbudzania wątpliwości oraz otrzymywania informacji zwrotnej od terapeuty. Ćwiczenia praktyczne proponowane są przy każdej sesji; są to głównie zadania domowe, będące ustrukturyzowanym sposobem pomagania pacjentom w testowaniu nieznanymi dla nich zachowań w nowych sytuacjach.

Jednakże, praktyka użyteczna jest tylko w przypadku, gdy pacjent dostrzeże jej wartość i rzeczywiście próbuje ćwiczyć. Wywiązywanie się z zadań domowych jest problemem dla wielu pacjentów. Istnieje kilka strategii pomocnych w zachęcaniu pacjentów do wykonywania zadań domowych.

Przedstaw racjonalne uzasadnienie

Terapeuci nie powinni oczekiwać od pacjenta ćwiczenia danej umiejętności lub wykonania danego zadania domowego jeżeli pacjent nie rozumie lub nie dostrzeże przydatności danego zadania. Dlatego też, w czasie pierwszej sesji, terapeuta powinien położyć nacisk na znaczenie ćwiczenia poza sesjami.

„Oczywiście, ważne jest, abyśmy w czasie naszych sesji, rozmawiali i pracowali nad nowymi umiejętnościami radzenia sobie, ale ważniejsze jest, aby stosować te umiejętności w codziennym życiu. Tak naprawdę Pan jest ekspertem w tym co działa a co nie działa dla Pana, i najlepszym sposobem na przekonanie się o tym, co działa to spróbowanie tego. Bardzo ważne jest, aby dał Pan sobie szansę na wypróbowanie nowych umiejętności poza sesjami, tak abyśmy mogli identyfikować i przedyskutować potencjalne problemy z ich zastosowaniem. Z naszego doświadczenia wiemy, że ludzie którzy ćwiczą te umiejętno-

ści zyskują lepsze efekty leczenia. Ćwiczenia, które będą Panu zadawał na końcu każdej sesji będą pomocne w próbowaniu tych umiejętności. Na początku każdej sesji będziemy przyglądać się, w jakim stopniu są one przydatne, jakie myśli im towarzyszą i czego się Pan nauczył o sobie oraz o własnym stylu radzenia sobie w trudnych sytuacjach.”

Uzyskaj zobowiązanie pacjenta

Zazwyczaj ludzie są bardziej skłonni do wykonywania czynności jeśli powiedzieli o tym innym. Zamiast zakładać z góry, że pacjenci sami będą się wywiązywać z powierzonych im zadań terapeuta poznawczo-behawioralny powinien w zdecydowany sposób zapytać pacjentów, czy są skłonni do wykonywania ćwiczeń poza sesjami i czy są przekonani o ich korzystnym działaniu. Wyraźne „tak” przekazuje wiadomość, że pacjent rozumie znaczenie zadania i widzi jego przydatność. Ponadto, umożliwia to przedyskutowanie sytuacji, kiedy pacjent nie jest w stanie wykonać zadania.

Z drugiej strony, wahanie się lub odmawianie wykonywania zadań może być objawem stanu klinicznego pacjenta, które należy zweryfikować. Pacjenci mogą odmawiać wykonywania zadań domowych, ponieważ ich nie rozumieją, nie widzą ich wartości, czy też wykazują postawę ambiwalentną co do leczenia lub odstawienia kokainy oraz z innych powodów.

Spodziewaj się trudności

Kluczowe jest przeznaczenie odpowiedniej dostatecznej ilości czasu na końcu każdej sesji, aby opracować lub szczegółowo przeanalizować praktyczne ćwiczenie na kolejny tydzień. Pacjenci powinni mieć wystarczająco dużo możliwości do zadawania pytań i wyrażania swoich wątpliwości odnośnie zadania. Terapeuci powinni zapytać pacjentów o potencjalne trudności podczas wykonywania zadania oraz zastosować strategie rozwiązywania problemów w celu wyeliminowania trudności. Pacjenci powinni być aktywnymi uczestnikami w tym procesie oraz powinni mieć możliwość zmiany lub opracowania zadania wspólnie z terapeutą, tak by zaplanować wprowadzenie danej umiejętności w życie, itd.

Pokonywanie trudności może wiązać się z różnymi sposobami wykonania zadania (np. nagrywanie siebie za pomocą dyktafonu zamiast robienia notatek), refleksją po zakończeniu zadania oraz decyzją, czy osoby trzecie będą proszone o pomoc itd. Docelowo pacjenci powinni sami wyrazić zaangażowanie w wykonanie danego ćwiczenia.

Przyglądaj się uważnie

Analizowanie efektów zadań jest kluczowe w ulepszaniu przestrzegania wykonania zadań przez pacjenta oraz wzmacnianiu efektywności tych zadań. Sprawdzanie, czy zadanie zostało wykonane podkreśla znaczenie ćwiczenia umiejętności radzenia sobie poza sesjami. Zapewnia to również

możliwość przedyskutowania doświadczenia zadania przez pacjenta, tak aby wszystkie potencjalne problemy, które mogą wystąpić podczas terapii zostały rozwiązane.

Ogólnie rzecz biorąc, pacjenci, którzy wykonują zadania domowe zwykle pracują z terapeutami, którzy doceniają wartość pracy domowej oraz wymagają od pacjentów zobowiązania do wykonywania swojej pracy. Początkowa część każdej sesji musi zawierać minimum 5 minut przeznaczonych na dokładne omówienie ćwiczenia; nie powinno się to ograniczać tylko do pytania pacjentów, czy wykonali dane ćwiczenie. Gdy pacjenci oczekują, że terapeuta zapyta ich o wykonanie ćwiczenia, są też bardziej skłonni do dokonania próby jego wykonania w odróżnieniu od pacjentów, którzy nie zostali zapytani.

Podobnie, jeśli inne zadanie jest omawiane podczas sesji (np. wdrażanie określonego planu unikania potencjalnych sytuacji wysokiego ryzyka), należy się upewnić, że kwestia została poruszona na kolejnej sesji. Na przykład, „ Czy miał Pan okazję porozmawiać ze swoim bratem, aby nie odwiedzał Pana, gdy jest pod wpływem działania narkotyku”?

Skorzystaj z uzyskanych informacji

Praca, którą pacjenci wykonują podczas wdrażania ćwiczeń i ich przemyślenia na temat zadania stanowią źródło ważnych informacji o pacjentach, ich stylach radzenia sobie w trudnych sytuacjach, zasobach, ich mocnych i słabych stronach. Terapeuta powinien docenić wartość tych informacji i wykorzystać je podczas sesji.

Określone zadanie służące samokontroli, może w szybki sposób ujawnić zrozumienie przez pacjentów zadania lub podstawowych pojęć modelu poznawczo- behawioralnego, poziomu elastyczności poznawczej, wglądu w ich własne zachowane, poziomu motywacji, stylu radzenia sobie w trudnych sytuacjach, poziomu impulsywności, umiejętności werbalnych, typowych stanów emocjonalnych, oraz wielu innych kwestii. Zamiast sprawdzać jedynie, czy określone zadanie domowe zostało wykonane, terapeuta powinien weryfikować wspólnie z pacjentami to, czego nauczyli się o sobie podczas wykonywania danego zadania. W połączeniu z obserwacjami dokonanymi przez terapeutę, pomoże to w ustaleniu tematu kolejnych sesji oraz tempa ich prowadzenia.

Zbadaj opór

Niektórzy pacjenci „odrabiają” zadania domowe dopiero w poczekalni, przed rozpoczęciem sesji, inni nawet nie myślą o swoich zadaniach. Zaniedbanie zastosowania umiejętności radzenia sobie poza sesjami może mieć różne znaczenia: pacjenci uważają, że nie warto próbować zmieniać zachowanie; spodziewają się, że zmiana nastąpi tylko poprzez silną wolę,

bez dokonywania zmian w określonych obszarach problemu; życie pacjentów jest chaotyczne, nękanie przez kryzys, oraz są za mało zorganizowani by wykonywać zadania, itd. Poprzez badanie specyficznego charakteru trudności doświadczanych przez pacjentów, terapeuci mogą im pomóc w uporaniu się z nimi.

Doceniaj wysiłek

Tak jak większość pacjentów nie jest w stanie od razu osiągnąć pełną abstynencję na początku terapii, wielu też nie zgadza się z przydatnością ćwiczeń praktycznych. Terapeuci powinni starać się kształtować zachowanie pacjentów chwaląc nawet małe próby wykonania zadania, uwydatniać wszystko, co okaże się pomocne lub interesujące podczas wykonywania zadania, powtarzać znaczenie praktyki oraz budować plan realizacji zadania domowego na kolejną sesję.

Struktura i forma sesji

TPB jest podejściem ustrukturyzowanym bardziej dydaktycznym od wielu innych form terapii. Wobec tego, terapeuci poznawczo-behawioralni przyjmują bardziej dydaktyczną i aktywną postawę niż terapeuci stosujący inne formy terapii uzależnień.

Każda sesja wymaga wiele pracy obejmującej omawianie praktycznych ćwiczeń, poruszanie problemów powstałych od momentu ostatniej sesji, treningu umiejętności, udzielania informacji zwrotnej na temat treningu umiejętności, ćwiczeń podczas sesji i planowania zadań na kolejny tydzień. Aktywna postawa terapeutów musi być balansowana z czasem przeznaczonym na rozumienie i budowanie kontaktu terapeutycznego.

Zasada 20/20/20

W celu zapewnienia odpowiedniego dopasowania materiału podręcznika do potrzeb pacjenta podczas każdej typowej sesji, trwającej 60 minut, została opracowana reguła „20/20/20” (dodatek 1). Przez pierwsze 20 minut terapeuci skupiają się na uzyskaniu pełnego zrozumienia bieżących trudności pacjentów, poziomu ogólnego funkcjonowania i używania substancji psychoaktywnych, głodu narkotykowego pojawiającego w ostatnim tygodniu, jak i na ich doświadczeniach związanych z praktycznymi ćwiczeniami. Ta część sesji charakteryzuje się tym, że pacjenci przez większość czasu mówią, aczkolwiek to terapeuci kierują rozmową zadając pytania i stosując odzwierciedlenia w celu zdobycia ogólnego wyobrażenia o obecnej sytuacji pacjentów.

Kolejne 20 minut poświęcone jest na wprowadzenie i dyskusję na temat określonej umiejętności. Terapeuci zwykle mówią więcej niż pacjenci podczas tej części sesji, jednakże ważne jest, aby pamiętać o indywidualnym dopasowaniu dydaktycznego materiału, częstym sprawdzaniu z pacjentami ich rozumienia oraz proszeniu ich o podawanie własnych przykładów.

Ostatnie 20 minut skupia się ponownie na pacjencie. Pacjent i terapeuta wspólnie ustalają ćwiczenia na następny tydzień oraz prognozują i planują jakie trudności mogą napotkać pacjenta przed następną sesją.

Dodatek 1: Zasada 20/20/20

Pierwsze 20 minut

- Oceń charakter nadużywania narkotyku, głodu narkotykowego oraz sytuacji wysokiego ryzyka od czasu ostatniej sesji.
- *Wysłuchaj/uzyskaj* informacje o obawach pacjenta
- *Zweryfikuj i przedyskutuj* ćwiczenia

Kolejne 20 minut

- Przedstaw i omów temat sesji
- Powiąż temat sesji z bieżącymi trudnościami

Ostatnie 20 minut

- *Zbadaj*, czy pacjent rozumie temat i jak na niego reaguje
- *Ustal* ćwiczenie na następny tydzień
- *Zweryfikuj* plany na ten tydzień i *prognozuj* sytuacje wysokiego ryzyka

Pierwsza część sesji

Oceń stan pacjenta

Terapeuci witają się z pacjentami i zazwyczaj pytają się o ogólne samopoczucie. Większość pacjentów odpowiada spontanicznie informując o tym, czy używali kokainę lub czy doświadczyli głodu narkotykowego przez ostatni tydzień. W przypadku braku informacji na temat używania narkotyków, terapeuci powinni wprost o to zapytać. Szczególnie na początku terapii, terapeuci powinni uzyskać informację o ilości kokainy używanej przez pacjentów każdego dnia.

Dla każdego epizodu używania, terapeuci powinni przeznaczyć kilka minut w celu przeprowadzenia funkcjonalnej analizy (co się wydarzyło przed epizodem, kiedy po raz pierwszy pacjent uświadomił sobie o chęci sięgnięcia po narkotyk, jakie uczucie temu towarzyszyło, jak i gdzie zdobyli kokainę, jaki efekt był po użyciu, co wydarzyło się potem). Jeśli pacjenci informują o tym, że nie używali kokainy, terapeuci powinni zweryfikować, czy wystąpiły sytuacje wysokiego ryzyka lub czy pojawił się głód narkotykowy. Celem terapeutów jest uzyskanie szczegółowego wyobrażenia o poziomie bieżącego funkcjonowania, motywacji i używania kokainy przez pacjentów.

Badanie moczu

Obiektywna informacja zwrotna na temat stanu klinicznego oraz postępów w leczeniu pacjentów przy zastosowaniu testów na obecność narkotyków w moczu jest ważną częścią TPB i innych programów terapeutycznych. Próbkę moczu powinny zostać zebrane przez terapeutów na każdym

spotkaniu (przynajmniej raz w tygodniu). Początkowa część sesji jest dobrym momentem, aby sprawdzić z pacjentami wyniki badań moczu. Bez wątplenia, idealnym rozwiązaniem jest dostęp do metody miarowej badania moczu w placówce terapeutycznej, dzięki czemu wyniki na obecność narkotyku w moczu z ostatnich trzech dni dostępne są od ręki.

Pomimo że omówienie wyników badań moczu jest dość oczywiste w przypadku, gdy pacjenci twierdzą, że nie używali narkotyku a wyniki badania to potwierdzają, sytuacja jest bardziej skomplikowana, kiedy pacjenci negują używanie kokainy a test wykazuje przeciwnie. W przypadku, gdy pacjenci często stosują wymówki lub kreatywne wytłumaczenia co do błędnych wyników testu, najlepiej jest zaznaczyć, że błędy laboratoryjne bardzo rzadko występują, i pacjenci nie wiele zyskają kłamiąc w kwestii używania narkotyków. W istocie, mają wiele do stracenia, ponieważ leczenie będzie mniej efektywne jeżeli pacjenci nie mówią otwarcie o swoich problemach.

Pokazywanie rozbieżności między tym co mówią pacjenci a wynikami testów jest bardzo ważne: wykonanie tego w prawidłowy sposób może doprowadzić do znaczącego polepszenia relacji terapeutycznej i usprawnić cały proces terapeutyczny. Jednakże, podkreślanie tych rozbieżności nie może być przeprowadzone w sposób konfrontacyjny. Terapeuta powinien podkreślić rozbieżności między wyznaczonymi przez pacjenta celami a wynikami badań moczu („Powiedział Pan, że wszystko się dobrze układa, ale wyniki badań moczu sprawiają, że zastanawiam się, czy rzeczywiście wszystko się układa po Pana myśli. Co Pan o tym sądzi?”). Terapeuci mogą również podkreślić niektóre z powodów niechęci pacjentów wobec przyznania się do ciągłego nadużywania narkotyków (lęk przed byciem wykluczonym z terapii, chęć przypodobania się terapeutcie, sprawdzanie terapeuty) oraz omówić je z pacjentami, gdy zajdzie taka potrzeba.

„Wygląda na to, że obawia się Pan, że terapia nie przynosi tak szybkich rezultatów, jakich by Pan, a w szczególności Pana żona chciała. Przypuszczam, że ponadto obawia się Pan przyznać do spożycia w zeszłym tygodniu bo myśli Pan, że to będzie koniec terapii. Chciałbym żeby Pan zrozumiał, że tak długo jak Pan będzie przychodził na leczenie, pracował ciężko, i próbował przestać używać, tak długo będę z Panem pracować. Jedynie może zmienić to sytuacja, gdy używanie przez Pana kokainy wzrośnie do takiego poziomu, że leczenie ambulatoryjne nie będzie wystarczające by pomóc Panu w zaprzestaniu używania. W tym wypadku, będziemy musieli porozmawiać o zwiększeniu częstotliwości sesji lub innych opcjach, takich jak skierowanie Pana do ośrodka stacjonarnego. Jak Pan to widzi?”

Terapeuta: „Wiem, że poziom kokainy w ostatni teście nie był zbyt wysoki, lecz mimo wszystko wskazuje to na niedawne użycie. Czy jest możliwe to, że zażył Pan nawet małą dawkę w ostatnim tygodniu?”

Pacjent: „No tak, użyłem troszkę, ale nie wiedziałem, że to się liczy”

Terapeuta: „Jedna kreska w zeszłym tygodniu to dużo mniej niż brał Pan kilka tygodni wcześniej i to jest na prawdę wspaniałe. Zanim przejdziemy do tego, jak udało się Panu ograniczyć użycie w tak znaczącym stopniu zastanawia mnie z jakiego powodu mówi Pan, że jedna kreska „się nie liczy”. Nawet z faktu, że wziął Pan tak mało możemy się wiele dowiedzieć.

Rozwiązywanie problemów

Nie jest niczym niezwykłym gdy pacjenci, szczególnie Ci którzy się wcześniej nie leczyli, spóźniają się na spotkania lub w ogóle nie przychodzą, bez uprzedzenia telefonicznego. W takich przypadkach terapeuci mogą zastosować strategię rozwiązywania problemów. Wymaga to głębszego wglądu w to, dlaczego pacjent się spóźnił, przeprowadzenia „burzy mózgow”, zbadania powodów spóźniania się oraz opracowania planu na temat punktualnego przybywania na sesje.

Wysłuchaj bieżących obaw

Informując o nadużywaniu substancji psychoaktywnych i o ważnych wydarzeniach od czasu ostatniej sesji, pacjenci chętniej dzielą się spostrzeżeniami na temat swojego funkcjonowania i bieżących problemów. Terapeuci powinni uważnie słuchać i badać pacjentów w różnych sferach życia.

- Czy pacjent poczynił postępy w ograniczaniu nadużywania narkotyków?
- Jaki jest pacjenta obecny poziom motywacji?
- Czy otrzymuje odpowiednie wsparcie w utrzymaniu abstynencji?
- Co obecnie najbardziej przeszkadza pacjentowi?

Terapeuta powinien słuchać uważnie, w razie potrzeby dostarczyć wyjaśnienie, odnosić bieżące problemy do kwestii używania narkotyków.

„Wygląda na to, że martwi się Pan tym, że koledzy mogą Panu narobić kłopotów u szefa. To z nimi Pan używał?”

lub

„Wygląda na to, że był Pan bardzo samotny i znudzony w tym tygodniu, i być może stan ten trwa już długo. Czy chciałby Pan nad tym popracować?”

Podczas tej części sesji, uzyskując jasny obraz bieżących problemów pacjenta, terapeuta powinien zaplanować resztę sesji, szczególnie w odniesieniu do tego, jak zaplanowane tematy sesji dotyczą określonego problemu, którego pacjent niedawno doświadczył.

„Mówiąc o tym, jak znudzony czuł się Pan w czasie weekendu zastanawia mnie, czy nie doświadczył Pan też głodu narkotykowego?” Jeśli myśli Pan,

że to prawda chciałbym spędzić trochę czasu podczas tej sesji rozmawiając o tym, czym jest głód narkotykowy i jakie są sposoby radzenia sobie z nim.”

Takie podejście, wykonane w sposób prawidłowy, buduje bliskie więzi oraz silnie potęguje przydatność terapii poznawczo-behawioralnej. Pacjenci mają poczucie, że terapeuta pomaga im w trudnościach, za pomocą użytecznych technik i strategii.

Omów ćwiczenia praktyczne

Początkowa część każdej sesji powinna obejmować szczegółowy przegląd doświadczeń pacjentów dotyczących praktycznych ćwiczeń. Należy się głównie skupić na tym, co pacjenci się nauczyli o sobie samych podczas wykonywania ćwiczeń.

- Czy było łatwiej czy trudniej niż się początkowo spodziewano?
- Jakie strategie radzenia sobie działały najlepiej?
- Co nie działało zbyt dobrze?
- Czy pacjent odkrył jakieś nowe strategie?

Jeżeli terapeuci spędzą dużo czasu rozmawiając z pacjentami o ich doświadczeniach związanych z wykonywaniem dodatkowych zadań, będzie to nie tylko podkreślać wielkie znaczenie ćwiczeń praktycznych w terapii, ale również dostarczy terapeutę i pacjentowi wiedzy na temat pacjenta. Terapeuci nie powinni umniejszać znaczenia ćwiczeń praktycznych poprzez:

- Pytanie pacjentów tylko o to czy wykonali dane zadanie, zadawając się jedną odpowiedzią (tak/nie).
- Egzekwowanie ćwiczeń praktycznych wykonanych przez pacjentów tak, jakby to była zwykła praca domowa. Zamiast tego pacjenci powinni być zachęceni do prowadzenia dziennika ćwiczeń, które mogą być przydatną informacją, do której można się odwołać na długo po zakończeniu leczenia.
- Stosowanie agresywnego bądź konfrontacyjnego stylu, gdy pacjenci nie próbują nowych umiejętności lub próbują ale powierzchownie

Terapeuci powinni zachęcać pacjentów do ćwiczenia umiejętności poza sesjami dając jasne uzasadnienia, uzyskiwać ich zobowiązanie, spodziewać się trudności oraz pokonywać je, monitorować realizację zadania, wykorzystywać dane, badać opór, i doceniać wysiłki pacjentów.

Druga część sesji

Wprowadzenie tematu

Po uzyskaniu jasnego obrazu o ogólnym funkcjonowaniu pacjenta, bieżących problemów oraz postępów przy realizacji zadania, terapeuci powinni przejść do tematu sesji na dany tydzień. Może to być zarówno wpro-

wadzenie nowego tematu jak i dokończenie czy powtórzenie ostatniego. W każdym przypadku, program reszty sesji powinien być ustalony lub zweryfikowany w tej części sesji.

„Ponieważ od ostatniego tygodnia ma Pan ten problem z Jerry, sądzę że dobrym pomysłem byłoby porozmawiać więcej o tym, w jaki sposób unikać lub odmawiać przyjmowania kokainy. Moglibyśmy to przećwiczyć jeszcze parę razy, tak żeby Pan poczuł się bardziej pewnie, gdy sytuacja się powtórzy. Potem możemy spędzić trochę czasu na obmyśleniu sposobu na utrzymanie abstynencji w kolejnym tygodniu. Co Pan na to?”

Powiąz temat z bieżącymi problemami

Terapeuci powinni wyraźnie podkreślać znaczenie tematu sesji w odniesieniu do bieżących problemów pacjentów związanych z nadużywaniem kokainy i wprowadzić nowy temat sesji w oparciu o konkretne, ostatnie doświadczenia z życia pacjenta.

„Myślę, że to dobry czas by porozmawiać o tym, co zrobić gdy znajdzie się Pan naprawdę trudnej sytuacji wysokiego ryzyka, jak na przykład, wydarzenie w parku we wtorek. Poradził sobie Pan z tym bardzo dobrze uciekając stamtąd szybko, ale być może są jakieś rzeczy, które mogliśmy opracować na wypadek ponownego znalezienie się przez Pana w takiej sytuacji.”

Zbadaj reakcje

Terapeuci nigdy nie powinni zakładać, że pacjenci w pełni rozumieją materiał z sesji lub że jest on dla nich przydatny. Podczas zapoznawania pacjenta z materiałem, terapeuci powinni wielokrotnie sprawdzać, czy pacjent go rozumie.

- **Pytaj o konkretne przykłady**

„Czy może Pan pomyśleć o ostatnim razie w zeszłym tygodniu, gdy to się Panu przydarzyło?”

- **Dowiedz się, jak pacjent postrzega stosowanie określonych umiejętności.**

„Po naszej rozmowie o głodzie narkotykowym, o „surfowaniu na głodzie”, rozpraszaniu uwagi, jak Pan myśli co może być dla Pana najlepszym rozwiązaniem? Które z tych technik stosował Pan w przeszłości? Istnieje jakiś inny sposób, którego Pan spróbował podczas radzenia sobie z głodem?”

- **Poproś pacjentów o informację zwrotną.**

„Czy wygląda to na ważną dla nas kwestię, nad którą mogliśmy teraz popracować, lub czy może ma Pan jakiś inny pomysł?”

- **Poproś pacjenta, aby opisał temat lub umiejętność w jego/jej własnych słowach.**

„Rozmawialiśmy sporo na temat utworzenia (przygotowania) planu awaryjnego. Aby się upewnić, że jest Pan przekonany do tego, co Pan chce zrobić, proszę mi powiedzieć, co Pan planuje na następny raz, gdy znajdzie się Pan w sytuacji awaryjnej?”

- **Odegraj rolę w scenie lub przećwicz umiejętność podczas sesji.**

„Wygląda na to, że jest Pan gotowy do ćwiczenia. Może spróbujemy razem odegrać sytuację, o której mi Pan mówił, gdy Pana ojciec się zezłościł, jak go Pan poprosił o podwiezienie na sesję?”

- **Zwracaj uwagę na niewerbalne i werbalne sygnały wysyłane przez pacjentów.**

„Zauważyłem, że spogląda Pan przez okno i zastanawiam się, co Pan myśli na temat naszej dzisiejszej rozmowy”

W wielu przypadkach, pacjenci mają poczucie, że określony temat jest nieodpowiedni. Pacjenci, na przykład, mogą zaprzeczać doświadczaniu głodu kokainowego. Stosując ocenę kliniczną w dostosowaniu określonego materiału do określonych potrzeb pacjenta, terapeuci mogą pracować nad danym tematem poprzez podkreślanie, że niektóre problemy mogą pojawiać się w przyszłości, i że „uzbrojenie się” przez pacjenta w określoną umiejętność może być całkiem przydatne.

„Wiem, że nie czuje Pan teraz głodu narkotykowego i nie sądzę, że będzie on Panu doskwierał w jakiejś niedalekiej przyszłości, ale może być tak, że się pojawi za kilka tygodni, gdy Pan skończy terapię. Tak czy inaczej warto spędzić trochę więcej czasu na rozmawianiu o tym, tak żeby był Pan w razie czego przygotowany. Co Pan na to?”

Ostatnia część sesji

Ostatnia część sesji jest podobna do pierwszej części. Charakteryzuje się tym, że pacjent przez większość czasu mówi a terapeuta kieruje rozmową zadawając pytania i uzyskując wyjaśnienia.

Przydziel praktyczne ćwiczenie

Podczas ostatniej części sesji, terapeuci i pacjenci powinni porozmawiać na temat praktycznych ćwiczeń na kolejny tydzień. Kluczowe jest, aby pacjenci w jasny sposób rozumieli co jest potrzebne. Dla większości pacjentów podczas wczesnych etapów terapii oraz dla innych w czasie trwania terapii, terapeuci mogą skorzystać z modelowania ćwiczenia w czasie sesji. Terapeuci powinni również apelować o zaangażowanie pacjentów w ćwiczenie umiejętności i pracę nad trudnościami przy praktykowaniu umiejętności, planując kiedy i gdzie wykonają dane zadanie.

Ćwiczenia praktyczne towarzyszą każdej sesji. Zaletą stosowania tych ćwiczeń jest to, że podsumowują kluczowe punkty każdego tematu i dlatego mogą one przypominać pacjentom o omawianym każdego tygodnia materiale. Jednakże, dodatkowe ćwiczenie umiejętności jest najbardziej użyteczne dla pacjentów, gdy jest zindywidualizowane. Dlatego, zamiast trzymać się kruczowo sugerowanych ćwiczeń, terapeuci i pacjenci są zachęceni do stosowania ich jako punktu wyjściowego do dyskusji o najlepszym sposobie wdrożenia danej umiejętności i tworzeniu zmodyfikowanych lub całkiem nowych zadań. Podobnie, nie wszystkie zadania muszą zostać wykonywane w formie pisemnej; pewna grupa pacjentów może mieć ograniczoną umiejętność czytania czy pisania, wówczas mogą nagrywać swoje spostrzeżenia na temat ćwiczeń praktycznych.

Przewiduj sytuacje wysokiego ryzyka

Ostatnia część każdej sesji powinna zawierać szczegółową rozmowę na temat sytuacji wysokiego ryzyka oraz planu pacjentów na nadchodzące tygodnie.

„Zanim skończymy, może spędzimy trochę czasu myśląc o tym, jak będą wyglądać Pana kolejne dni? Jakie ma Pan plany po zakończeniu dzisiejszej sesji? Jak Pan myśli, jaka będzie najtrudniejsza sytuacja, z którą będzie się Pan musiał uporać przed naszym kolejnym spotkaniem w piątek?”

Terapeuci powinni zdawać sobie sprawę z tego, że pacjenci mogą dosłownie zaplanować sobie drogę do używania kokainy. Dla każdej spodziewanej sytuacji wysokiego ryzyka, terapeuci i pacjenci powinni określić odpowiednie i możliwe do wykonania umiejętności radzenie sobie. Na początku terapii, może to być ściśle określone – jak np. poproszenie zaufanego przyjaciela, aby zajął się finansami pacjenta.

Prognozowanie i planowanie w sytuacjach wysokiego ryzyka może być trudne na początku terapii, szczególnie dla pacjentów, którzy nie są przyzwyczajeni do planowania oraz przemyślenia swoich działań, lub których życie jest mocno chaotyczne. Odzwierciedla to ważną umiejętność, będącą centralnym punktem sesji na temat „Pozornie Nieistotnych Decyzji”, czyli uczenie się zmiany zachowania poprzez patrzenie w przyszłość.

U pacjentów, których życie przebiega chaotycznie, może to również pomagać w zmniejszaniu poczucia utraty kontroli. Podobnie, pacjenci którzy przed długi okres nadużywają narkotyków, dzięki temu procesowi odkrywają, że istnieje mało rzeczy, które mogłyby mało działań wypełnić ich wolny czas lub stanowić alternatywną do nadużywania narkotyków formę spędzania czasu, zwłaszcza gdy są bezrobotni lub mają małe wsparcie społeczne, nie powiązane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych. Stanowi to możliwość przedyskutowania strategii rozbudowania sieci społecznej lub rozważenia powrotu do pracy.

Tematy

TPB w leczeniu uzależnienia od kokainy obejmuje osiem tematów dotyczących ćwiczenia umiejętności, sesję zamykającą oraz sesje do wyboru, w której uczestniczą osoby bliskie. Ustalenie kolejności, w której tematy są prezentowane powinno wynikać z oceny klinicznej terapeuty oraz uwzględniać potrzeby pacjentów. Ten podręcznik przedstawia kolejność najczęściej stosowaną z osobami uzależnionymi od kokainy. Przedstawione są najpierw najważniejsze umiejętności behawioralne dla pacjentów dopiero rozpoczynających leczenie, a dopiero później bardziej uniwersalne umiejętności.

Ze względu na fakt, że terapia składa się z 12-16 sesji przez okres 12 tygodni, mniej jest tematów związanych z ćwiczeniem umiejętności niż samych sesji. Umożliwia to pewną elastyczność dla terapeutów w dopuszczaniu możliwości szerszej praktyki wąskiego, lecz istotnego zakresu umiejętności jak również powtarzania materiału w razie potrzeby. Zapobiega to również nadmiernemu obciążeniu dużą ilością materiału.

Do każdej sesji podane jest kilka wskazówek dotyczących umiejętności. Jeżeli kwestia umiejętności poruszana jest podczas pojedynczej sesji, ważne jest, aby terapeuci nie stosowali wszystkich umiejętności na raz, ale i dokładnie wybrali i dopasowali je do pacjentów. Terapeuta może wybrać jedną lub dwie umiejętności radzenia sobie, które pacjent w przeszłości stosował i wprowadzić jedną lub dwie, które są zgodne z pacjenta stylem radzenia sobie.

Natomiast, jeżeli kwestia umiejętności poruszana jest podczas kilku sesji, terapeuci powinni najpierw podzielić udzielane instrukcje, próbując najprostszych i najbardziej znanych pacjentowi umiejętności podczas pierwszej sesji a bardziej wymagające zostawić na kolejne sesję. Ponadto, forma dwóch sesji pozwala pacjentom na poznanie danej umiejętności podczas pierwszej sesji i przećwiczenie jej przed następną sesją. Pozwala to również na omówienie i pracę nad trudnościami podczas drugiej sesji. Ćwiczenia praktyczne powinny być uwzględnione w obu sesjach, przy czym ćwiczenia muszą się różnić (np. ćwiczenie umiejętności nie używanej w poprzednim tygodniu, zwiększanie trudności lub złożoności zadania).

Niektórzy pacjenci, szczególnie osoby mniej nadużywające, mogą bardzo szybko nabywać nowe umiejętności. Wówczas, zastosować można znakomity dodatkowy materiał z podręcznika *Treating Alcohol Dependence: A Coping Skills Training Guide in Treatment of Alcoholism* (Monti et al. 1989). Ze względu na to, że ten materiał koncentruje się na szerokim zakresie umiejętności interpersonalnych, takich jak radzenie sobie z krytyką lub złością, stosunkowo łatwo jest go dostosować do osób uzależnionych od kokainy.

Łączenie TPB z lekami

TPB jest wysoce kompatybilna z farmakoterapią. W połączeniu z lekami, zakres interwencji terapii poznawczo-behawioralnej rozszerza się o włączenie tematu dotyczącego przestrzegania przez pacjenta zaleceń farmakologicznych. Zazwyczaj reakcja pacjenta na farmakoterapię oraz jej przestrzeganie są monitorowane podczas początkowych części każdej sesji (tj. pierwszej części sesji 20/20/20). Poniższe strategie okazały się przydatne:

- Zbieranie informacji o wcześniejszych doświadczeniach pacjenta z lekami.

Terapeuci powinni zapytać pacjenta o ich wcześniejszą historię leczenia farmakologicznego potencjalnych zaburzeń psychicznych.

- W jakim celu leki zostały przypisane?
- Czy okazały się pomocne?
- Z jakiego powodu farmakoterapia została przerwana?
- Czy pacjenci stosowali leki zgodnie z zaleceniami?

Wcześniejsze niedostosowanie się do zaleceń farmakologicznych powinno uczulić terapeutów na potrzebę ustalenia powodów wcześniejszego nieprzestrzegania zaleceń farmakologicznych przez pacjenta i potrzebę przyjrzenia się temu bliżej, w sposób bardziej aktywny.

- Rozwiej wątpliwość pacjentów na temat leczenia lekami.

Podczas wszystkich sesji, terapeuci powinni uważnie słuchać wyrażanych przez pacjentów potencjalnych wątpliwości, nieporozumień, lub uprzedzeń co do używania leków oraz pilnie się nimi zainteresować, w sposób asertywny. Może to obejmować nieporozumienia na temat spodziewanych rezultatów działania leków, okresu potrzebnego do doświadczenia działania leków, skutków ubocznych, dawkowania, oraz interakcji z kokainą czy innymi substancjami. Terapeuci powinni wyjaśniać kwestię związane z farmakoterapią stosując jasny, zrozumiały język, często sprawdzając zrozumienie z pacjentami.

Kiedy efekty działania leków nie są od razu widoczne, ważne jest, aby informować pacjentów o tym, że może minąć kilka tygodni zanim wystąpią zauważalne skutki terapeutyczne; dlatego też, pacjenci powinni spodziewać się stopniowej zmiany. Wyjaśniając stopniowe wystąpienie efektów działania leków stanowi możliwość dla terapeuty to podkreślenia tego że, pacjenci *nie powinni spodziewać się korzyści z terapii poznawczo-behawio-*

ralnej tylko poprzez przejawianie pasywnej postawy ze względu na fakt, że przyjmują leki. Opanowanie i wprowadzenie w życie umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach pozostaje niezbędną i ważną częścią terapii, przy czym leki mogą być dopełnieniem leczenia.

- Zbadaj niedostosowanie się do zaleceń dotyczących farmakoterapii od czasu ostatniej sesji.

Dokładne, konsekwentne monitorowanie jest jedną z najbardziej efektywnych strategii zwiększającej przestrzeganie zaleceń farmakologicznych. Dlatego też, pewna część każdej sesji powinna być poświęcona ocenie zaleceń farmakologicznych oraz omówieniu potencjalnych trudności. Ogólnie rzecz biorąc, do czasu kiedy pojawi się pewien wzorzec przestrzegania zaleceń przez pacjentów, należy na każdym spotkaniu badać przestrzeganie, dzień po dniu, od czasu ostatniej sesji. Powinno to obejmować pytanie pacjentów o to, kiedy i w jaki sposób biorą lek. Ponadto, należy odbyć szczegółową dyskusję na temat odstępstw od przepisanej dawki lub harmonogramu.

Fawcett i in. (1987) zauważyli, że przestrzeganie i retencja są najtrudniejsze do osiągnięcia na wstępnym lub późnym etapie leczenia – wcześniej, gdy pacjent nie odczuwa oczywistych efektów, a później gdy czuje się częściowo lub całkowicie wyleczony i nie widzi konieczności dalszego leczenia. Z tego względu, terapeuci powinni być szczególnie uważni w kwestiach przestrzegania zaleceń lekarskich i motywacji w początkowych i późniejszych sesjach.

- Stosuj pochwały wobec pacjentów, jeżeli przestrzegają zaleceń farmakologicznych.

Terapeuci powinni również przekazywać wiarę w sens farmakoterapii i informować pacjentów o możliwych korzyściach. Terapeuci powinni entuzjastycznie i autentycznie doceniać przestrzeganie zaleceń lekarskich przez pacjentów.

„Widzę, że brał Pan leki codziennie, od czasu naszego ostatniego spotkania. To wspaniale. Wiem, że miał Pan pewne obawy co do tego czy leki będą działać, ale cieszę się, że był Pan skłonny spróbować. Czy zauważył Pan jakieś pozytywne zmiany, takie które mogą być związane z działaniem leków?”

- Powiąż kliniczną poprawę w przestrzeganiu zaleceń lekarskich z jej brakiem w przypadku zaniedbania farmakoterapii.

Kluczowa rola terapeuty polega na ustaleniu i podkreśleniu związku pomiędzy przestrzeganiem farmakoterapii, psychoterapią a poprawą. Terapeuci powinni sprecyzować przypadkowe powiązania pomiędzy przestrzeganiem zaleceń lekarskich a poprawą w używaniu kokainy i innych objawów. Dodatkowo, terapeuci mogą powiązać lekceważenie farmakoterapii z brakiem poprawy.

„Od czasu kiedy bierze Pan leki, widzę wiele pozytywnych zmian w Pana życiu.. ograniczył Pan używanie kokainy i mówi Pan, że czuje się lepiej. Wydaję mi się, że te zmiany pokazują, że leki pomagają. Co Pan o tym sądzi?”

Lub

„Wiem, że czuje się Pan zniechęcony, ale od czasu gdy zaczęliśmy pracować razem, powiedział mi Pan również że nie brał Pan leków codziennie.” Tak jak rozmawialiśmy, nie sądzę, że Pan zauważył jakieś zmiany dopóki nie będzie Pan konsekwentnie brał leków. Może Pan spróbuje?

- Zastosuj strategię rozwiązującą problemy lekceważenia farmakoterapii.

Kiedy pacjenci nie przestrzegają farmakoterapii, terapeuci powinni zastosować praktyczne, obiektywne podejście. Powinni oni pomóc pacjentom w wyjaśnieniu powodów lub zbadać trudności w przestrzeganiu zaleceń lekarskich oraz stworzyć praktyczne rozwiązania. Na przykład, pacjenci mogą mieć trudności w pamiętaniu o przyjmowaniu leków. Praktyczne strategie (np. notatki na lustrze w łazience, regularne przyjmowanie leków, zaangażowanie rodziny, przypomnienia) powinny być opracowane i ponownie omówione na następnej sesji. Podczas każdej z tych dyskusji, terapeuci nie powinni stosować osądów ani bezpośrednich konfrontacji. Należy zadbać o to, aby pacjenci poczuli się do wywiązania się z planu, np poprzez przekazanie pacjentom pierwszorzędnej roli w kształtowaniu planu niż mówienie im co mają zrobić.

Sesja nr. 1: Wstęp do leczenia i TPB

Zadania:

- Zbadaj przeszłość i zbuduj relację
- Wzmocnij motywację
- Opisz model TPB
- Opisz pojęcie funkcjonalnej analizy
- Uzgodnij cele i zawiąż kontrakt terapeutyczny
- Uzasadnij przydatność dodatkowych, poza sesyjnych zadań

Cele sesji

Pierwsza sesja często jest najważniejsza a zarazem najtrudniejsza, ponieważ terapeuta musi poruszyć kilka obszarów.

- Zaczynij od budowania relacji z pacjentem.
- Oceń charakter używania substancji psychoaktywnych i występowania innych problemów, które mogą być ważne w terapii.
- Uzasadnij potrzebę terapii
- Ustal strukturę pozostałych sesji
- Rozpocznij trening umiejętności

Ze względu na złożoność poruszanych zadań, na pierwszą sesję terapeuta powinien przeznaczyć 90 minut niż polegać na typowej 60 minutowej sesji.

Kluczowe interwencje

Historia pacjentów i budowanie relacji

Podczas pierwszej sesji terapeuci powinni spędzić znaczącą ilość na poznawaniu pacjentów, ich przeszłości, charakteru używania substancji psychoaktywnych, badaniu ich poziomu motywacji oraz powodów zgłoszenia się na leczenie. Za pomocą serii otwartych pytań terapeuci powinni poruszyć poniższe obszary.

Powody zgłoszenia się na leczenie i historia leczenia

- Co Pana tutaj dzisiaj sprowadza?
- Czy podejmował Pan wcześniej leczenie uzależnienia/nadużywania kokainy?
- Jeśli tak, kiedy to było? Jak długo to trwało? Jak to wyglądało? Co się Panu podobało a co nie w programie leczenia? Dlaczego Pan zrezygnował?
- Czy kiedykolwiek leczył się Pan z uzależnienia od innych substancji odurzających takich jak heroina, alkohol, benzodiazepiny?

Historia pacjenta i bieżący charakter nadużywania kokainy

- Jak obecnie wygląda Pana używanie kokainy? W jaki sposób Pan używa?
- Jak często Pan bierze? Jak dużo Pan bierze?
- Jaki był najdłuższy okres abstynencji od kokainy? Kiedy to się zaczęło? Skończyło?
- W ostatnich 3 miesiącach jaki był najdłuższy okres abstynencji? Jak to się zaczęło i skończyło?
- Czy kiedykolwiek próbował Pan ograniczyć używanie kokainy?
- W jaki sposób Pan zdobywał kokainę?
- Jak dużo Pan pije alkoholu? W jaki sposób picie alkoholu wpływa na używanie kokainy?
- Jak długo był Pan w stanie nie pić?
- Jakie inne narkotyki Pan bierze/brał?
- Jak Pan się czuje po zażyciu kokainy?
- Jak Pan zaczął zażywać kokainę?

Inne problemy i zasoby

- Gdzie Pan mieszka? Czy ktoś kto z Panem mieszka używa kokainę?
- Kto spośród ludzi, z którymi Pan spędza najwięcej czasu bierze narkotyki? Kto nie bierze?
- Czy Pan teraz pracuje? W jaki sposób używanie kokainy wpływa na Pana pracę?
- Czy Pana rodzina wie o używaniu kokainy?
- Kiedy miał Pan ostatnie badanie lekarskie? Czy ma Pan inne problemy zdrowotne lub czy coś Pana niepokoi?
- Czy ma Pan problemy z prawem? Czy bycie w zawieszeniu lub na zwolnieniu warunkowym jest związane z decyzją o podjęciu leczenia?
- Jak Pan się czuje przez większość czasu? Czy czuje się Pan przygnębiony? Czy kiedykolwiek myślał Pan o wyrządzeniu sobie krzywdy? Czy kiedykolwiek Pan to zrobił? Czy tak się tylko dzieje, gdy używa Pan kokainy?
- Czy kiedykolwiek popadał Pan w paranoje lub myślał, że ktoś Pana prześladowa? Jak to wyglądało?

Gdy pacjent przejdzie przez szeroki, wstępny wywiad, terapeuta powinien w subtelny sposób zadawać kolejne pytania.

„Wiem, że spędził Pan już kilka godzin odpowiadając na te pytania, ale teraz gdy zaczynamy terapię mam nadzieję, że będzie Pan w stanie odpowiedzieć mi na jeszcze kilka pytań. Pomoże mi to zaplanować, co dalej?”

Buduj motywację

Kiedy pacjent odpowiada na powyższe pytania, terapeuta powinien nasłuchiwać i wydobywać stwierdzenia lub komentarze pacjentów odnoszące się do powodów zgłaszania się na leczenie lub ograniczania używania kokainy. Niektóre z ogólnych, rekomendowanych przez Millera i innych (1992) strategii dotyczących budowania motywacji i unikania oporu są bardzo przydatne. Streszczenie strategii znajduje się poniżej.

- Wywołuj motywujące wypowiedzi.

„Z tego co Pan mówi, wygląda na to, że Pana rodzice i kurator są zmartwieni używaniem kokainy przez Pana, ale zastanawiam się jak Pan się z tym czuje?”

„Proszę mi powiedzieć, w jaki sposób używanie kokainy wpłynęło na Pana.”

„Co Pana najbardziej niepokoi w związku z używaniem kokainy?”

- Słuchaj z empatią

„Wygląda na to, że jest Pan zmartwiony braniem tego wszystkiego na raz na swoje barki.”

„Chciałby Pan skończyć z używaniem, ale martwi się Pan, ponieważ próbował Pan wcześniej leczyć się, lecz za każdym razem wracał Pan do brania?”

„Z jednej strony, wydaję się Panu, że nie widzenie się z Jerryem mogłoby być ważnym krokiem naprzód, ponieważ zawsze Pan z nim używał, ale z drugiej strony, martwi się Pan odcięciem się od bliskiego przyjaciela, z którym Pan spędzał dużo czasu?”

Terapeuta powinien unikać przerywania pacjentowi, sprzecznania się z nim lub konfrontowania tego co mówi, czy też próbować zmieniać temat.

- Podążaj za oporem

„Nie jest Pan pewien, czy jest Pan teraz gotowy do przeznaczenia dużej ilości swojego czasu na zmianę stylu życia?”

„Wydaje mi się, że wybiega Pan trochę w przyszłość; może spędzimy trochę czasu na rozmowie o tym, co jest najlepszym dla Pana planem i jak się zabrać za jego realizację?”

- Podkreślaj rozbieżności.

„Nie jest Pan pewien, czy używanie kokainy jest dużym problemem, ale w tym samym czasie wiele osób, na których Panu zależy myśli, że ładowanie w areszcie z zarzutem posiadania narkotyku stwarza Panu pewne problemy.”

- Wyjaśnij, że pacjent ma wolny wybór.
„Nie ma nic, co ja lub ktoś inny mógłby zrobić, aby sprawić żeby Pan przestał brać; to, co Pan robi zależy tak naprawdę od Pana.”
„Może Pan teraz zdecydować, czy chce Pan się tym zająć, czy chce Pan poczekać do następnego razu.”
- Zweryfikuj konsekwencje podjęcia działania i beczynności.
„Co może się wydarzyć, gdy Pan nie przestanie używać kokainy?”
„Wygląda na to, że ma Pan pewne obawy związane z ograniczeniem spotkania się z Jerrym; proszę się zastanowić nad tym, co się stanie gdy przestanie Pan się z nim spotykać.”

Uzgodnij cele terapeutyczne

Podejście poznawczo-behawioralne w terapii uzależnienia od kokainy ukierunkowane jest na osiągnięcie i utrzymanie abstynencji z wielu powodów. Używanie kokainy, nawet w małych ilościach, wiąże się z poważnym fizycznym i psychologicznym ryzykiem. Co więcej, w przeciwieństwie do alkoholu, gdzie niektóre formy terapii poznawczo-behawioralnej popierają umiarkowane picie, kokaina jest nielegalnym narkotykiem, co wiąże się ze znaczącym ryzykiem prawnym. Z punktu medycznego, lepsze rezultaty uzyskuje się u pacjentów, którzy pozostają w abstynencji.

Jednakże, stosunkowo niewielu pacjentów zgłasza się na leczenie zobowiązując się do całkowitej abstynencji. Wiele osób zgłasza się na terapię z powodu jakiegoś zewnętrznego przymusu; inni chcą ograniczyć używanie do poziomu, w którym używanie nie będzie miało negatywnych konsekwencji. Przy wysoce ambiwalentnych pacjentach, terapeuci muszą zdać sobie sprawę z tego, że samo zobowiązanie się pacjentów do abstynencji jest procesem, który często zajmuje kilka tygodni. Co więcej, dla większości pacjentów osiągnięcie abstynencji zajmuje kilka tygodni i to wszystko nie dzieje się w jednym czasie.

Terapeuci powinni wyraźnie zaznaczyć, że celem terapii jest abstynencja. Jednak przy wysoce ambiwalentnych pacjentach, powinno być to przeprowadzone w sposób, który uznaje ich niepewność.

„Wiem, że nie jest Pan przekonany co do całkowitego zaprzestania używania kokainy i dlatego przez następne kilka sesji spędzimy trochę czasu rozmawiając o tym, jaką decyzję chciałby Pan podjąć? Jednak istnieją pewne dobre powody aby zastanowić się nad abstynencją od kokainy, jak i również abstynencją od innych narkotyków oraz alkoholu. Na przykład, podejmując decyzję o całkowitym przestaniu używania, będąc tutaj nauczy się Pan wiele o sobie i może Pan poznać niektóre przyczyny ciągłego używania. Ułatwi to Panu zrozumienie okoliczności, które przyczyniają się do używania oraz wywnioskowanie co można zrobić by przestać używać. Co więcej, uniknie Pan zastąpienia kokainy innymi substancjami odurzającymi. Po okresie abstynencji, może Pan

uzyskać jasny obraz tego, jak się Pan czuje bez kokainy i przemyśleć, czy to jest to, co naprawdę chce Pan zrobić. Zawsze może Pan potem zmienić zdanie. Co Pan o tym myśli?

Mimo że TPB jest podejściem krótkoterminowym ukierunkowanym na zaprzestanie używania kokainy, pacjenci często przejawiają pewne współwystępujące problemy. Niektóre z nich są związane z uzależnieniem, innenie. Podczas, gdy głównym celem terapii jest zaprzestanie nadużywania kokainy, ważne jest, aby mieć na uwadze też inne problemy czy objawy oraz pomagać pacjentom połączyć je w grupy.

Terapeuci również powinni wiedzieć, czy pacjenci mają inne cele oraz czy zaprzestanie używania narkotyku może im pomóc w ich osiągnięciu (np. odzyskać opiekę nad dzieckiem, powrócić do pracy). W przypadku problemów, które mogą być ściśle powiązane z uzależnieniem od kokainy (np. objawy depresji, konflikt małżeński, problemy prawne), ważne jest, aby terapeuci je dostrzegli, wypracowali z pacjentami ustalanie celów w kontekście używania kokainy, wynegocjowali rozsądne cele terapeutyczne, zastanowili się, w jaki sposób z nimi pracować. Równie istotne jest monitorowanie w czasie leczenia innych problemów.

„Wiem, że czuje się Pan przygnębiony i chciałby Pan znowu wrócić do brania leków antydepresyjnych, ale przez długi czas nadużywał Pan kokainy i będzie trudno określić czy to uczucie przygnębienia jest związane z nadużywaniem kokainy czy z objawami depresji. Najlepiej jest to sprawdzić po pewnym okresie abstynencji. Ogólnie przyjmuje się, że uczucia przygnębienia, smutku, które trwają dłużej niż miesiąc licząc od czasu ostatniego przyjęcia narkotyku wskazują na potrzebę przyjrzenia się problemowi uzależnienia oraz depresji oddzielnie i być może wymaga to leczenia lekami antydepresyjnymi. Co Pan sądzi o pomysśle utrzymanie abstynencji przez miesiąc, a potem ewentualnym rozważeniu skierowanie do psychiatry na badanie? W między czasie, wydaje mi się, że powinniśmy spędzić trochę czasu na rozmowie o Pana uczuciu przygnębienia i w jaki sposób może być ono powiązane z używaniem kokainy.”

„Wygląda na to, że przez długi czas miał Pan pewne problemy z Billem, kazał Panu wyjść, ale myśli Pan, że mogłoby być lepiej gdyby Pan przestał używać kokainę? Możemy spróbować zaprosić Biliego na jedną lub dwie sesje, aby dowiedział się czegoś na temat programu terapii, i potem razem porozmawiacie co dalej. Po zakończeniu pierwszych 12 tygodni, moglibyśmy pomyśleć o skierowaniu na świadczenia rodzinne. (family services) Co Pan na to?”

Przedstaw model TPB

Następnie, terapeuci powinni przedstawić uzasadnienie potrzeby terapii. Powinno to obejmować poniższe kwestie.

- Używanie kokainy może być postrzegane jako wyuczone zachowanie.
„Jednym ze sposobów postrzegania używania kokainy jest to, że jest to coś czego możemy się nauczyć z czasem. Ludzie uczą się używać poprzez obserwowanie innych; uczą się, jak zdobywać kokainę i jak jej używać, zauważają, że kokaina wywołuje określone efekty, które sprawiają, że czują więcej energii, że są atrakcyjniejsi lub bardziej towarzyscy. Z tego co Pan mówi, wygląda na to, że również i Pan sporo się nauczył przez te kilka lat.”
- Z czasem, używanie kokainy wpływa na to, jak ludzie myślą, czują i na to, co robią.
„W miarę upływu czasu proces uczenia się oddziałuje na wiele rzeczy związanych z osobą. Ludzie zaczynają rozwijać określone przekonania co do kokainy – tak jakby funkcjonowanie bez nich było trudne. Prawdopodobnie rozwinął Pan swój własny zestaw przekonań na temat używania kokainy. Obserwując te przekonania, będziemy w stanie zrozumieć je lepiej i pomoże to Panu nauczyć się przestać brać. Kokaina również wpływa na to, jak ludzie się czują. Niektórzy ludzie twierdzą, że dzięki kokainie czują się lepiej przez krótki okres czasu, inni jej używają by przestać się czuć źle. Z czasem emocje te stają się powiązane z kokainą i ważne jest, aby obserwować i rozumieć te reakcje. W końcu kokaina też wpływa na to, co się robi. Mówił już Pan o tym jak używanie kokainy stało się dla Pana nawykiem, jest czymś co Pan robi automatycznie, nie myśląc o tym.”
- Zrozumienie tego procesu, pomaga w łatwiejszym nauczaniu się zaprzestania używania kokainy czy innych narkotyków.
„Mówił Pan, że wiele rzeczy związanych z kokainą dzieje się automatycznie tj. nieświadomie, np. to jak nie pamięta Pan wycieczki do Nowego Jorku w ostatnim tygodniu. Spędzimy trochę czasu nad zwolnieniem tego procesu. Popatrzymy na to, co się działo długo przed użyciem, co Pan myślał, czuł i gdzie Pan używał. Przyjrzymy się temu czym dla Pana jest kokaina, i popatrzymy na to, co się dzieje po tym jak Pan użyje. Starając się zrozumieć automatyczny charakter nałogu, używanie kokainy może stać się dużo łatwiejsze do kontrolowania.”
- Nowe, bardziej skuteczne umiejętności mogą zastąpić stare nawyki prowadzące do używania kokainy.
„Nie chodzi tylko o zrozumienie tych automatycznych procesów, ale chodzi też o robienie czegoś innego, czegoś co pomaga ludziom przestać używać. Mówił Pan o tym, że samo przestanie używania kokainy tak naprawdę niczego nie zmienia. Przestanie używania kokainy oznacza uczenie się robienia innych rzeczy w inny sposób. Mam tu na myśli ćwiczenie umiejętności radzenia sobie z problemami. Zamiast mówienia o tym, jak radzić sobie ze starymi problemami za pomocą kokainy, będziemy mówić o tym, jak praktykować, nowe, bardziej efektywne sposoby radzenia sobie. Nie zawsze będzie to łatwe, ponieważ z czasem nauczył się Pan

rozwiązywać swoje problemy za pomocą kokainy. Dlatego będę starał się pomóc Panu oduczyć się starych, nieskutecznych strategii i nauczyć się nowych, bardziej efektywnych. Nauka nowych umiejętności zajmie wiele czasu, będzie wymagać wielu godzin ćwiczeń, ale mogę się założyć, że jak wrócimy do czasu, kiedy był Pan abstynentem przez 4 miesiące na pewno odnajdziemy wiele całkiem efektywnych mechanizmów radzenia sobie, które Pan wtedy stosował.”

- Ćwiczenia są nieodzowną częścią terapii.

„Próbowanie nowych sposobów reagowania na stare sytuacje wymaga wiele praktyki. Jedną rzeczą, która może być pomocna to pamiętanie o tym, że dużo czasu zajęło Panu uczenie się jak być tak skutecznym w używaniu kokainy – jak zdobywać pieniądze na kokainę, używać jej nie dając się złapać. Są to wysoce rozwinięte umiejętności. Ponieważ trwało to długo, mógł Pani nie praktykować wielu innych umiejętności, które może Pan posiadać i które na początku mogą wydawać się nienaturalne. Dlatego tutaj zajmiemy się kwestią ćwiczenia nowych umiejętności. Będziemy ćwiczyć podczas sesji, ale każdego tygodnia będziemy rozmawiać również o tym, jak ćwiczyć poza sesjami, w Pana naturalnym środowisku. Ćwiczenia te są naprawdę bardzo ważne. Na początku mogą one wydawać się nienaturalne czy wymuszone, ale poprzez wprowadzanie ich w prawdziwe życie tj. ćwiczenie poza naszymi spotkaniami, nauczy się Pan wiele o sobie, pozna Pan co działa, a co nie. Zawsze może Pan nawiązywać do bieżących problemów, mówić o tym, jak Pan sobie z nimi radzi. Czy widzi Pan siebie, ćwiczącego te nowe umiejętności w Pana naturalnym środowisku, poza sesjami?”

Ustal zasady terapii

Poza zadaniami i celami terapeutycznymi, ważne jest aby poznać oczekiwania ze strony pacjenta co do leczenia, w kontekście zobowiązań terapeuty i odpowiedzialności pacjenta. Poniższe obszary powinny zostać zweryfikowane i przedyskutowane.

- Planowanie sesji i czasu leczenia
- Znaczenie regularnego uczestnictwa w sesjach
- Uprzedzanie telefoniczne, jeśli pacjent nie przyjdzie na sesję lub się spóźni
- Zbieranie próbek z moczem podczas każdej sesji
- Wymóg przychodzenia na sesję w stanie trzeźwym

Zapoznaj pacjenta z analizą funkcjonalną

Terapeuta, za pomocą analizy funkcjonalnej, powinien przepracować z pacjentem ostatni epizod używania kokainy.

„Aby poznać jak to wszystko działa, zauważmy pewien przykład. Proszę mi opowiedzieć o ostatnim razie, kiedy wziął Pan kokainę? Gdzie Pan był i co Pan robił? Co się stało wcześniej? Jak Pan się czuł? Kiedy pierwszy był

Pan świadomy chęci sięgnięcia po narkotyki? Jak było jego działanie na początku? Jak było potem? Czy może Pan pomyśleć o czymkolwiek pozytywnym co się wydarzyło po użyciu? A co z negatywnymi konsekwencjami?"

Ćwiczenie Praktyczne

Ćwiczenie wymaga od pacjenta przeprowadzenia funkcjonalnej analizy przynajmniej trzech niedawnych epizodów użycia kokainy. Forma analizy jest bliska tej, którą przeprowadza terapeuta podczas sesji. Terapeuta może robić notatki.

DODATEK 2: Analiza Funkcjonalna

Wyzwalacz Co sprawia, że używam?	Myśli i Emocje Co wtedy myślałem? Co wtedy czułem?	Zachowanie Co wtedy zrobiłem?	Pozytywne Konsekwencje Co pozytywnego się wtedy wydarzyło?	Negatywne Konsekwencje Co negatywnego się wtedy wydarzyło?

Temat 1: Radzenie sobie z głodem

Zadania

- Rozumienie głodu narkotykowego
- Definiowanie głodu narkotykowego
- Identyfikowanie wyzwalaczy
- Unikanie sygnałów
- Radzenie sobie z głodem narkotykowym

Cele sesji

Jako że głód narkotykowy jest bardzo trudnym problemem dla wielu uzależnionych osób, wątek ten jest poruszany bardzo wcześnie w terapii. Epizody intensywnego, subiektywnego głodu kokainowego występują do tygodni a nawet miesięcy po rozpoczęciu abstynencji. Doświadczenie to może być zarówno zadziwiające jak i niepokojące dla osoby uzależnionej. Nierozumienie pojęcia głodu oraz nieefektywne zarządzanie nim może skończyć się nadużyciem.

Cele sesji:

- Zrozumienie doświadczenia pacjenta dotyczącego głodu narkotykowego
- Przedstawienie charakteru głodu narkotykowego jako normalnego, ograniczonego w czasie przeżycia.
- Identyfikacja wyzwalaczy
- Przedstawienie i ćwiczenie technik kontroli głodu narkotykowego.

Kluczowe Interwencje

Rozumienie głodu narkotykowego

Ważne jest, aby pacjent rozumiał, że doświadczanie głodu jest normalne i dość powszechne. Głód narkotykowy nie oznacza, że dzieje się coś złego lub, że pacjent chce wrócić do brania.

Ze względu na częstotliwość oraz różnorodność okoliczności, w których kokaina jest używana, wiele bodźców może wywoływać jej użycie. Mogą to być warunkowe sygnały lub wyzwalacze głodu kokainowego. Typowe wyzwalacze to przebywanie w środowisku innych osób używających kokainę, noszenie przy sobie gotówki, wypłata wynagrodzenia, spożywanie alkoholu, sytuacje towarzyskie lub określone stany afektywne, takie jak

łęki, depresja czy radość. Wyzwalacze głodu kokainowego bywają bardzo przewrotne, dlatego podczas leczenia należy na bieżąco je identyfikować.

W celu wytłumaczenia pojęcia warunkowych sygnałów, terapeuta może sparafrazować model warunkowania klasycznego Pawłow'a, utożsamiając jedzenie z kokainą, ślinienie psa z kokainowym głodem oraz dzwonka z wyzwalaczem. Używając konkretnego przykładu pacjenci zwykle są w stanie zidentyfikować kilka „osobistych dzwonek” kojarzących się z głodem kokainowym. Przykład eksperymentu Pawłow'a często wystarczy, aby pacjenci zrozumieli pojęcie głodu, by mogli go identyfikować i tolerować, gdy się pojawia.

Równie ważne jest, aby podkreślać *ograniczony w czasie* charakter głodu tj, to, że warunkowy głód „szczytuje” i „wygasa” zwykle w czasie mniejszym niż godzina, oczywiście, jeśli nie wystąpi użycie kokainy. Terapeuta powinien również wyjaśnić proces zanikania warunkowej reakcji, ponownie posługując się konkretnymi przykładami z eksperymentu Pawłow'a.

Opisywanie głodu narkotykowego

Subiektywny opis głodu narkotykowego doświadczanego przez pacjentów jest niezbędny do uzyskania jego pełnego obrazu. Terapeuta w tym celu zadaje konkretne pytania.

- Czym dla Pana jest głód narkotykowy?
Głód narkotykowy doświadczany jest na różny sposób przez różnych pacjentów. Dla niektórych doświadczenie to jest głównie somatyczne; np. „Mam takie motylki w brzuchu”. Dla innych jest to doświadczenie bardziej poznawcze; np. „Potrzebuję tego teraz” lub „Nie mogę się tego pozbyć z mojej głowy” lub „Wzywa mnie to”. Może być to też doświadczane emocjonalne, np. „Denerwuje się” lub „Jestem znudzony”. Ważne jest, aby terapeuta uzyskał jasny obraz tego, w jaki sposób głód doświadczany jest przez pacjenta.
- Jak bardzo niepokoi Pana głód narkotykowy?
Istnieje szeroka różnorodność w poziomie i intensywności głodu narkotykowego doświadczanego przez pacjentów. Dla niektórych, osiągnięcie i utrzymywanie kontroli nad głodem będzie nadrzędnym celem terapeutycznym, który wymaga kilku tygodni pracy. Inni zaprzeczają doświadczenia jakiegokolwiek głodu narkotykowego. Subtelne weryfikowanie tych zaprzeczeń wspólnie z pacjentami często pokazuje, że te odmienne doświadczenia bywają mylnie przez nich interpretowane lub, że po prostu ignorują głód, kiedy się pojawia i znika w momencie sięgnięcia po narkotyki. Pozostali pacjenci nieużywający, którzy zaprzeczają istnieniu jakiegokolwiek głodu, często przyznają, że obawiają się nawrotu.
- Jak długo trwa Pana głód?
W celu podkreślenia ograniczonego w czasie charakteru głodu narkotykowego, często istotne jest, aby uświadomić pacjentom, że rzadko pozwalają sobie na przeżywanie głodu, nie podejmując z nim walki.

- W jaki sposób próbuje Pan sobie radzić z głodem?
Uzyskanie wyobrażenia na temat stosowanych przez pacjentów strategii radzenia sobie z głodem pomoże terapeutcie zidentyfikować charakterystykę stylu radzenia sobie i pozwoli wybrać odpowiednie strategie.

Identyfikowanie wyzwalaczy

Terapeuci powinni współpracować z pacjentami przy rozwijaniu kompletnej listy wyzwalaczy. Pytania o identyfikowanie wyzwalaczy może przerażać niektórych pacjentów (pewien pacjent twierdził, że nawet oddychanie kojarzy mu się z używaniem kokainy). Okazuje się, że najlepiej jest się skupiać na identyfikowaniu a następnie sporządzeniu listy wyzwalaczy i sygnałów, które były najbardziej problematyczne w minionych tygodniach. Lista ta powinna być uzupełniona podczas sesji: ćwiczenie praktyczne dla tej sesji powinno zawierać elementy obserwacji własnego głodu narkotykowego, tak by pacjenci zauważali nowe, bardziej subtelne sygnały, gdy się pojawiają.

Unikanie sygnałów

Należy mieć na uwadze, że ogólna strategia „rozpoznaj, unikaj i poradź sobie” w szczególności odnosi się do głodku narkotykowego. Po zidentyfikowaniu najbardziej problematycznych sygnałów, terapeuci powinni zwerfikować, w jakim stopniu niektórych z nich można uniknąć. Dotyczyć to może zerwania lub ograniczenia kontaktu z osobami, które używają bądź sprzedają kokainę, pozbywania się przedmiotów służących do przyjmowania kokainy, unikania barów, klubów lub innych miejsc z łatwym dostępem do narkotyku lub nieposiadanie przy sobie gotówki, tak jak w poniższym przykładzie:

„Powiedział Pan, że noszenie ze sobą gotówki jest obecnie najbardziej problematycznym dla Pana wyzwalaczem. Spędźmy trochę czasu na wymyśleniu sposobu na to, żeby nie musiał Pan mieć zbytniego dostępu do gotówki. Jak Pan myśli, w jaki sposób można temu zaradzić? Czy jest jakaś suma, z którą czuje się Pan bezpiecznie nosząc przy sobie? Wspominał Pan wcześniej o przekazywaniu pieniędzy matce, myśli Pan, że to może zadziałać? Mówił Pan, że matka jest bardzo zezłoszczona faktem, że w przeszłości używał Pan kokainę; myśli Pan, że może się zgodzić? W jaki sposób mógłby Pan ją namówić do przechowywania pieniędzy? W jaki sposób mógłby Pan z nią ustalić, żeby dawała Panu pieniądze tylko na koszty utrzymania? Jak długo ten układ mógłby trwać?”

Terapeuci powinni spędzać dużo czasu z pacjentami na badaniu związku pomiędzy alkoholem a kokainą. Szczególnie z takimi, którzy łączą obie substancje do takiego stopnia, że alkohol staje się silnym sygnałem do użycia kokainy. Należy opracować określone strategie ograniczenia, lub najlepiej, zaprzestania używania alkoholu.

Radzenie sobie z głodem narkotykowym

Strategie radzenia sobie z głodem obejmują:

- Rozpraszenie uwagi
- Rozmawianie o głodzie
- Radzenie sobie z głodem
- Przypominanie sobie negatywnych konsekwencji nadużywania kokainy
- Stosowanie dialogu wewnętrznego

Terapeuci podkreślają, że strategie mogą nie zahamować całkowicie głodu narkotykowego. Jednakże, w miarę ćwiczenia ich, strategie te ograniczą częstotliwość i nasilenie głodu i sprawią, że będzie on mniej dokuczliwy i niepokojący, gdy się pojawi.

Rozpraszenie uwagi

W wielu przypadkach skuteczną strategią, która pomaga pacjentom w radzeniu sobie z głodem kokainowym jest rozpraszenie uwagi. Na przykład, gdy wykonujemy jakiś wysiłek fizyczny. Warto więc przygotować listę czynności rozpraszających uwagę, które mogą pomóc odwrócić uwagę od głodu narkotykowego. Mogą to być takie czynności jak udanie się na spacer, gra w koszykówkę czy wykonywanie ćwiczeń relaksacyjnych. Lista taka może zmniejszyć prawdopodobieństwo użycia przez pacjentów substancji odurzających, w szczególności alkoholu i marihuany podczas nieudanych prób radzenia sobie z głodem. Jednym z najbardziej skutecznych sposobów na poradzenie sobie z pojawiającym się głodem narkotykowym jest opuszczenie miejsca wydarzenia i udanie się w bezpieczne miejsce.

Rozmawianie o głodzie narkotykowym

Kiedy pacjenci mają wspierających, nie używających narkotyków i alkoholu przyjaciół, rozmawianie z nimi o pojawiającym się głodzie stanowi bardzo skuteczną strategię. Może być ona pomocna w ograniczeniu uczucia lęku i bezradności, które często towarzyszą głodowi. Strategia ta może również wspomagać pacjentów w identyfikowaniu określonych sygnałów.

Osoby bliskie mogą znaleźć się w trudnej sytuacji, gdy słyszą jak pacjenci rozmawiają o głodzie ponieważ spodziewają się, że takie rozmowy zwykle prowadzą do użycia. Terapeuci mogą przeznaczyć pewną ilość czasu na identyfikowanie osób, z którymi pacjenci mogą czuć się komfortowo, z którymi mogą rozmawiać o głodzie, w jaki sposób dana osoba może zareagować podczas takiej rozmowy, i czy poproszenie z góry o pomoc ma sens.

„Sądzi Pan, że rozmowa z żoną może być tutaj pomocna, ale też mówił Pan, że żona się denerwuje na samą myśl, co może się stać, gdy Pan znowu weźmie. Czy sądzi Pan, że będzie ona w stanie Pana wysłuchać następnym

razem kiedy poczuje Pan głód? Może mógłby Pan porozmawiać z nią o tym wcześniej, przed pojawieniem się głodu, tak żebyście razem pomyśleli jak się z nim uporać, kiedy się pojawi”

Pacjenci wykluczeni społecznie, lub Ci którzy mają niewielu nieużywających przyjaciół, mogą mieć trudności z wyznaczeniem osoby, która może być wsparciem podczas głodu narkotykowego, która może pomóc zmienić myślenie o kokainie lub wesprzeć w innych problemach. Powinno to wyczulić terapeutów na potrzebę poruszenia kwestii wykluczenia społecznego podczas leczenia. W tym celu, terapeuci mogą na przykład, przeprowadzić burzę mózgów z pacjentami na temat tego, jak poznawać nowych, nieużywających ludzi, nawiązywać relacje z dawnymi przyjaciółmi i członkami rodziny, itd. Podczas wspierania pacjentów w zastosowaniu tych strategii oraz w inicjowaniu kontaktu społecznego, terapeuci mogą zaproponować zastosowanie strategii rozwiązywania problemów omawianych w Temacie 7.

Przyzwolenie na doświadczanie głodu

Ideą tej techniki jest dopuszczanie, aby głód występował, szczytował i mijał, innymi słowy doświadczanie go bez walczenia czy poddawania się. Zobrazowanie głodu narkotykowego w formie metafory fali lub chodzenia po górach może pomóc pacjentom w zrozumieniu tego pojęcia. Podobnie, gdy uprawiamy sporty walki, np. judo, gdzie uzyskujemy kontrolę poprzez unikanie oporu.

Ito i inni (1984) określili kroki dotyczące radzenia sobie z głodem, które powinny być ćwiczone podczas sesji lub w domu, przed wystąpieniem głodu. Co więcej, pacjenci powinni zostać poinformowani o tym, że nie dąży się do tego by głód zanikł, lecz do tego by go doświadczać w sposób, który sprawi że poczują się pewniej i bezpieczniej i co za tym idzie będzie im łatwiej go przetrwać. Kroki dotyczące radzenia sobie z głodem narkotykowym:

- *Zwracaj uwagę na głód narkotykowy.* Wiąże się to, po pierwsze, ze znalezieniem jakiegoś bezpiecznego miejsca do doświadczenia głodu (np. komfortowego miejsca w zaciszu domowym). Po drugie, wymaga to zrelaksowania się i skoncentrowania na samym doświadczeniu - gdzie jest jego źródło w naszym ciele i jak bardzo jest intensywny.
- *Skoncentruj się na obszarze występującego głodu* Dotyczy to zwrócenia uwagi na wszystkie pojawiające się psychosomatyczne sygnały, a następnie próby zamiany ich w słowa. Jakie to uczucie? Gdzie to jest? Jak silne to jest? Czy to się porusza lub zmienia? Gdzie jeszcze się to pojawia? Ten sposób koncentracji pomaga wielu pacjentom w całkowitym pozbyciu się głodu narkotykowego. Właściwie, określenie przez pacjenta intensywności głodu narkotykowego przed i po ćwiczeniu może służyć ocenie efektywności danej techniki.

Przywoływanie negatywnych konsekwencji

Podczas doświadczania głodu narkotykowego większość ludzi ma tendencję do zapamiętywania jedynie pozytywnych efektów działania kokainy, często zapominając o negatywnych. Z tego powodu, kiedy doświadczamy głodu narkotykowego często najlepiej jest przypomnieć sobie o korzyściach abstynencji i pamiętać o negatywnych konsekwencjach ciągłego używania. W ten sposób, pacjenci pamiętają, że tak naprawdę po tym, jak użyją narkotyk wcale nie poczują się lepiej. W tym celu, pomocne może okazać się poproszenie pacjentów o zapisanie na kartce powodów, dla których chcą zachować abstynencję oraz negatywnych konsekwencji występujących po użyciu. Pacjenci trzymają tę kartkę w portfelu lub w innym miejscu przy sobie. Przelotne spojrzenie na kartkę podczas przeżywania intensywnego głodu kokainowego lub będąc w sytuacji wysokiego ryzyka może przypomnieć o negatywnych konsekwencjach użycia kokainy w sytuacji, w której kokaina zwykle kojarzy się tylko z euforią.

Stosowanie dialogu wewnętrznego

Podczas głodu narkotykowego wielu pacjentom towarzyszą automatyczne myśli, pojawiające się poza kontrolą świadomości, które są tak głęboko zakorzenione, że pacjenci nie są ich świadomi. Automatyczne myśli związane z głodem często wywołują „poczucie pilnego podjęcia działań i wyolbrzymionego szkodliwego wpływu” (np. „Muszę teraz wziąć, jak nie wezmę to umrę”, lub „Nie mogę nic zrobić dopóki nie wezmę”

Radząc sobie z głodem, ważne jest aby rozpoznawać te myśli i przeciwdziałać im w sposób efektywny. Wspierając pacjentów w rozpoznawaniu tych myśli, terapeuci mogą identyfikować poznawcze zniekształcenia, pojawiające się podczas sesji (np. „Parę razy mówił Pan dzisiaj, że czuje Pan potrzebę użycia. Czy jest Pan świadomy tych myśli, kiedy się pojawiają?”) Inna pomocna strategia dotyczy spowalniania tempa myślenia, aby pacjenci mogli rozpoznać swoje myśli.

„Kiedy wczoraj w nocy zdecydował się Pan wyjść na miasto, powiedział Pan, że nie za bardzo był Pan świadomy myśli o używaniu kokainy. Założę się, że gdy wrócimy i spróbujemy odtworzyć tę noc, tak jak w filmie w zwolnionym tempie, moglibyśmy znaleźć kilka rzeczy, które Pan sobie wmawiał być może nawet nie będąc świadomym tego, że prowadzi to do użycia kokainy. Czy mógłby Pan teraz odtworzyć tę noc?”

Gdy automatyczne myśli są identyfikowane, łatwiej jest się im przeciwstawić, stosując raczej pozytywny niż negatywny dialog wewnętrzny. Dotyczy to konfrontowania myśli (np. „Tak na prawdę nie umrę, jeśli nie będę miał kokainy”) i neutralizowania głodu narkotykowego (np. „Głód narkotykowy jest zjawiskiem niekomfortowym, ale wiele osób go doświadcza i jest to coś, z czym mogę sobie poradzić bez używania”).

Ćwiczenia praktyczne

W zależności od tego, jak poważny dla pacjenta jest problem głodu narkotykowego, temat ten może być przedstawiony podczas jednej lub dwóch sesji. Gdy jest przedstawiany na dwóch sesjach, to na pierwszej sesji należy skupić się na rozpoznawaniu głodu i identyfikowaniu wyzwalaczy, a sesja dodatkowa powinna obejmować opracowanie bardziej szczegółowej listy wyzwalaczy głodu narkotykowego, przy zastosowaniu **techniki samokontroli (dodatek 3)**. Zatem na drugiej sesji należy skupić się na nauczaniu i ćwiczeniu strategii radzenia sobie. Zadania z dodatkowych sesji obejmują kontynuowanie samoobserwacji oraz obserwowanie zachowania przeciwdziałającemu pojawiającemu się głodowi.

Dodatek nr. 3: Radzenie sobie z głodem narkotykowym i impulsami

Zapamiętaj:

- Impulsy czy inaczej popędy są powszechne i normalne. Nie są one oznaką porażki. Zamiast tego zastanów się, jakie są Twoje indywidualne wyzwalacze głodu.
- Impulsy są jak fale oceanu. Stają się silne tylko do pewnego momentu, potem zaczynają „opadać”.
- Jeśli nie użyjesz narkotyku, Twoje impulsy osłabną aż w końcu całkowicie znikną.
- Możesz unikać impulsów omijając lub eliminując sygnały, które je wywołują.
- Możesz radzić sobie z impulsami przez:
 - Rozpraszenie swojej uwagi na kilka minut.
 - Rozmawianie o impulsach ze wspierającą osobą.
 - „Surfowanie na głodzie”.
 - Wspominanie negatywnych konsekwencji używania narkotyku.
 - „Przegadywanie” głodu.

Uzupełniaj dziennik głodu narkotykowego Każdego dnia i zapisuj jak sobie z nim poradziłeś.

Przykład

Data/godzina	Sytuacje, myśli, emocje	Nasilenie głodu (1-100)	Okres trwania głodu	Jak sobie poradziłem
Piątek, 15:00	Sprzeczką z szefem	75	20 minut	Zadzwoeniłem do domu, porozmawiałem z Marry
Piątek, 19:00	Oglądanie telewizji, znudzony	60	25 minut	Przyzwolenie na doświadczanie głodu, poszedłem spać
Sobota, 21:00	Chciałem wyjść i wypić drinka	80	45 minut	Zamiast tego pograłem w koszykówkę

Temat 2 : Budowanie motywacji i zobowiązanie się do zaprzestania

Zadania

- Ustalanie celów
- Badanie ambiwalencji
- Identyfikowanie i radzenie sobie z myślami o kokainie

Cele sesji

Do tego momentu, terapeuci i pacjenci przeprowadzili już kilka funkcjonalnych analiz używania kokainy i przeanalizowali niektóre sytuacje wysokiego ryzyka. Pacjenci mają teraz bardziej klarowny, ogólny obraz tej formy terapii. Na tym etapie większość pacjentów również znacząco ograniczyła używanie kokainy (lub całkowicie przestali używać) i mogą pracować nad bardziej realistycznymi celami terapii. Pacjenci są bardziej świadomi roli, jaką kokainy odgrywała w ich życiu; mogą być świadomi powtarzających się myśli o kokainie oraz mogą być bardziej gotowi do zweryfikowania ambiwalencji w odniesieniu do używania kokainy i leczenia.

Pomimo że niektórzy pacjenci zamierzają całkowicie zaprzestać używania kokainy i innych substancji psychoaktywnych, są również tacy, którzy mogą mieć odmienne cele.

- Ograniczenie używania kokainy do „kontrolowanego” poziomu.
- Zaprzestanie używania kokainy, lecz kontynuowanie nadużywania alkoholu lub innych substancji.
- Kontynuowanie leczenia do momentu zmniejszenia się zewnętrznych nacisków (np. ultimatum współmałżonka, stres związany z rozprawą sądową)

Pomimo że takie cele bywają dość nierealne, we wczesnych tygodniach leczenia terapeuci nie powinni bezpośrednio ich konfrontować do czasu, kiedy terapeutyczna sojusz zostanie zawiązany, co z kolei umożliwi bardziej świadomą, ponowną ocenę. Umożliwianie pacjentom rozpoznania faktu, iż kontrolowanie używania kokainy nie jest możliwe, może być dla nich bardziej przekonujące niż powtarzające się ostrzeżenia terapeuty. Na przykład, młoda kobieta twierdziła, że nie może przestać używania kokainy i marihuany na raz (gdyż używała marihuany do radzenia sobie z głodem kokainowym) aż do momentu kiedy odkrywa, że jej wypadki po marihuanę doprowadzają ją do różnych silnych sygnałów kokainowych i zwykle przedłużają okresu nadużywania narkotyku.

Cele tej sesji:

- Ponownie określ i doprecyzuj cele terapeutyczne.
- Zbadaj ambiwalencję odnośnie abstynencji.
- Nauczyć się identyfikować i radzić sobie z kokainą.

Kluczowe interwencje

Doprecyzuj cele

To odpowiedni moment na przyjrzenie się i ocenę zobowiązania pacjentów do abstynencji i zweryfikowanie innych celów terapeutycznych. Na tym etapie, pacjenci, którzy są przymuszani do leczenia zwykle zaczynają rozpatrywać konsekwencje ciągłego używania kokainy pod kątem innych celów. Dlatego też, terapeuci powinni sprawdzać aktualną postawę do leczenia i gotowość do zmiany.

„Zauważyłem, że mimo tego, że całkowicie przestał Pan używać, wspominał Pan też kilka razy o problemach spowodowanych kokainą, jak np. w pracy, problemy z kuratorem, czy utracone możliwości, jak krótsze spędzanie czasu z dorastającymi dziećmi. Czy ma Pan jakieś przemyślenia w związku z tymi problemami? Słyszę też, że tęskni Pan za pewnymi rzeczami związanymi z używaniem kokainy. Pomyślałem, że moglibyśmy spędzić trochę czasu rozmawiając o Pana celach i sposobach ich realizacji. Czy czuje się Pan na to gotowy? Co Pan myśli o swoim schemacie używania kokainy w tym momencie? Czy są jakieś inne problemy, z którymi chciałby się Pan zmierzyć?”

Na podstawie tej dyskusji terapeuci powinni uzyskać klarowny pogląd na temat poniższych kwestii:

- Aktualna gotowość pacjentów do zmiany
- Aktualna postawa wobec abstynencji
- Inne cele i problemy

Wymagana jest otwarta dyskusja, podczas której terapeuci powstrzymują się od przyjmowania aktywnej roli lub ustalania celów za pacjenta. Stosuje się przy tym techniki opisane przez Millera i in. (1992) dotyczące umacniania zobowiązania do zmiany.

- Przedstaw wolny wybór (np. „Decyzja o tym, co chce Pan z tym zrobić należy do Pana”).
- Podkreśl korzyści abstynencji
- Przedstaw informację i udziel porady na temat problemów, które powinny być poruszane w przypadku, gdy pacjenci chcą utrzymać się w abstynencji.

Istnieje kilka sposobów zachęcania pacjentów do rozmowy o swoich celach terapeutycznych (np. Czy myślał Pan o tym, gdzie chciałby Pan się znaleźć za 12 tygodni?) Taka rozmowa zwykle ujawnia inne objawy i problemy, niektóre mogą być ściśle powiązane z używaniem kokainy (np. zdrowotne, prawne, rodzinne/społeczne, psychologiczne, w pracy, nadużywanie innych substancji czy uzależnienie). Pozostałe są mniej istotne i nie zostają poruszone podczas leczenia. Ze względu na fakt, że TPB to podejście krótkoterminowe skoncentrowane na pomaganiu pacjentom w osiągnięciu wstępnej abstynencji należy równoważyć potrzebę rozwiązywania problemów, które mogą stanowić przeszkody w osiągnięciu abstynencji z potrzebą skoncentrowania terapii na osiągnięciu abstynencji.

Terapeuci powinni pracować z pacjentami nad ustalaniem priorytetów dotyczących innych problemów:

- *Czy psychospołeczny problem będzie stanowić przeszkodę w osiągnięciu abstynencji przez pacjenta? Należy pracować z pacjentami nad identyfikowaniem trudnych psychospołecznych problemów, które nierozwiązywane, mogą utrudniać osiągnięcie abstynencji lub powodować chaos w życiu pacjentów, uniemożliwiając całkowite zaangażowanie w terapię. Przykładami takich problemów są bezdomność, zaawansowane problemy psychiczne lub myśli samobójcze czy bardzo słaby stan zdrowia. Jeżeli takie problemy pojawią się, terapeuci powinni udzielić odpowiedniej pomocy. Próby samobójcze lub sytuacje zagrażające zdrowiu innych wymagają natychmiastowej interwencji, polegającej na wezwaniu karetki pogotowia ratunkowego. Należy rozważyć również przeznaczanie określonego czasu podczas każdej sesji na zarządzanie przypadkami (temat nr. 8)*
- *Czy problem został dokładnie przeanalizowany, po tym jak osiągnięto pewną kontrolę nad używaniem kokainy? Wielu pacjentów rozpoczyna terapię z większymi obawami związanymi z konsekwencjami długotrwałego używania kokainy niż z zaniepokojeniem związanym z samym problemem uzależnienia. Problemy mogą wynikać z uzależnienia od kokainy lub mogą ulec pogorszeniu z tego samego powodu. Ze względu na bezpieczeństwo pacjentów problemom tym należy się przyglądać najlepiej po osiągnięciu abstynencji. Na przykład, depresja u wielu pacjentów zanika po kilkutygodniowym okresie abstynencji, lub problemy małżeńskie, które mogą wydawać się nie do rozwiązania, ulegają poprawie, gdy współmałżonek dostrzeże zaangażowanie pacjenta w leczenie i utrzymanie abstynencji.*

Nie należy ignorować takich problemów. Trzeba się raczej im przyglądać i interweniować, gdy abstynencja nie pomoże w ich rozwiązaniu.

„Powiedział mi Pan, że ostatnio czuje się Pan bardzo przygnębiony, i że to podobne uczucie, kiedy zbliża się termin zapłaty wszystkich rachunków. To zupełnie normalne w pierwszych dniach abstynencji. Złe

samopoczucie jest zjawiskiem bardzo częstym w początkowych etapach abstynencji, dlatego będę Pana często pytał o to, jak się Pan czuje. Jeśli zachowując abstynencję Pańskie samopoczucie się nie poprawi w ciągu kilku tygodni, pomyślimy o przeprowadzeniu bardziej formalnej oceny Pańskiego złego samopoczucie, prawdopodobnie kierując Pana na badania psychiatryczne. Co Pan o tym sądzi?”

- *Czy możemy poczekać z rozwiązaniem tego problemu?* Jeśli problem nie stanowi bariery w leczeniu i nie jest bezpośrednio związany z używaniem kokainy należy zasugerować odczekanie z jego rozwiązaniem do upływu 12 pierwszych tygodni po to, aby terapia koncentrowała się na osiąganiu abstynencji. Terapeuci mogą również podkreślać, że będą razem z pacjentami ćwiczyć umiejętności rozwiązywania problemów i że umiejętności te mogą być stosowane przy innych problemach, niekoniecznie związanych z uzależnieniem od kokainy.

Porusz kwestię ambiwalencji odnośnie abstynencji

Najlepiej, żeby kwestia ambiwalencji poruszona została na wczesnym etapie terapii. Umożliwi to zbudowanie przymierza terapeutycznego, który pozwoli na otwarte badanie niezdecydowania pacjenta odnośnie zaprzestania używania kokainy. Należy zachęcać pacjentów do wyrażenia powodów używania kokainy pomóc im w przejęciu odpowiedzialności przy podejmowaniu decyzji o zaprzestaniu używania, uświadamiając im co mogą zyskać oraz podkreślać to, że nie można oddzielić samego nadużywania kokainy od skutków jej nadużywania.

Często stosujemy uproszczoną wersję macierzy decyzyjnej opisanej przez Marlatt i Gordon (1985). Podczas tego ćwiczenia terapeuci, przy zastosowaniu kart indeksowych (index card) zapisują na jednej stronie wszystkie, jakkolwiek subiektywne, korzyści pacjentów związane z ciągłym używaniem kokainy. Niektórym pacjentom na początku trudno jest zauważyć jakiegokolwiek pozytywne konsekwencje ciągłego nadużywania, lecz większość jest w stanie przedstawić kilka argumentów jak np. „Nic mnie tak w życiu nie ekscytuje jak kokaina” lub „Czuje się mniej lękliwy przebywając z ludźmi” lub „Większość moich dochodów pochodzi ze sprzedaży kokainy” lub „Seks i kokainą idą w parze”.

Następnie za pomocą otwartych pytań terapeuci zachęcają pacjentów do zweryfikowania każdej z tych korzyści (np. Posiadanie pieniędzy wydaje się być ważne; z czym jeszcze wiąże się sprzedawanie kokainy?). Najczęściej pacjenci zauważają, że wiele z tych korzyści jest ostatecznie negatywnych. Na przykład, jeżeli „kokainowy haj” postrzegany jest jako korzyść należy zbadać charakter tego „haju”, zwrócić uwagę na zjawiska dysforii i zespołu odstawienia, które nieodłącznie występują i utrzymują się znacznie dłużej niż euforia. Pacjenci, którzy zarabiają na sprzedaży kokainy przypominani są o tym, że wszystkie zyski ze sprzedaży przeznaczają na używanie kokainy.

Następnie, terapeuci sugerują pacjentom, aby wymienili wszystkie możliwe powody do zaprzestania nadużywania kokainy i zapisali je na odwrocie karty. Karty są zazwyczaj numerowane i odzwierciedlają negatywne konsekwencje jak np. „Nie chcę stracić pracy” lub „Mniej sprzeczek z moimi rodzicami” lub „Więcej pieniędzy na to co chcę”. Pacjenci proszeni są o noszenie karty przy sobie, razem z gotówką, np. w portfelu. Przelotne spojrzenie na kartę w sytuacji silnego głodu narkotykowego lub w sytuacji wysokiego ryzyka może szybko przypomnieć pacjentom o negatywnych konsekwencjach nadużywania kokainy, kiedy łatwiej jest im wtedy myśleć tylko o euforii związanej z byciem na „haju”.

Siła tego konkretnego przypomnienia została zilustrowana przez kokainistę, który pewnego wieczoru wyjął kartkę ze swojego portfela przed wyjściem na miasto z zamiarem użycia kokainy; poczuł, że kartka dosłownie „powstrzymała go od użycia” podczas kilku wcześniejszych okazji.

Identyfikowanie i radzenie sobie z myśleniem o kokainie

Ambiwalencja często manifestuje się w myślach o używaniu kokainy, które są trudne do opanowania. Kokaina była ważnym, nawet dominującym elementem życia pacjentów a myśli o kokainie zarówno pozytywne jak i negatywne są czymś normalnym utrzymującym się przez jakiś czas. Odpowiednią strategią jest „rozpoznaj, uniknij, poradź sobie”.

Rozpoznaj

Myśli związane z kokainą, które mogą prowadzić do wznowienia używania są kwestią indywidualnych różnic oraz odmiennych stylów poznawczych. Należy wspierać pacjentów przy identyfikowaniu zniekształceń poznawczych i racjonalizacji („Zauważyłem, że mówisz o sobie jako o kokainiście, i o sobie jako abstynencie; możesz mi powiedzieć więcej o sobie-kokainiście?”). Ważne jest, aby terapeuci również w klarowny sposób definiowali myśli automatyczne (np. pewna myśl albo obraz, której osoba może nie być w pełni świadoma, aż do momentu, gdy skupi na niej swoją uwagę lub np. rzeczy, które sobie wmawiamy).

Typowe myśli związane z używaniem kokainy dotyczą:

- *Testowanie kontroli*: „Mogę chodzić na imprezy (obserwować przyjaciół, którzy używają, piją i palą marihuanę) bez używania.
- *Życie nigdy nie będzie takie same*: „Uwielbiam być na haju”
- *Porażki*: „Poprzednie terapie nie działały, nie ma dla mnie nadziei”
- *Mała przyjemność*: „Świat jest nudny bez kokainy”.
- *Prawo*: „Zasługuję na nagrodę”.
- *Uczucie dyskomfortu*: „Nie wiem jak przebywać z ludźmi, jeśli nie jestem na haju”
- *A co mi tam*: „Znowu nawaliłem, nie zaszkodzi znowu wziąć”
- *Ucieczka*: „Moje życie jest takie beznadziejne, potrzebuję się oderwać na kilka godzin.”

Unikaj

Unikanie myśli związanych z kokainą nie zawsze jest możliwe, ale dla osób, które mają tendencję do skupiania się na pozytywnych celach są one mniejszym problemem. Prośenie pacjentów o sformułowanie i zapisanie ich krótko- i długoterminowych celów często pomaga im patrzeć na życie w dalszej perspektywie, ponad tymczasowe pokusy, bardziej realnie w porównaniu do osób, które mają trudności w koncentrowaniu się na przyszłości.

W ramach ćwiczenia, poproś pacjentów o nagranie, bądź zapisanie ich najbliższych (na następny tydzień), krótkoterminowych (następne 12 tygodni), i długoterminowych (następny rok) celów. Cele powinny być jak najbardziej konkretne (np. zamiast „mieć duży pieniądze”, „znalezienie do paździenika pracy ze stawką 12\$/godzinę”).

Poradź sobie

Istnieje kilka strategii radzenie sobie z myśleniem o kokainie.*

- *„Włącz myślenie” będąc na haju.* Kiedy pacjenci są zaabsorbowani głodem narkotykowym lub pozytywnymi myślami o kokainie, często jest im trudno pamiętać o minusach nadużywania kokainy. Pacjenci proszeni są o odniesienie się do jakiegoś konkretnego przypadku i zobrazowanie sobie szczególnie nieprzyjemnego efektu nadużycia kokainy. Na przykład, obraz pacjenta budzącego się bez ubrań, okradzionego, pobitego w czymś samochodzie w nieznanym mieście jest wystarczająco silny do skonfrontowania nostalgicznych myśli o używaniu kokainy.
- *Kwestionuj myśli.* Na każdą negatywną, związaną z kokainą myśl pacjenci zachęceni są do wygenerowania i przeciwiczenia pozytywnych przekonań, które są jej przeciwieństwem: „Radziłem sobie z głodem w przeszłości, i mogę to zrobić jeszcze raz” lub „Trzymanie się razem z rodziną jest dla mnie ważniejsze niż bycie na haju” lub „Byłem w przeszłości w związkach, w których nie było kokainy”. Myśli powinny być zindywidualizowane i dopasowane do poznawczego stylu każdego pacjenta. Dla niektórych pacjentów stosowanie humoru oraz przeformułowywanie zdarzeń lub myśli są szczególnie efektywnymi sposobami na kwestionowanie myśli o kokainie.
- *Sporządź listę negatywnych konsekwencji.* Tworzenie przez pacjenta listy negatywnych konsekwencji używania kokainy jest dobrą strategią na konfrontowanie głodu narkotykowego lub myśli o używaniu kokainy. Jedno z ćwiczeń dla tej sesji dotyczy przygotowania takiej własnej listy.
- *Rozpraszczenie uwagi.* Tak samo jak głód narkotykowy szczytuje i mija gdy go konfrontujemy, tak i myśli o kokainie, staną się słabsze, rzadsze i mniej uciążliwe, jeśli się im nie poddamy. Zarówno rozpraszczenie uwagi, jak również posiadanie listy rzeczy, które są przyjemne (coś

przyjemnego lub pobudzającego), dostępne (niezależnie od pory dnia i pogody) i realistyczne (nie drogie lub niezależne od innych osób) jest skutecznym sposobem na radzenie sobie z głodem dla pacjentów, którzy z trudem odnoszą się do pozostałych poznawczych strategii.

* Monti i inni (1989)

- *Rozmowy.* Podobnie, jak rozmowy ze wspierającym przyjacielem lub osobą bliską mogą być skutecznym sposobem na podkreślanie, rozumienie i konfrontowanie głodu narkotykowego, „przegadywanie” myśli o kokainie jest również skutecznym sposobem na rozwianie obaw związanych z danymi myślami. Natrętne lub nakazujące myśli (nie mogę żyć bez kokainy) często tracą na swojej sile, gdy są wypowiedane przed innymi osobami. Należy pracować z pacjentami nad wskazaniem przez nich odpowiednich osób, z którymi mogą dyskutować o pojawiających się myślach związanych z kokainą.

Ćwiczenie praktyczne

Jeżeli ustalone są dwie sesje, ćwiczenia na pierwszej sesji dotyczą zapisania przez pacjentów na karcie i arkuszu ćwiczeniowym (dodatek 4) pozytywnych i negatywnych konsekwencji używania. Ćwiczenia na drugiej sesji obejmują monitorowanie myśli oraz rejestrowanie umiejętności radzenia sobie, podobnie jak w przypadku sesji na temat głodu narkotykowego (dodatek 5).

Zmiany, których chcę dokonać w ciągu następnych *12 tygodni*:

Najważniejsze powody, dla których chcę dokonać zmian to:

Kroki, które planuje podjąć to:

Inne osoby mogą mi pomóc w następujący sposób:

Niektóre rzeczy, które mogą kolidować z moim planem to:

Zmiany, których chcę dokonać w ciągu następnych *12 miesięcy*:

Najważniejsze powody, dla których chcę dokonać zmian to:

Kroki, które planuje podjąć to:

Inne osoby mogą mi pomóc w następujący sposób:

Niektóre rzeczy, które mogą kolidować z moim planem to:

Zapóżyczzone od Miller i in. 1992.

Dodatek 5: Radzenie sobie z myślami o kokainie

Istnieje kilka sposobów na radzenie sobie z myślami o kokainie:

- Pamiętanie o konsekwencjach ostatniego użycia
- Konfrontowanie myśli
- Przypominanie negatywnych konsekwencji używania kokainy
- Rozpraszenie uwagi
- „Przegadywanie” myśli

Przed następną sesją, prześledź na bieżąco automatyczne myśli o kokainie, w momencie ich pojawienia się, następnie zapisz pozytywną myśl oraz sposób, w jaki sobie poradziłeś/aś (umiejętność radzenia sobie).

Myśli o kokainie	Pozytywna myśl, zastosowana umiejętność poradzenia sobie (co zrobiłem/am)

Monti i in. 1989.

Temat 3: Umiejętności odmawiania/asertywność

Zadania

- Ocena dostępności kokainy oraz kroki potrzebne do ograniczenia dostępności
- Opracowanie strategii zerwania kontaktów z osobami, które dostarczają kokainę
- Nauka i ćwiczenie umiejętności odmawiania
- Analizowanie różnicy między pasywnym, agresywnym a asertywnym odmawianiem

Cele sesji

Dużym problemem dla wielu osób nadużywających kokainy jest ograniczenie jej dostępności i skuteczne odmawianie innym osobom oferującym narkotyki. Pacjenci, którzy przejawiają ambiwalentną postawę w stosunku do ograniczenia używania kokainy częściej przejawiają też trudności w odmówieniu innym osobom, które oferują im narkotyki. Wielu kokainistów ma tak mocno zawężony krąg znajomych, że znają tylko kilka nieużywających osób. Dlatego też odcięcie się od kręgu osób używających może oznaczać dla nich wykluczenie społeczne. Co więcej, wiele osób może być zaangażowanych w sprzedaż kokainy i wyplątanie się z tej sytuacji może być kłopotliwe. Wielu pacjentom brakuje podstawowych umiejętności skutecznego, asertywnego odmawiania innym osobom oferującym narkotyki lub zapobiegania takich propozycji w przyszłości. Sesja ta obejmuje rozdziały o ograniczeniu dostępności, umiejętności radzenia sobie i podstawy asertywności.

Terapeuci powinni ostrożnie kierować pytania do pacjentów, tak aby móc zidentyfikować wskaźniki ambiwalencji, zbadać opór przed zmianą i zidentyfikować wpływy środowiskowe hamujące zmianę. Zaniechanie podjęcia przez pacjentów pierwszych kroków w celu usunięcia wyzwalaczy i nieunikanie kokainy może wyjawiać szereg klinicznie istotnych problemów.

- Ambiwalentna postawa pacjentów wobec zaprzestania używania kokainy (np. osoba, która opiera się zerwaniu więzi z dilerami lub poinformowaniu rodziny czy przyjaciół o decyzji zaprzestania używania)
- Brak świadomości związku pomiędzy dostępnością kokainy a używaniem (np. kokainista, który sprzedaje kokainę i twierdzi, że będzie w stanie przestać brać pomimo kontynuowania jej sprzedaży).

- Dostrzegalne ograniczone osobiste lub psychospołeczne zasoby (np. bezrobotny samotnie wychowujący dzieci rodzic, mieszkający w dzielnicy z dostępem do kokainy)
- Wyraźne wskaźniki poziomu aktywności pacjentów w leczeniu. Jeżeli pacjenci samodzielnie nie podejmują kroków ku ograniczeniu dostępności kokainy, oznacza to, oczekiwanie, że terapia w sposób magiczny pomoże im w osiągnięciu abstynencji, przy małym wysiłku z ich strony.

Cele sesji-

- Zbadaj dostępność kokainy i rozważ podjęcie określonych działań ukierunkowanych na w ograniczenie dostępności narkotyku.
- Wypracuj strategię na zerwanie kontaktu z osobami, które dostarczają kokainę.
- Ucz się i praktykuj umiejętności odmawiania.
- Zbadaj różnicę między pasywnością, agresywnością a asertywnością.

Kluczowe interwencje

Oceń dostępność kokainy

Terapeuci i pacjenci wspólnie powinni ocenić bieżącą dostępność kokainy i sformułować strategię ograniczającą dostępność narkotyku. W szczególności należy zbadać, czy pacjenci są zaangażowani w sprzedaż kokainy, określić charakterystykę źródła pochodzenia narkotyku, czy inne osoby w domach lub miejscach pracy pacjentów używają kokainę. Określanie kroków jakich pacjenci już dokonali w celu ograniczenia dostępności kokainy może być nieocenione we wskazywaniu ich wewnętrznych i zewnętrznych zasobów. Na przykład, czy pacjenci poinformowali swoich przyjmujących i sprzedających kokainę współników o zamiarze zaprzestania używania kokainy? Czy sprzedający kokainę pacjenci podjęli próbę odcięcia się od sieci dystrybucji narkotyku? Praktycznie niemożliwe jest, aby osoba kontynuowała sprzedaż kokainy i jej nie używała. Terapeuci mogą zadać następujące pytania:

„Jeżeli chciałby Pan teraz użyć kokainę to jak długo zajęłoby Panu zdobycie jej? Czy ma Pan teraz kokainę w domu? Czy nadal używa Pan lufek do palenia kokainy (cracku)?

„Ostatnio, kilka razy wspominał mówił Pan, że Tommy przychodził do Pana do domu i proponował Panu działki? Czy rozmawiał Pan z nim o tym, że zdecydował Pan przestać używać narkotyku?”

Radzenie sobie z dilerami

Pomimo jej nielegalnego statusu, kokaina może być oferowana przez wiele osób - przyjaciół, kolegów z pracy, dilerów i nawet osoby bliskich z ro-

dziny. Ze względu na fakt, iż osoby te często mają finansowe lub inne sposoby (np. utrzymywanie status-quo w związku) na zatrzymanie kokainistów w sieci dystrybucji, oderwanie się od niej często bywa bardzo trudne.

Terapeuci powinni ustalić listę osób dostarczających pacjentom narkotyk i określić strategię ograniczającą kontakt z nimi. W niektórych przypadkach, klarowna, zrozumiała asertywna odmowa poprzedzona komunikatem, że pacjent zdecydował zaprzestać używania i prośba by więcej nie oferować mu kokainy może okazać się zaskakująco skuteczna. W innych przypadkach pacjenci mogą opracować własny sposób na unikanie kontaktu z określonymi dilerami.

Jednakże gdy pacjenci pozostają w bliskim, intymnym związku z kimś kto używa lub dostarcza kokainę, wtedy sprawa wydaje się być bardziej skomplikowana. Dla przykładu, kobieta może mieć trudności w utrzymaniu abstynencji gdy jej partner handluje kokainą kontynuuje jej używanie, i może ona nie być gotowa do zerwania relacji z nim. Ponadto, 12 tygodni terapii może być za krótkim okresem dla pacjenta by wywołać skuteczną zmianę w ustosunkowaniu się do takiej relacji. Zamiast postrzegać sytuację w kategoriach albo-albo („Albo przestanę używać kokainy albo kończę ten związek”), terapeuci powinni zbadać możliwości klienta ograniczania dostępu do kokainy.

„Mówi Pani, że nie chce Pani zrywać z Bobem na tą chwilę, z tym, że on z kolei nie myśli o skończeniu z braniem kokainy. Trwanie przy tym stanowisku stwarza Pani pewne ryzyko ale być może moglibyśmy pomyśleć nad sposobami ograniczenia tego ryzyka. Czy myślała już Pani o tym by poprosić go by nie przynosił i nie używał kokainy w domu? Mówiła Pani, że zdaje sobie Pani sprawę z tego, że jest duże ryzyko gdy on wciąż bierze, ponieważ zagraża to Pani w utrzymaniu abstynencji i stwarza niebezpieczeństwo dla dzieci”

Umiejętności odmawiania

Wyróżniamy kilka podstawowych zasad skutecznego odmawiania kokainy lub innych substancji.

- Odpowiedz szybko (bez wydziwiania, narzekania, bez wahania).
- Utrzymuj kontakt wzrokowy.
- Odpowiedz wyraźnym „nie”, nie pozostawiając uchylonej furtki na przyszłe kokainowe oferty.

Wielu pacjentów ma poczucie winy lub odczuwa dyskomfort w mówieniu „nie” ponadto uważają, że muszą posługiwać się wymówkami, aby nie używać. Takie nastawienie może utrudniać skuteczne odmawianie. Zatem, poinformuj pacjentów, że po wypowiedzeniu „nie” można zmienić temat lub zaproponować inną aktywność Ponadto, należy w sposób klarowny dać do zrozumienia osobie oferującej kokainę, żeby więcej nie proponowała wspólnego przyjmowania narkotyku. („Posłuchaj, zdecydowałem że

nie będę więcej używał i chciałbym żebyś mi nigdy więcej nie proponował kokainy. Jeśli nie możesz tego zrobić, sądzę że nie powinienes więcej przychodzić do mojego domu)”.
Scenka - odgrywanie ról

Scenka - odgrywanie ról

Po zapoznaniu się z podstawowymi umiejętnościami odmawiania, pacjenci powinni przećwiczyć je podczas odgrywania scenek. Ponadto, pojawiające się trudności w asertywnym odmawianiu powinny zostać określone i przedyskutowane. Jako że jest to pierwsza sesja dotycząca formalnego odgrywania ról, istotne jest, aby terapeuci przeprowadzili je w komfortowy dla pacjenta sposób.

- Nawiąż do konkretnej sytuacji, w której pacjenci niedawno uczestniczyli.
- Poproś pacjentów, aby opisali odgrywaną osobę.
- Podczas pierwszej scenki poproś pacjentów, aby odegrali tę osobę, tak by mogli w sposób jasny zobrazować styl, w jaki ona oferuje kokainę i tak by terapeuta mógł zobrazować skuteczną umiejętność odmowy. Potem, przy kolejnych scenkach zamień się rolami.

Po zakończeniu odgrywania ról należy je szczegółowo omówić. Terapeuci powinni pochwalić skuteczne zachowania ukazane przez pacjentów i przedstawić, konkretną, konstruktywną krytykę.

„Świetnie, jak Pan się z tym czuł? Zauważyłem, że spojrzał mi Pan prosto w oczy i głośno powiedział „nie”; wspaniale! Zauważyłem również, że zostawił Pan otwartą furtkę na przyszłe oferty mówiąc, że przestał Pan używać „na chwilę.” Spróbujmy jeszcze raz, lecz tym razem trochę inaczej, w sposób taki, żeby było jasne że nigdy więcej nie chce Pan, żeby Joe oferował Panu narkotyki”.

Odpowiedź pasywna, agresywna i asertywna

Często zdarza się, że scenki ukazują braki w zrozumieniu i niskie poczucie komfortu w asertywnym odmawianiu. W takich przypadkach należy zweryfikować i ćwiczyć asertywne odmawianie podczas kolejnej sesji. Monti i in. (1989) przedstawili wskazówki, jak w skuteczny sposób podejść do tej kwestii.

Kluczowe obszary do dalszego zweryfikowania obejmują zdefiniowanie asertywności, określenie różnic pomiędzy stylami reagowania (odpowiadanie pasywne, agresywne, asertywne) język ciała i sygnały niewerbalne oraz przewidywanie negatywnych konsekwencji.

Przypomnij pacjentom o zakończeniu terapii

Od około szóstego tygodnia terapii, terapeuci powinni zacząć przypominać pacjentom o ograniczonym czasie trwania leczenia, i w niektórych przypadkach, zaczynać każdą sesję od podkreślenia „zostało nam XX ty-

godni wspólnej pracy”. Do pomocnych metod należały przedyskutowanie lub przeformułowanie zakończenia terapii jako potencjalnej sytuacji wysokiego ryzyka. Pojawienie się nawrotów i innych symptomów to typowe zjawiska, które występują w ostatnich tygodniach leczenia i mogą zostać zinterpretowane w tym kontekście (mogą też ukazać się nowe problemy).

Kiedy zbliża się okres zakończenia terapii, należy poprosić pacjentów, aby zobrazowali każdą sytuację wysokiego ryzyka, w której mogą się znaleźć po zakończeniu leczenia. Praca nad takimi wyobrażeniami różnych sytuacji wysokiego ryzyka przyczynia się do określenia strategii radzenia sobie na ostatnie tygodnie leczenia oraz sprawia, że pacjenci czują się bardziej komfortowo i pewnie odnośnie możliwości zakończenia leczenia.

Ćwiczenie praktyczne

Praktycznie ćwiczenia dla tej sesji obejmują stworzenie mapy dostępności kokainy oraz strategie ograniczania dostępności (dodatek nr. 6). Ponadto, pacjenci uczą się odmawiania innym osobom wspólnego przyjmowania kokainy (dodatek nr.7)

Dodatek nr. 6: Radzenie sobie z dostępnością

Określ źródła kokainy i zapisz co możesz zrobić, aby ograniczyć jej dostępność (na przykład, ludzie którzy mogą Ci oferować kokainę, miejsca gdzie możesz ją dostać).

Źródło	Kroki, które zamierzam podjąć w celu ograniczenia dostępności

Dodatek nr. 7: Umiejętności odmawiania kokainy

Wskazówki pomocne w odmawianiu przyjmowania kokainy:

- Powiedz pierwszy „nie”.
- Nawiąż kontakt wzrokowy.
- Poinformuj osobę, żeby przestała oferować Ci kokainę.
- Nie obawiaj się wyznaczania granic.
- Nie pozostawiaj otwartej furtki na przyszłe oferty (np. nie dzisiaj).
- Pamiętaj o różnicy między asertywnym, pasywnym i agresywnym reagowaniem

Osoby, które mogą oferować mi kokainę	Co im odpowiem
Przyjaciół z którym używałem:	
Kolega/koleżanka z pracy:	
Na imprezie:	

Źródło: Monti i in., 1989.

Temat 4: Pozornie nieistotne decyzje

Zadania

- Zrozumienie pojęcia Pozornie Nieistotnych Decyzji i ich związku z sytuacjami wysokiego ryzyka
- Rozpoznawanie przykładów Pozornie Nieistotnych Decyzji
- Ćwiczenie podejmowania bezpiecznych decyzji

Cele sesji

W miarę przebiegu leczenia, bez względu na wszelkie starania, pacjenci będą doświadczać sytuacji wysokiego ryzyka związanych z kokainą. Niektóre sytuacje są poza kontrolą osoby uzależnionej. Na przykład, z powodu niewystarczających środków finansowych osoba nie może wyprowadzić się z dzielnicy, w której kokaina jest szeroko dostępna.

Inny rodzaj sytuacji, które są postrzegane jako będące poza kontrolą dotyczą zachowań określonych przez pacjentów. Pozornie Nieistotne Decyzje (Marlatt & Gordon, 1985) odnoszą się do decyzji, racjonalizacji i minimalizacji ryzyka, które stawiają pacjentów w sytuacjach wysokiego ryzyka, mimo że mogą wydawać się niezwiązane z używaniem kokainy.

Praca nad tymi pozornie nieistotnymi decyzjami podkreśla poznawcze aspekty terapii.. Pacjenci odnoszący największe korzyści z tego procesu to zwykle osoby o niezaburzonych funkcjach poznawczych oraz posiadający zdolność do refleksji nad swoim życiem poznawczym i emocjonalnym. Niniejsza sesja jest szczególnie pomocna dla osób, które mają problemy z rozważaniem swoich zachowań i ich konsekwencji. Są to osoby ze szczerkowymi objawami ADHD, mające cechy antyspołeczne lub przejawiające trudności w kontrolowaniu popędów. Osoby te mogą dłużej przyswajać tę część materiału sesji, ale zwykle jest on przez nich wysoko ceniony.

Cele tej sesji:

- Zrozumienie Pozornie Nieistotnych Decyzji i ich związku z sytuacjami wysokiego ryzyka.
- Rozpoznawanie przykładów Pozornie Nieistotnych Decyzji.
- Ćwiczenie bezpiecznego podejmowania decyzji.

Kluczowe Interwencje

Zrozumienie pozornie nieistotnych decyzji

Kluczowym zadaniem dla terapeutów jest nauczanie pacjentów rozpoznawania i przerywania łańcucha Pozornie Nieistotnych Decyzji, które prowadzą do używania narkotyku. Mimo że możliwe jest przerwanie takiego łańcucha na każdym jego etapie przez użyciem narkotyku, trudności mogą pojawić się w końcowym etapie, kiedy pacjenci mogą znaleźć się w sytuacji umożliwiającej dostęp do kokainy i gdzie występuje dużo warunkowych sygnałów. Dlatego też należy uczyć pacjentów zauważania decyzji, które zwykle są podejmowane na początku łańcucha, gdzie ryzyko, głód narkotykowy oraz dostępność kokainy są stosunkowo niskie.

Pacjenci uczą się rozpoznawać subtelne i czasem bolesne stany emocjonalne (np. znudzenie czy samotność), które zwykle zwalczają kokainą. Często dotyczy to zapoznawania pacjentów z ich zniekształceniami poznawczymi (np. racjonalizacja, zaprzeczanie) tak, aby po ich rozpoznaniu mogły stać się sygnałami do zwiększenia czujności pacjenta.

Niektóre zniekształcenia są dość powszechne, na przykład: - „Poradziłbym sobie będąc w barze”. Z kolei inne w większym stopniu odzwierciedlają styl poznawczy pacjentów. Na przykład, jeden pacjent miał tendencję do projekcji swoich myśli na innych. Przy opisie nawrotu, podczas którego pacjent spotkał kolegę z kokainą przy sobie, pacjent stwierdził „Przyłapałem go na chwili słabości”. Inny pacjent przedstawiając nawrót, opisywał różne myśli, których doświadczył przed znalezieniem się w dzielnicy, w której mieszka jego były diler i gdzie pacjent zwykle używał kokainę. Stwierdził, że wcześniej pomyślał: „Muszę iść do piekarni”, która „przypadkiem” znajdowała się w obszarze wysokiego ryzyka, lecz której wcześniej nie skojarzył z chęcią sięgnięcia po narkotyk. Terapeuta zaznaczył, że użycie zwrotu „Muszę...” jest bardzo bliskie z doświadczaniem głodu narkotykowego. W tym przypadku pacjent ponownie może zauważyć, że „zmusza” siebie do robienia pewnych rzeczy, które mogą prowadzić do podjęcia ryzykowanych działań lub do miejsc o wysokim ryzyku.

Kolejną odmianą tego zjawiska jest sytuacja, w której pacjent sygnalizuje terapeutce, że „musi” wziąć „teraz trochę wolnego”, „iść na imprezę, spędzić czas z „określonymi przyjaciółmi, którzy używają narkotyków, itd. Umożliwia to terapeutom zbadanie realnego związku między potrzebą zaangażowania się w takie działania a potrzebą zażycia kokainy przez pacjenta.

Pozornie Nieistotne Decyzje są rozwiązywane poprzez zastosowanie określonego schematu - „rozpoznaj, uniknij i poradź sobie”. Dokładniej rzecz biorąc, dotyczy on rozpoznania przez pacjenta Pozornie Nieistotnych Decyzji i myśli, które im towarzyszą, unikania ryzykownych decyzji oraz radzenia sobie w sytuacjach wysokiego ryzyka.

„Opowiem Panu historię o osobie, która podjęła kilka Pozornie Nieistotnych Decyzji”, i które doprowadziły ją do sytuacji wysokiego ryzyka, co ostatecznie skończyło się nawrotem. W czasie opowiadania historii, proszę spróbować wyłapać decyzje, które osoba podejmowała po drodze, i które uczyniły ją bardziej podatną na używanie kokainy. Oto historia:

Joe, który utrzymywał abstynencję przez kilka tygodni, wracał do domu nocą. Tej samej nocy jego żona wyjechała do teściów. Po drodze, na skrzyżowaniu zamiast skręcić w prawo, skręcił w lewo żeby nacieszyć się „widokami na drogach”. Po drodze, przejechał koło baru, w którym często przebywał i gdzie kupował oraz używał kokainę. Jako że tego dnia była gorąco, zdecydował się zatrzymać na szklankę coli. Będąc w barze, zadecydował, że ponieważ ma problem z kokainą, szklanka piwa na pewno nie zaszkodzi. Po dwóch piwach, wpadł na kolegę, który „przypadkiem” miał przy sobie gram kokainy. Skończyło się to nawrotem.

„Jak Pan myśli, w którym momencie Joe po raz pierwszy wpadł w kłopoty lub „pomyślał” o użyciu kokainy? Najważniejszą kwestią w łańcuchach decyzji prowadzących do użycia kokainy jest to, że dużo łatwiej jest je zatrzymać na samym początku. Im dalej od kokainy, tym łatwiej jest zatrzymać proces decyzyjny. Trudniej jest na końcu, gdy już jest się blisko użycia kokainy i pojawia się głód.

„Jak Pan sądzi, co Joe mógł powiedzieć do siebie, w momencie kiedy skręcił w lewo, żeby podziwiać widoki na drodze? Często ludzie, którzy podejmują Pozornie Nieistotne Decyzje potrafią przyłapać siebie na określonym sposobie myślenia - takie myśli, jak „muszę to zrobić” lub „naprawdę powinienem pojechać tą drogą” lub „muszę zobaczyć to i tamo, ponieważ...” Kończy się to na racjonalizacjach, namawianiu siebie na użycie kokainy pomimo braku wstępnych zamysłów. Zauważyłem, że czasami namawia Pan sam siebie do znalezienia się w sytuacjach wysokiego ryzyka mówiąc sobie, że taka sytuacja jest bezpieczna a tak naprawdę może być zupełnie inaczej, jak w sytuacji gdy wmówił Pan sobie ostatnim razem, że przechadzka po parku z przyjaciółmi jest bezpieczna. Czy mógłby Pan podać jakiś inny przykład, kiedy namówił Pan siebie na znalezienie się w sytuacji wysokiego ryzyka?”

Określ przykłady z życia pacjenta

Należy zachęcać pacjentów do nawiązania do ostatniego przykładu z ich łańcucha Pozornie Nieistotnych Decyzji.

„Czy może Pan przytoczyć własną historię nawrotu?”

„Przyjrzymy się tej historii nieco bliżej, proszę spróbować określić miejsca, w których podjął Pan ryzykowne decyzje, co Pan wtedy sobie wmawiał oraz jak mógłby Pan przerwać łańcuch zanim znalazł się Pan w parku.”

Ćwicz bezpieczne podejmowanie decyzji

Terapeuci powinni kłaść nacisk na pojęcie bezpiecznego podejmowania decyzji.

„Kolejną ważną rzeczą do zapamiętania przy Pozornie Nieistotnych Decyzjach jest to, że można zacząć ćwiczyć rozpoznawanie tych wszystkich małych decyzji, które są podejmowane codziennie. Ćwiczenie myślenia o bezpiecznych konsekwencjach decyzji w zestawieniu z ryzykownymi konsekwencjami sprzyja mniejszej podatności na sytuacje wysokiego ryzyka”.

„Powracając do historii Joe, jakie Pozornie Nieistotne Decyzję popełnił i jaka decyzja mogła być bezpieczniejsza?”

„Przyjrzyjmy się wspólnie kilku sytuacjom, które przydarzyły się Panu w ostatnim tygodniu i spróbujmy rozważyć bezpieczne oraz ryzykowne decyzje.”

Niektóre Pozornie Nieistotne Decyzje są powszechne wśród kokainistów.

- Picie alkoholu, palenie marihuany, używanie innych narkotyków
- Posiadanie alkoholu w domu
- Niepozbywanie się kokainy lub przyrządów służących do używania kokainy
- Uczestniczenie w imprezach, na których kokaina lub alkohol mogą być dostępne
- Przebywanie z osobami, które nadużywają kokainę
- Używanie kokainy w tajemnicy przez rodziną
- Nieinformowanie nadużywających kokainę kolegów o decyzji o zaprzestaniu używania
- Niewypełnianie wolnego czasu
- Brak zaplanowanego czasu nocami lub podczas weekendów
- Przepracowywanie się, stres

Ćwiczenie praktyczne

Ćwiczenie praktyczne dla tej sesji obejmują obserwowanie przez pacjenta przez kilka dni podjętych decyzji oraz klasyfikowanie ich do bezpiecznych lub ryzykownych (dodatek nr.8). Należy przypomnieć pacjentom, że terapia się wkrótce skończy, i że niedługo będą samodzielnie stosować nabyte umiejętności.

Dodatek nr. 8: Pozornie nieistotne decyzje

Podejmując decyzję, małą bądź dużą, wykonaj poniższe rzeczy:

- Weź pod uwagę wszystkie możliwości.
- Pomyśl o wszystkich konsekwencjach, zarówno pozytywnych jak i negatywnych, dla każdej z możliwości
- Wybierz jedną z możliwości. Wybierz jakąś bezpieczną decyzję, która ogranicza ryzyko nawrotu.
- Uważaj na sygnały „ostrzegawcze” - myśli takie jak „Muszę...” lub „Nie zaszkodzi raz....”, „Nic takiego się nie stanie jeśli....”

Ćwicz monitorowanie decyzji (małych i dużych) , które podejmujesz w codziennym życiu, i zapisz bezpieczną lub ryzykowną alternatywę.

Decyzja	Bezpieczna alternatywa	Ryzykowna alternatywa

Źródło: *Monti i in., 1989.*

Temat 5: Uniwersalny Plan radzenia sobie

Zadania:

- Przewidywanie przyszłych sytuacji wysokiego ryzyka.
- Opracowanie osobistego, ogólnego planu radzenia sobie

Cele Sesji

Pomimo starań podjętych przez pacjentów, czasami pojawiają się rozmaite, nieprzewidywalne okoliczności doprowadzające do sytuacji wysokiego ryzyka. Dotyczą one często kluczowych, negatywnych, stresujących zdarzeń lub kryzysów, takich jak śmierć, choroba bliskiej osoby, obecność wirusa HIV, utrata pracy, utrata ważnej relacji, itd. Z drugiej strony, pozytywne zdarzenia mogą również prowadzić do sytuacji wysokiego ryzyka, na przykład otrzymanie dużej sumy pieniędzy lub rozpoczęcie nowego, intymnego związku. Ze względu na to, że takie zdarzenia mogą wystąpić w każdej chwili, w trakcie lub po zakończeniu leczenia, pacjenci są zachęcani do stworzenia planu awaryjnego, którego mogą użyć w przypadku pojawienia się takich zdarzeń.

Cele tej sesji to:

- Przewidywanie przyszłych sytuacji wysokiego ryzyka.
- Skonstruowanie spersonalizowanego, uniwersalnego planu radzenia sobie

Kluczowe interwencje

Przewidywanie sytuacji wysokiego ryzyka

Terapeuci powinni zaznaczyć, iż pomimo tego, że pacjenci rozpoznają, unikają i radzą sobie z sytuacjami wysokiego ryzyka, życie bywa nieprzewidywalne, i nie wszystkie sytuacje udaje się do końca przewidzieć. Kryzysy, negatywne czynniki stresogenne lub nawet pozytywne zdarzenia mogą doprowadzić do sytuacji wysokiego ryzyka.

Terapeuci powinni zachęcić pacjentów do zastanowienia się nad trzema lub czterema ważnymi stresogennymi czynnikami, które mogą się pojawić w przeciągu kolejnych kilku miesięcy oraz nad ich reakcjami

na dane czynniki. Następnie należy rozważyć, co mogłoby zachwiać ich zaangażowanie w abstynencję. Dla każdej z tych sytuacji lub okoliczności, terapeuci i pacjenci powinni zbudować konkretne plany radzenia sobie.

Opracuj plan radzenia sobie

Pacjenci w sytuacjach stresujących są szczególnie narażeni oraz bardziej skłonni do powrotu do starych, znanych strategii radzenia sobie niż do stosowania zdrowszych, lecz mniej znanych strategii, które ćwiczyli podczas sesji. Ważne jest, aby próbować zbudować uniwersalną, „niezawodną” strategię radzenia sobie, która może być zastosowana w wypadku jakiegokolwiek bardziej znaczącego kryzysu. Strategia powinna obejmować poniższe punkty.

- Numery telefonów awaryjnych do osób bliskich, na których można polegać
- Lista negatywnych konsekwencji związanych z powrotem do używania
- Zbiór pozytywnych myśli, które mogą zastąpić ryzykowne myśli o kokainie
- Lista niezawodnych technik rozpraszających uwagę
- Lista bezpiecznych miejsc, w których pacjent może przetrwać kryzys, gdzie jest mało pokus (np. dom rodzinny lub u przyjaciela)

Ćwiczenie praktyczne

Ćwiczenie praktyczne dla tej sesji obejmuje przewidywanie kryzysów i reakcji oraz opracowanie **ogólnego planu radzenia sobie (dodatek 9)**. Przypomnij pacjentom, że leczenie wkrótce się skończy i że niedługo będą stosować te umiejętności samodzielnie.

Zapamiętaj, że kryzysy i problemy są częścią życia i nie zawsze udaje się ich uniknąć, lecz należy mieć na uwadze, że doświadczenie jakiegoś poważnego problemu to czas, w którym szczególnie należy uważać na nawrót choroby.

Jeżeli znajdę się w sytuacji wysokiego ryzyka:

1. Opuszczę miejsce, dokonam zmiany sytuacji. Bezpieczne miejsca, do których mogę się udać to:

.....
.....
.....

2. Odłożę na 15 minut decyzje o użyciu. Zapamiętam, że odczuwany przeze mnie głód narkotykowy zwykle przechodzi w ____ minut a poza tym radziłem/am sobie świetnie z głodem w przeszłości.

3. Rozpraszam siebie czymś, co lubię robić. Dobre techniki na rozpraszanie uwagi:

.....
.....
.....

4. Zadzwonię do osoby, które mnie wesprze:

Imię:

Imię:

Imię:

5. Przypomnę sobie o moich dotychczasowych osiągnięciach.

.....
.....
.....

6. Będę konfrontować moje myśli o używaniu zastępując je innymi pozytywnymi myślami:

.....
.....
.....

Źródło: Jaffee i in. 1998

Temat 6: Rozwiązywanie problemów

Zadania

- Wstęp do podstawowych kroków w rozwiązywaniu problemów
- Ćwiczenie umiejętności rozwiązywania problemów podczas sesji

Cele sesji

Z biegiem czasu zakres umiejętności radzenia sobie i rozwiązywania problemów u wielu pacjentów się zawęża do takiego stopnia, że kokaina i inne substancje stały się ich jedynym sposobem radzenia sobie z problemami. Wielu pacjentów jest nieświadomych problemów, kiedy się pojawiają aż do momentu, kiedy prowadzą do kryzysu. Pacjenci, którzy przejawiają impulsywny styl poznawczy lub którzy są przyzwyczajeni do wymyślania alternatywnych zachowań i konsekwencji, uważają materiał z tej sesji za szczególnie przydatny. Inni myślą, że posiadają wystarczające umiejętności rozwiązywania problemów, lecz kiedy rzeczywiście problem się pojawia, często reagują impulsywnie. Oznacza to, że ćwiczenie tych umiejętności podczas sesji jest bardzo ważne.

Sesja (Ten rozdział jest zapożyczony od Monti i in., 1989 i Kadden, i in., 1992 i Zurilla, Goldfried, 1971.) opisuje podstawową strategię, która może zostać zastosowana do szerokiego zakresu problemów związanych z nadużywaniem kokainy oraz do problemów, które pojawiają się niezwłocznie po zakończonym leczeniu. Pomimo złudzeń, że życie będzie łatwiejsze i wolne od problemów, po zaprzestaniu używania kokainy wielu pacjentów często dopiero zdaje sobie sprawę z problemów, które zaniedbali lub zignorowali zaraz po tym, jak stali się abstynentami.

Cele sesji:

- Zaprezentowanie lub weryfikacja podstawowych kroków w rozwiązywaniu problemów.
- Ćwiczenie umiejętności rozwiązywania problemów (podczas sesji).

Kluczowe interwencje

Przedstaw podstawowe kroki

Terapeuci informują, że każdy od czasu do czasu ma jakieś problemy i że z większością z nich można sobie poradzić w skuteczny sposób. Ponadto,

pomimo że jakiś problem może powodować lęk u danej osoby, skuteczne rozwiązywanie problemu wymaga czasu i koncentracji. Rozwiązanie wynikające z pierwszych, często impulsywnych reakcji niekoniecznie jest najlepsze.

Terapeuci powinni zweryfikować poniższe podstawowe kroki w rozwiązywaniu problemów,

- Rozpoznaj problem („Czy istnieje problem?”).
Problemy rozpoznać można na podstawie kilku sygnałów, które obejmują zmartwienie, złość, depresję; wytykanie problemów przez innych; bycie zatroskanym, oraz poczucie jest się w ciągłym kryzysie.
- Zidentyfikuj i określ problem („Co jest problemem?”).
Łatwiej jest rozwiązywać problemy, które są konkretne i dobrze zdefiniowane, niż te które są ogólne i nieokreślone. Przy rozwiązywaniu problemów ważne jest, aby większe, pozornie przytłaczające problemy próbować dzielić na mniejsze, wykonalne etapy.
- Rozważ różne podejścia do rozwiązania problemu („Co mogę zrobić żeby rozwiązać ten problem?”).
Skutecznym podejściem w rozwiązywaniu problemów jest burza mózgow. Polega ona na wygenerowaniu jak największej ilości rozwiązań bez zastawiania się na początku czy są dobre czy złe rozwiązania. Co ważniejsze, na początku należy skupić się bardziej na ilości rozwiązań niż na ich jakości. Zapisywanie tych pomysłów jest bardzo pomocne w przypadku, gdy pacjenci zechcą powrócić do listy tychże pomysłów w przyszłości. Należy mieć też na uwadze, że wstrzymanie się od podjęcia natychmiastowego działania jest również możliwym rozwiązaniem.
- Wybierz najbardziej obiecujące podejście („Co się stanie gdy...?”).
Kroki te dotyczą myślenia z wyprzedzeniem. Zweryfikuj dokładnie każde podejście, biorąc pod uwagę zarówno pozytywne jak i negatywne konsekwencje wszystkich rozwiązań. Kroki mogą również dotyczyć zbierania informacji i zweryfikowania, czy niektóre rozwiązania są wykonalne (np. „Czy mogę pożyczyć samochód Tomka, żeby nauczyć się na egzamin z prawa jazdy?”).
- Oceń skuteczność wybranego podejścia („Co się stanie, kiedy ja...?”).
Terapeuci mogą zasignalizować, że niektóre problemy łatwo się rozwiązuje, aczkolwiek inne bywają trudniejsze. Wówczas może zaistnieć potrzeba kilkukrotnego powtórzenia kroków zanim złożony problem zostanie rozwiązany.

Pacjenci szczególnie impulsywni powinni zapisać problem i wybrane podejście do problemu, aby nie zapomnieli kroków, gdy nadejdzie czas ich podjęcia.

Ćwicz umiejętności rozwiązywania problemów

Należy poprosić pacjentów, aby określili dwa niedawne problemy, jeden w dużym stopniu związany z używaniem kokainy, drugi w mniejszym. Następnie, należy wspólnie z pacjentami opracować kroki potrzebne do rozwiązania tych problemów. Zdarza się, że terapeuci muszą zasygnalizować pacjentom, żeby spokojnie przeanalizowali problemy, ponieważ niektórzy przejawiają trudności z tym zadaniem. Z drugiej strony, niektórzy pacjenci szybko wybierają rozwiązanie, ze względu na brak doświadczenia w przeprowadzaniu burzy mózgów czy trudności z uwzględnieniem alternatywnych rozwiązań.

Ćwiczenie praktyczne

Terapeuci instruuja pacjentów, aby ćwiczyli umiejętności rozwiązywania problemów poza sesjami posługując się **kartą rozwiązywania problemów (dodatek nr. 10)**. Przypomnij pacjentom, że terapia niedługo się skończy, i że będą stosować te umiejętności samodzielnie.

Kroki w procesie rozwiązywania problemów.

- „Czy istnieje problem?” Rozpoznaj czy problem istnieje. Nasze ciała wysyłają nam pewne wskazówki, nasze myśli, emocje, zachowania, sposób, w jaki reagujemy na innych oraz jak inni reagują na nas.
- „Co jest problemem?” Określ problem. Opisz problem możliwie najdokładniej, jak potrafisz. Rozłóż go na mniejsze części.
- „Co mogę zrobić?” Weź pod uwagę różne podejścia do rozwiązania danego problemu. Przeprowadź burzę mózgów, aby wygenerować jak najwięcej rozwiązań. Rozważ podjęcie działania w celu zmiany sytuacji i/lub zmiany sposobu myślenia o danej sytuacji.
- „Co się stanie, gdy...?” Wybierz najbardziej obiecujące podejście. Rozważ wszystkie negatywne i pozytywne aspekty każdego z możliwych podjęć i wybierz to, które najprawdopodobniej rozwiąże dany problem.
- „Co takiego się stało, że to podejście zadziałało? Oceń skuteczność wybranego podejścia. Czy po rzetelnym zastosowaniu tego podejścia problem został rozwiązany? Jeśli nie, weź pod uwagę co możesz zrobić by wzmocnić plan lub zrezygnuj z niego i spróbuj innego możliwego podejścia.

Wybierz problem, który nie ma oczywistego rozwiązania. Opisz go dokładnie. Użyj burzy mózgów do wypisania wszystkich możliwych rozwiązań. Oceń możliwości oraz ponumeruj je w preferowanej kolejności.

Określ problem:

.....
.....
.....

Zapisz wszystkie rozwiązania wygenerowane podczas burzy mózgów:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Źródło: Monti i in. 1989

Temat 7: Zarządzanie przypadkiem

Zadania

- Weryfikacja i zastosowanie umiejętności rozwiązywania problemów do rozwiązywania psychospołecznych problemów, które stanowią przeszkodę w leczeniu.
- Skonstruowanie konkretnego planu wsparcia w celu rozwiązania psychospołecznych problemów
- Monitorowanie i wspieranie wysiłków podjętych przez pacjentów podczas realizowania a planu

Cele sesji

Większość pacjentów rozpoczyna leczenie z wachlarzem współwystępujących psychospołecznych problemów, w połączeniu z problemami związanymi z nadużywaniem kokainy. Niektóre problemy łatwiej się analizuje i rozwiązuje kiedy pacjentom udaje się osiągnąć pewien poziom stabilnej abstynencji. Natomiast inne problemy, jeżeli nie zostaną poruszone podczas terapii często stanowią barierę udaremniając wysiłki pacjentów w osiągnięciu abstynencji. Dlatego też, aby zająć się tymi problemami, terapeuci powinni przyjąć zmodyfikowaną wersję podejścia „zarządzania przypadkami”.

W podejściu tym terapeuci nie pełnią roli adwokatów pacjentów poza sesjami. Zamiast tego stosują strategię rozwiązywania problemów *podczas* sesji, aby pomóc pacjentom w skontaktowaniu się i skorzystaniu z systemu opieki społecznej. Głównym zamiarem terapeutów jest zbudowanie poczucia własnej skuteczności u pacjentów w rozpoznawaniu i radzeniu sobie ze współwystępującymi problemami oraz korzystaniu z dostępnych instytucji opieki społecznej.

W tym celu, terapeuci powinni posiadać aktualną wiedzę na temat systemów wsparcia społecznego, typów usług dostarczanych przez różne organizacje, typów pacjentów obsługiwanych przez organizacje, wymogów kwalifikacyjnych, źródeł alternatywnych usług . Należy pomóc pacjentom w przekształceniu tych celów w realistyczny plan oraz wyznaczeniu kroków wymaganych do realizacji.

Cele niniejszego tematu to:

- Weryfikacja i zastosowanie umiejętności rozwiązywania problemów do rozwiązywania psychospołecznych problemów, które stanowią przeszkodę w leczeniu.
- Skonstruowanie konkretnego planu wsparcia w celu rozwiązania psychospołecznych problemów
- Monitorowanie i wspieranie wysiłków pacjentów podczas wykonywania planu

Kluczowe interwencje

Identyfikacja problemu

W początkowych etapach leczenia, terapeuci powinni zidentyfikować problemy, które mogą stanowić przeszkodę w leczeniu. Informacja przydatna w określaniu istotnych psychospołecznych problemów może pochodzić z wyników badań wstępnych, szczególnie ze Wskaźników Intensywności Uzależnienia *Addiction Severity Index* (McLellan i in. 1992)

Wyznaczanie celów

Terapeuci i pacjenci powinni wspólnie zidentyfikować i ustalić priorytety w stosunku do trzech lub czterech ważniejszych problemów, na których się skupią podczas leczenia oraz określić konkretne cele dla każdego z tych problemów (np. stabilnie miejsce zamieszkania do końca miesiąca, rozpoczęcie szkolenia zawodowego pod koniec sierpnia)., Z uwagi na fakt, że model ten jest stosowany w pracy z określonymi na początku problemami, terapeuci powinni również w razie potrzeby ustalić podstawowe kroki potrzebne w rozwiązywaniu problemów,

Określenie zasobów

Po określeniu celów, terapeuci i pacjenci powinni przeprowadzić burzę mózgów w celu wygenerowania możliwości i zasobów potrzebnych do rozwiązania każdego z docelowych problemów.

Określenie planu

Gdy problemy są określone i cele ustalone, należy rozpocząć pracę nad tworzeniem planu wsparcia, który jest konkretną strategią nakreślającą drogę, którą pacjenci będą podążać do osiągnięcia swoich celów. Plan wsparcia powinien zawierać, dla każdego celu, zapis określający z kim lub z którą instytucją należy się skontaktować, kiedy się skontaktować, jakie usługi lub wsparcie będzie potrzebne oraz jaki jest rezultat tego kontaktu. Plan wsparcia jest pewnego rodzaju organizatorem, porządkującym wysiłki pacjentów w uzyskiwaniu wsparcia od instytucji społecznych. Ponadto wpływa on również pozytywnie na zwiększenie poczucia własnej skuteczności u pacjentów.

Monitorowanie postępu

Pomimo że to pacjenci muszą ponosić główną odpowiedzialność za wywiązywanie się z planu i uzyskiwaniu pożądanego wsparcia społecznego, niezbędną rolą terapeutów jest monitorowanie ich wysiłków, co powinno odbywać się na każdej kolejnej sesji. Należy na to przeznaczyć pewien czas na początku kolejnych sesji (np., podczas pierwszych 20 minut). Podobnie, ostatnia część każdej sesji powinna być poświęcona na weryfikację kroków potrzebnych do realizacji planu wsparcia na kolejny tydzień.

Terapeuci powinni doceniać pacjentów za ich wysiłki w realizacji planów przejawiając entuzjazm i autentyczność. Nawet małe kroki powinny być dostrzegane jako znaczące i doceniane. Należy okazywać zaufanie, wiarę w to, że pacjenci z powodzeniem zrealizują swoje plany i zdobędą pożądane wsparcie społeczne. W tym umacniającym podejściu, terapeuci przyjmują, że pacjenci dysponują zasobami i umiejętnościami, aby uzyskać pożądane wsparcie, zarówno w trakcie leczenia jaki i po jego zakończeniu.

Terapeuta: „Jestem pod dużym wrażeniem, że udało się Panu załatwić miejsce w ośrodku pomocy społecznej. Wiem, że miał Pan duże wątpliwości co do tego, czy da Pan sobie radę ze spełnieniem wymagań kwalifikujących przyjęcia do ośrodka, ale wygląda na to, że wytrwał Pan pomimo tego, że Pan X kilkakrotnie Pana zbywał, zmieniając daty spotkań. Na pewno nie było łatwo, ale na prawdę się to Panu udało. Jak Pan się z tym czuje?

Pacjent: Tak jak Pan mówił, nie było łatwo, raz czy dwa chciałem ich ochrzanić, ale ciągle mówiłem sobie, że naprawdę potrzebuję bezpiecznego miejsca do mieszkania i że dam radę”.

Terapeuta: „Wygląda Pan na zadowolonego z siebie i powinien Pan być z siebie dumny. Umiejętność zaznajomienia się z systemem opieki społecznej jest ważną umiejętnością i widzę, że staje się Pan w tym coraz lepszy. Czy myślał Pan już o podjęciu następnego kroku?”

Ćwiczenie praktyczne

Ćwiczenie praktyczne na ten tydzień dotyczy przeglądanie planu wsparcia (**dodatek nr. 11**) i sprawozdania z powodzeń oraz trudności, jakich pacjenci doświadczyli podczas realizacji planu. Przypomnij pacjentom, że leczenie niedługo się zakończy i że będą stosować te umiejętności samodzielnie.

Cel 1

Jaki jest mój cel?

Z kim będę się kontaktować? (Numer telefonu, adres)

Kiedy będę się kontaktować?

O co będę się pytać?

Co osiągnąłem?

Cel 2

Jaki jest mój cel?

Z kim będę się kontaktować?(Numer telefonu, adres)

Kiedy będę się kontaktować?

Co osiągnąłem?

Cel 3

Jaki jest mój cel?

Z kim będę się kontaktować?(Numer telefonu, adres)

Kiedy będę się kontaktować?

Co osiągnąłem?

Cel 4

Jaki jest mój cel?

Z kim będę się kontaktować?(Numer telefonu, adres)

Kiedy będę się kontaktować?

Co osiągnąłem?

Temat 8: Zmniejszenie ryzyka zakażenia wirusem HIV

Zadania:

- Ocena ryzyka zakażenia pacjenta wirusem HIV i budowanie motywacji do zmiany ryzykownych zachowań
- Ustalanie celów potrzebnych do zmiany zachowania
- Pokonywanie barier hamujących redukcję ryzyka
- Udzielanie określonych wskazówek na temat ograniczenia ryzyka

Cele sesji

Ogólnie, osoby uzależnione od kokainy, wyłączając osoby dodatkowo używające opioidów, nie używają kokainy poprzez wstrzyknięcie jej roztworu dożylnie i dlatego też przejawiają małe ryzyko zakażenia wirusem HIV. Jednakże większości osobom uzależnionym od kokainy może grozić ryzyko zakażenia ze względu na uczestniczenie w niebezpiecznych zachowaniach seksualnych. W zależności od poziomu i rodzaju ryzyka zakażenia, oferuje się pacjentom dodatkowy trening na temat konkretnych działań ograniczających ryzyko zakażenia wirusem HIV.

Cele dla tej sesji:

- Oceń ryzyko pacjenta zakażenia wirusem HIV i zbuduj motywację do zmiany ryzykownych zachowań.
- Ustal cele do zmiany zachowania
- Rozwiąż problemy hamujące ograniczanie ryzyka
- Udziel specyficznych porad na temat ograniczenia ryzyka

Kluczowe interwencje

Oceń ryzyko

Terapeuci powinni pomóc pacjentom w zweryfikowaniu ich poziomu ryzyka i historii badań na obecność wirusa HIV. Przykładowe metody weryfikacji to dyskusja lub Kwestionariusz Ryzykownych Zachowań (HIV) (HIV Risk Behaviours Inventory, Metzger i in., 1992). Używając formalnego testu należy pamiętać o przedstawieniu pacjentom wyników w formie

pisemnej i przekazaniu im jednej kopii. Terapeuci powinni obserwować, w jaki sposób pacjenci reagują na wyniki, następnie przeanalizować dane reakcje i podjąć nad nimi pracę.

Pacjent: „Chyba nie zdawałem sobie sprawy z iloma osobami sypiałem, gdy byłem w ciągu”

Terapeuta: „Co Pan o tym sądzi?”

Strategia ta pogłębia świadomość ryzyka oraz zwiększa motywację do zmiany.

Zbuduj motywację do zmiany

Oceniając poziom ryzyka należy zastosować poniższe, strategie motywacyjne. (Miller i in., 1992).

- *Docień* wysiłki pacjenta („Wspaniale, że chce Pan być ze sobą szczerzy skłaniając się do bliższego przyjrzenia się swojemu poziomowi ryzyka”).
- *Przeformułuj* („Martwi się Pan swoim poziomem ryzyka, ale też nie widzi Pan siebie żyjącego w celibacie”).
- *Podążaj za oporem* („Spogląda Pan tutaj trochę za daleko w przyszłość. W tym momencie, próbujemy określić, gdzie się Pan znajduje w kontekście praktykowania wstrzykiwania narkotyku oraz ryzykownych zachowań seksualnych. Potem możemy porozmawiać o tym, co chce Pan z tym zrobić, jeżeli w ogóle chce Pan coś zrobić”).
- Zanalizuj konsekwencje działania oraz jego braku
- Przedstaw wolny wybór.
- Wywołuj język zmiany („Co Pan chce z tym zrobić”, ”Proszę mi powiedzieć, jak Pan myśli co trzeba zrobić by to zmienić”)

Ustal cele

Jeśli pacjenci są gotowi do zmiany, terapeuci pomagają im w wyznaczeniu realistycznych, konkretnych, ograniczających ryzyko celów związanych z życiem intymnym i/lub z przyjmowaniem narkotyku drogą dożylną (np. Chcę zacząć używać prezerwatyw w tym tygodniu”). Terapeuci powinni również zachęcić pacjentów do identyfikowania przeszkód hamujących redukcję ryzyka (np. „Wyznaczył Pan sobie dobre, realistyczne cele, które powinny znacząco obniżyć ryzyko zakażenia. Co może Panu przeszkodzić w realizacji tych celów?”). Przeszkody mogą dotyczyć problemów wynikających z rozmowy z partnerem na temat używania prezerwatyw, kontynuowania picia alkoholu, używania dożylnego, itd.

Pokonuj przeszkody

Terapeuci powinni zachęcać pacjentów do zastosowania umiejętności i strategii rozwiązywania problemów, poruszanych na wcześniejszych sesjach, do problemów, które mogą wystąpić podczas realizacji celów związanych z ograniczeniem ryzyka. Może to obejmować, na przykład, ćwiczenie asertywności w kontekście rozmów na temat używania prezerwatyw,

stosowanie dialogu wewnętrznego, aby kwestionować ambiwalencje co do używania prezerwatyw lub stosowanie strategii rozwiązywania problemów w celu wyjaśnienia związku pomiędzy ciągłym nadużywaniem kokainy a niebezpiecznymi zrachowaniami seksualnymi.

Podaj konkretne wskazówki

Terapeuci powinni udostępniać pacjentom informacje na temat ograniczenia ryzyka również w formie wydrukowanych materiałów informacyjnych. Materiały powinny uwzględniać kilka obszarów, w zależności od profilu ryzyka pacjentów.

- Wyjaśnienie koncepcji redukcji szkód i abstynencji
- Drogi zakażenia wirusem HIV, inne choroby przenoszone drogą płciową oraz gruźlica.
- Ryzyko związane z używaniem strzykawek.
- Procedury związane z oczyszczaniem ran po zastrzykowych
- Używanie prezerwatyw
- Badania na obecność wirusa HIV

Ćwiczenie praktyczne

Ćwiczenie praktyczne dla tej sesji dotyczy zastosowania **Tabeli Ograniczenia Ryzyka (dodatek nr. 12)** w celu wyjaśnienia i wyznaczenia celów związanych z ograniczaniem ryzyka zakażenia wirusem HIV.

Dodatek nr 12: Tabela ograniczenia ryzyka

Zmiany, których chcę dokonać:

Najważniejsze powody do zmian to:

Kroki, które planuję podjąć aby wprowadzić zmiany to:

Inne osoby mogą mi pomóc w następujący sposób:

Niektóre rzeczy, które mogą mi przeszkodzić w realizacji mojego planu to:

Sesja z osobą bliską

Zadania

- Zaproponowanie osobom bliskim możliwości zapoznania się z terapią pacjenta
- Analizowanie strategii, dzięki której osoby bliskie mogą pomóc pacjentom osiągnąć i utrzymać abstynencję

Cele sesji

Terapeuci mogą zezwolić pacjentom na zaproszenie bliskiej osoby z rodziny lub przyjaciela. Do uczestnictwa w max. dwóch sesjach TPB. Uczestnictwo tych osób ma na celu zwiększenie poziomu wsparcia społecznego.

Sesje z osobami bliskimi są przeprowadzane zgodnie z modelem poznawczo-behawioralnym. Terapeuci powinni pamiętać, że sesje mają określony cel i nie powinny przeistoczyć się w rodzinną czy małżeńską terapię.

Cele na tą sesję:

- Zaproponowanie osobom bliskim możliwości lepszego poznania metod terapii, w której uczestniczą pacjenci
- Tworzenie strategii, dzięki której osoby bliskie mogą pomóc pacjentom osiągnąć i utrzymać abstynencję.

Kluczowe interwencje

Planuj z wyprzedzeniem

Sesje z osobami bliskimi powinny być dokładnie zaplanowane z z wyprzedzeniem wspólnie przez pacjentów i terapeutów. Należy rozważyć trzy kluczowe kwestie:

- *Kto powinien uczestniczyć w sesji?* Wybierając osoby bliskie, pacjenci i terapeuci powinni skupić się na określeniu tego, która z osób bliskich nienadużywających substancji odurzających jest w stanie zaoferować najlepsze wsparcie pacjentowi (małżonek, partner, rodzice, rodzeństwo). Osoby bliskie nadużywające substancje odurzające prawdopodobnie nie będą w stanie dostarczyć znaczącego wsparcia pacjentom.

- *Jakie są cele sesji?* Jeżeli wyraźne cele nie są ustalone i przedstawione osobie bliskiej z wyprzedzeniem, sesje mogą przekształcić się w przywoływanie dawnych żalów i krzywd, zamiast planowania pozytywnej zmiany.
- *W jaki sposób osoba bliska może udzielić wsparcia?* Wskazane jest, aby pacjenci myśleli z wyprzedzeniem o tym jakie wsparcie chcieliby otrzymać od osoby bliskiej. Forma wsparcia powinna być określona przez pacjentów w sposób konkretny i klarowny.

Udział informacji / Wyznacz Cel

Terapeuci zwykle zaczynają taką sesję od przywitania osoby bliskiej, podziękowania jej za przybycie i zaoferowanie wsparcia pacjentowi. Terapeuci nakreślają podstawowe zasady sesji i ponownie przywołują cele. Należy przeznaczyć wystarczającą ilość czasu na odpowiadanie osobom bliskim na pytania związane z leczeniem.

Niektóre osoby bliskie traktują sesję jako możliwość do poskarżenia się, wyrażenia złości oraz braku zaufania w stosunku do pacjenta. Niemniej jednak, kontrolowane przez terapeutę „dawanie upustu emocjom” osobom bliskim może korzystnie wpłynąć na motywację pacjenta do zmiany. (np. „Jakich zmian chciałaby Pani aby Kris dokonał?” Co Panią niepokoi jeśli chodzi o używanie kokainy przez Krisa“?). Z drugiej strony terapeuci nie powinni zezwalać na destruktywną krytykę czy „rozgrzebywanie starych ran”. W takiej sytuacji, skupienie uwagi pacjentów i osób bliskim na cele sesji jest bardzo pomocne.

„Wygląda na to, że używanie kokainy przez Krisa niepokoiło Panią przez jakiś czas; zaszkodziło to finansom rodzinnym, doprowadziło do utraty zaufania. Chciałbym teraz spędzić trochę czasu rozmawiając o określonych zmianach, których chcielibyście dokonać, żeby Krisowi było łatwiej utrzymać abstynencję i żeby wasz związek sprawiał Wam więcej radości.

Określ strategię

Na wstępie do przeanalizowania tego, jak osoby bliskie mogą wesprzeć pacjentów w ich staraniach w osiąganiu abstynencji, terapeuci powinni spędzić trochę czasu na opisanie modelu poznawczo-behawioralnego, co tym samym nakreśli strukturę sesji. Wówczas, terapeuci powinni opisać sposoby oferowania wsparcia przez osoby bliskie. Mogą one obejmować:

- Podwożenie pacjentów do i z miejsca terapii.
- Pomoc w redukowaniu sygnałów środowiskowych prowadzących do nadużywania kokainy i innych substancji.
- Angażowanie się we wspólne przyjemne aktywności w ramach nagrody za utrzymanie trzeźwości i zmianę zachowania.
- Oferowanie wsparcia, rozmowy, kiedy doświadczają głodu narkotykowego lub myślą o użyciu kokainy.

- Pomaganie pacjentom w układaniu konkretnego planu radzenia sobie w trudnych sytuacjach.
- Monitorowanie przyjmowania leków według zaleceń lekarza.

Pacjenci powinni być również przygotowani na prośby osób bliskich związane ze zmianą zachowania; zazwyczaj, na początku polegają one na utrzymywaniu abstynencji, ale mogą też dotyczyć innych rzeczy jak np. pomaganie w pracach domowych, prowadzeniu rachunkowości, itd. Prośby o zmianę powinny być wyrażone w sposób klarowny i konkretny (np. „Chciałabym spędzić z Tobą w spokoju przynajmniej 15 minut dziennie”, lub „Chciałabym, abyś popilnował dzieci przez jedną noc w tygodniu, żebym mogła odwiedzać moją mamę”).

Ćwiczenie praktyczne

Pacjent i osoba bliska powinni sporządzić umowę, w ramach której każda z osób określi pożądane zmiany w zachowaniu drugiej osoby.

Ostatnia sesja: Zakończenie

Zadania

- Weryfikacja celów i planu terapeutycznego
- Uzyskanie informacji zwrotnej od terapeutów na temat postępu w leczeniu pacjentów
- Uzyskanie informacji zwrotnej o najbardziej i najmniej pomocnych aspektach leczenia

Cele sesji

Główną funkcją ostatniej sesji jest dokonanie końcowej oceny leczenia.

- Zweryfikuj plan terapeutyczny i cele, określając obszary, w których cele pacjenta zostały zrealizowane i postęp został poczyniony, jak i również obszary, gdzie postęp nie był znaczący i dalsza praca będzie potrzebna.
- **Terapeuci** powinni udzielić informacji zwrotnej na temat postępu poczynionego przez pacjentów a w szczególności umiejętności i zasad, które zostały opanowane i które pacjenci mogą dalej kształcić.
- **Pacjenci** powinni udzielić informacji zwrotnej dotyczącej najbardziej i najmniej pomocnych aspektów leczenia, oraz obaw, które odczuwają odnośnie tego, co może się zdarzyć po zakończeniu leczenia.

Niektórzy pacjenci, którzy nie osiągnęli stabilnej abstynencji, powinni być zachęceni do kontynuowania leczenia w ośrodkach stacjonarnych lub punktach ambulatoryjnych.

Dodatek A: Wybór terapeutów, szkolenia i superwizja

Odpowiednie szkolenia oraz superwizja zapewniają różnorodnej grupie terapeutów skuteczne stosowanie TPB. Ze względu na fakt, iż niniejszy podręcznik koncentruje się na określonych technikach poznawczo-behawioralnych oraz nie obejmuje podstawowych umiejętności klinicznych, spełnienie poniższych wymagań jest rekomendowane.

- Tytuł magistra (lub jego odpowiednik) psychologii, poradnictwa, nauk społecznych, lub innych powiązanych dziedzin.
- Przynajmniej 3 lata doświadczenia w pracy z osobami uzależnionymi.
- Podstawowa znajomość i zaangażowanie w stosowanie podejścia poznawczo-behawioralnego.

Szkolenie terapeuty

Podobnie jak zostanie wykwalifikowanym chirurgiem poprzez czytanie podręcznika z chirurgii jest niemożliwie, tak samo przeglądanie niniejszego podręcznika jest niewystarczające dla terapeuty, aby skutecznie stosował strategie i techniki TPB w badaniach lub praktyce klinicznej. Odpowiednie szkolenie terapeuty poznawczo-behawioralnego w leczeniu uzależnienia od kokainy wymaga ukończenia seminarium dydaktycznego oraz zrealizowania co najmniej dwóch przypadków na superwizji.

Seminarium dydaktyczne

Seminarium Dydaktyczne zazwyczaj trwa od 2 dni do tygodnia, w zależności od poziomu doświadczenia terapeutów. Seminarium obejmuje przegląd podstawowych teorii i technik poznawczo-behawioralnych, omówienie niniejszego podręcznika temat-po-temacie, oglądanie filmów z przykładami realizacji terapii, ćwiczenia praktyczne, w tym odgrywanie scenek z podziałem na role, dyskusje na temat studium przypadku oraz omawianie strategii dla trudnych lub wymagających przypadków.

Przypadki szkoleniowe objęte superwizją

Przypadki szkoleniowe objęte superwizją umożliwiają terapeutom wypróbowanie podejścia poznawczo-behawioralnego i dostosowanie dotychczasowego podejścia do wskazówek niniejszego podręcznika. Ilość przypadków szkoleniowych różni się w zależności od doświadczenia i poziomu umiejętności terapeuty. Dla bardziej doświadczonych terapeutów

osiągnięcie wysokiego poziomu kompetencji to kwestia analizy zazwyczaj jednego bądź dwóch przypadków.. Mniej doświadczeni terapeuci ogólnie potrzebują przeanalizowania dwóch lub czterech przypadków objętych superwizją.

Każda sesja może być nagrywana i przekazywana superwizorowi. Superwizor powinien:

- Przejrzeć każdą sesję.
- Wypełnić formularz oceniający zastosowanie się terapeuty do wskaźników TPB i określający kompetencje przy realizacji terapii podczas sesji.
- Udzielić terapeutce 1 godzinnej indywidualnej superwizji.

Sesje superwizyjne są ustrukturyzowane pod kątem dostosowania się do zaleceń TPB oraz kompetencji terapeutycznych. Superwizor analizuje momenty skutecznej terapii oraz obszary wymagające poprawy.

Ocena terapeutów

Terapeuci i superwizorzy powinni wypełnić formularze oceniające dostosowanie się do TPB po każdej przeprowadzonej lub obejranej sesji (dodatek nr. 13 i 14), co zapewni wymierną podstawę do oceny realizacji programu TPB przez terapeutę. Formularze składają się z pozycji (wg. skali Likerta), które obejmują zakres kluczowych interwencji (np. weryfikacja zadań domowych, trening umiejętności).

Lista kontrolna terapeuty

Lista kontrolna terapeuty służy do oceny strategii i interwencji modelu poznawczo behawioralnego, które terapeuta zrealizował na danej sesji oraz oceny stopnia, w jakim zostały one zastosowane. Główne zastosowanie listy kontrolnej:

- Przypomina terapeutce na każdej sesji, o kluczowych składnikach TPB.
- Wspomaga dostosowanie się terapeuty do programu sesji TPB i tematów poprzez samo-observację.
- Stanowi podstawy superwizji jako że terapeuci mogą z łatwością zauważyć, następnie wspólnie z superwizorem zweryfikować problemy z zastosowaniem danej strategii lub interwencji w konkretnym przypadku.
- Stanowi przydatne źródło informacji o interwencjach, które zostały oraz nie zostały zastosowane podczas sesji z danym pacjentem. Na przykład, można stworzyć mapę sesji, zawierającą kolejność i intensywność interwencji TPB zastosowanych w pracy z różnymi typami pacjentów.

Skala oceny

Wersja przeznaczona dla superwizora, w porównaniu do wersji formularza skali oceny (Skala Oceny TPB) dla terapeuty, dodatkowo pozwala ocenić umiejętności dla każdej pozycji. Zatem, przy każdej interwencji ocenia się zarówno jakość jak i ilość. Skala ta jest niezbędną częścią szkolenia.

- Stanowi ustrukturyzowaną informację zwrotną dla terapeuty i jest podstawą do przeprowadzania superwizji.
- Stanowi metodę określania tego, czy terapeuta jest gotowy do uzyskania certyfikatu wymaganego do stosowania leczenia.
- Umożliwia superwizorowi monitorowanie i korekcję błędów popełnianych przez terapeuta przy realizacji programu.
- Dla terapeutów, którzy mają problemy z odpowiednim zastosowaniem się do wskazówek podręcznika, ale którzy utrzymują, że stosują się do wskazówek, podkreślanie różnic między skalą a listą kontrolną jest przydatną strategią przy dostosowywaniu się do zaleceń podręcznika.

Nie wymaga się, aby wszystkie pozycje formularza ocen zostały szczegółowo wypełnione dla wszystkich sesji. Jednakże, pozycje 3-11 odzwierciedlają niezbędne elementy TPB, które powinny zostać uwzględnione podczas większości sesji.

Procedura certyfikacji terapeutów

Otrzymanie certyfikatu zezwalającego na stosowanie programu terapii przy niskim poziomie superwizji jest możliwe jedynie w sytuacji, gdy superwizor potwierdza, że terapeuci z powodzeniem zaliczyli wymaganą ilość materiału szkoleniowego. Obiektywnym kryterium dostosowania się do materiału programu jest uzyskanie oceny 3 lub wyższej z kluczowych pozycji TPB (pozycje 3-11) oraz nie niższej niż 4 dla każdej ze skal zawierającej elementy TPB.

Po uzyskaniu certyfikatu, poziom dostosowania się terapeuty do programu TPB jest szczegółowo monitorowany za pomocą Skali Oceny TPB. W przypadku, gdy terapeuci nie stosują w wystarczającym stopniu wskazówek z niniejszego podręcznika, superwizorzy zwiększają częstotliwość superwizji aż do uzyskania przez terapeutów zadowalającego poziomu.

Bieżąca superwizja

Poziom i intensywność bieżącej superwizji jest odzwierciedleniem doświadczenia i umiejętności terapeuty jak również czasu przeznaczonego na superwizję. Minimalna ilość spotkań podczas bieżącej superwizji dla doświadczonego terapeuty wynosi raz w miesiącu, natomiast mniej doświadczonemu terapeutcie zaleca się superwizję raz na tydzień. Ponadto, superwizorzy powinni weryfikować i oceniać, używając Skali Oceny TPB, jedną lub dwie losowo wybrane sesje jednego pacjenta.

Sesje superwizyjne powinny obejmować ogólny przegląd aktualnych przypadków, dyskusje nad trudnościami przy realizacji programu TPB również w kontekście ostatnich ocen superwizora. Przynajmniej jedna na dwie sesje superwizyjne powinna dotyczyć przeglądu nagrań video sesji gdzie zarówno terapeuta jak i pacjent są obecni.

Wskazówki

Superwizja jest najbardziej skuteczna, jeżeli spełnione zostaną poniższe warunki.

- Odbywa się o stałych porach, w stałym miejscu.
- Cele superwizji są jasno sformułowane. Role uczestnika superwizji i superwizora są ściśle określone.
- Procedury stosowane przy ewaluacji terapeuty są jasno określone
- Informacja zwrotna udzielona terapeucie jest konkretna i klarowna.

„Kiedy opisywał Pan przypadek nawrotu pacjenta X, sądziłem, że nie uzyskał Pan wystarczającej informacji, aby zrozumieć o co tak naprawdę tam chodziło. Na przykład, nie było to dla mnie jasne, co się działo na początku, ile pacjent używał, skąd brał kokainę oraz co się wydarzyło, że pacjent odzyskał kontrolę. Myślę, że powinien Pan bardziej szczegółowo przeprowadzać analizę funkcjonalną w każdym przypadku użycia narkotyku przez pacjenta.”

Typowe problemy podczas superwizji

Równowaga

Struktura każdej sesji TPB (zasada 20/20/20) ma na celu zintegrowanie treningu umiejętności ze skuteczną, wspierającą formą terapii, która zaspokoi potrzeby każdego pacjenta. Początkujący terapeuci, szczególnie Ci, którzy dysponują małym doświadczeniem w leczeniu osób uzależnionych lub nie są przyzwyczajeni do wysoce ustrukturyzowanej formy terapii, często pozwalają by sesje przebiegały w nieskoncentrowany sposób, bez jasnych celów, czy bez modyfikacji stylu terapeutycznego potrzebnego do skutecznego przeprowadzenia treningu umiejętności. Tacy terapeuci często zwlekają z przeprowadzeniem treningu do ostatnich minut sesji. Niestety, konsekwencją tego jest pośpiech, niedostateczne uwzględnienie ważnych elementów, niestosowanie przykładów z życia pacjentów, brak informacji zwrotnej od pacjenta, zaniedbanie weryfikacji ćwiczeń praktycznych.

Niektórzy terapeuci obciążają się ciągłymi kryzysami pacjentów związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych i tym samym nie poświęcają wystarczającej uwagi na trening umiejętności bądź nie stosują efektywnych strategii wspierania pacjentów w unikaniu lub zarządzaniu kryzysem. Skupianie się na kryzysach zwiększa lękliwość pacjentów i osłabia poczucie ich własnej skuteczności. Niemniej jednak, utrzymywanie względnie stałego schematu podczas sesji oraz równoważenie dyskusji na temat bieżących obaw ze skupianiem się na umiejętnościach i strategiach może być sposobem na skuteczne modelowanie przez terapeutę radzenie sobie w trudnych sytuacjach i rozwiązywania problemów

Z drugiej strony, niektórzy terapeuci zbyt ściśle, w sposób mało elastyczny stosują wskazówki dotyczące treningu umiejętności oraz innych wątków niniejszego podręcznika. Z obawy przed popełnieniem błędu prezentują

materiał z podręcznika mniej lub bardziej dosłownie i nie udaje im się dostosować go do określonych potrzeb, stylu radzenia sobie czy gotowości do zmiany danego pacjenta.

Na przykład, mimo że trening umiejętności wymaga znaczącej aktywności i zaangażowania ze strony pacjenta, niektórzy terapeuci rozpoczynają trening z pacjentami, którzy są wciąż wysoce ambiwalentni lub oporni na leczenie. Istotne jest, aby terapeuci mieli na uwadze, że podręcznik nie jest scenariuszem, lecz planem lub zbiorem wskazówek, które obrazują jasne cele i ogólną strukturę terapii. Dlatego też wymagane jest pełne zaznajomienie się z materiałem dydaktycznym, który terapeuci będą mogli aktywnie stosować i modyfikować do potrzeb każdego pacjenta. Z kolei, pacjenci nie powinni dowiedzieć się, że terapeuta stosuje materiał według instrukcji podręcznika.

Śpieszenie się z materiałem

Wiele koncepcji treningu umiejętności, chociaż wydają się jasne i logiczne, w rzeczywistości okazują się dość złożone szczególnie dla pacjentów, którzy przejawiają zaburzenia poznawcze, i mają postawioną podwójną diagnozę lub posiadają słabo rozwinięte podstawowe umiejętności radzenia sobie. Typowym błędem popełnianym przez wielu terapeutów jest to, że nie sprawdzają z pacjentami rozumienia materiału i tego, w jaki sposób może on być dostosowany do bieżących trudności czy obaw. Wówczas, sesje często przyjmują formę wykładu niż dialogu pomiędzy pacjentem a terapeutą. Idealnym rozwiązaniem przy każdym zaprezentowanym pojęciu jest zatrzymanie się i poproszenie pacjentów, żeby podali własny przykład lub opisali dane pojęcie własnymi słowami.

Nadmierne obciążanie pacjenta

Niektórzy terapeuci próbują prezentować każdemu pacjentowi wszystkie strategie radzenia sobie w kolejności ukazanej w niniejszym podręczniku. Dla wielu pacjentów jest to zbyt przytłaczające. Dobra znajomość jednej lub dwóch strategii radzenia sobie jest lepsza od powierzchownej znajomości kilku. Tym samym, jeżeli terapeuta prezentuje zbyt dużą ilość materiału ogranicza przez to czas przeznaczony na ćwiczenia praktyczne.

Ogólnie, dobrą praktyką jest rozpoczęcie od zaprezentowania jednej ze strategii radzenia sobie, którą pacjent już stosuje, a następnie wprowadzenie jednej lub dwóch dodatkowych strategii, które są spójne ze stylem radzenia sobie pacjenta. Co więcej, nowe strategie radzenia sobie mogą zostać wprowadzone w czasie dwóch sesji.

Niejasne strategie

Terapeuci powinni próbować nauczać pacjentów ogólnych strategii używając określonych przykładów. Aczkolwiek, niektórzy terapeuci co praw-

da stosują strategie radzenia sobie, ale niewystarczająco skutecznie komunikują, jakie podstawowe strategie się za nimi kryją. Na przykład, mogą skutecznie nauczać pacjentów strategii rozwiązywania problemów, ale bez sprecyzowania kroków potrzebnych do rozwiązywania problemów lub bez upewnienia się że pacjenci rozumieją pojęcia. Niezbędne jest, aby terapeuci używali przykładów do nauczania pacjentów ogólnych, bazowych strategii, ale równie ważne jest, aby strategia docelowa była jasna i zrozumiała.

Mało konkretne przykłady

Niektórzy terapeuci mało skutecznie komunikują podstawowe zasady, z kolei innym nie udaje się skutecznie wprowadzić materiału na temat radzenia sobie, gdyż nie posługują się przykładami opartymi na informacjach dostarczonych przez pacjenta aby zilustrować ich punkt widzenia. Terapeuci, którzy prezentują zaawansowane umiejętności stosują określone przykłady, aby w sposób naturalny przejść z rozmowy o bieżących problemach pacjenta do ćwiczenia umiejętności.

„Wcześniej wspominał Pan jak ciężko jest Panu poradzić sobie z Joe i z jego ciągłym używaniem, a dzisiaj pomyślałem, że moglibyśmy porozmawiać na temat niektórych sposobów skutecznego odmawiania. Co Pan na to?”

Co więcej, trening umiejętności powinien zostać przedstawiony jako dialog pomiędzy pacjentem a terapeutą, podczas którego terapeuta próbują przekazać wiadomość, „Mam tutaj coś, co może Panu pomóc poradzić sobie z tym, z czym Pan się teraz zmagasz.”

Bagatelizowanie ćwiczeń praktycznych

Chociaż większość pacjentów wykonuje ćwiczenia praktyczne i przez to osiągają lepsze rezultaty terapeutyczne, pewna grupa terapeutów nie przywiązuje należytej uwagi do ćwiczeń praktycznych. Przyjmuje to formę pobieżnej weryfikacji tego, czy zadanie zostało wykonane. Ponadto, prowadzi to do pośpiechu podczas sprawdzania zadań przez terapeutę, pozbawia kreatywności przy realizacji zadań oraz sprawia, że część praktyczna sesji staje się mało ważna. Często, odzwierciedla to niskie oczekiwania terapeuty wobec wykonania danego ćwiczenia przez pacjenta (i często, niskich oczekiwań wobec pozytywnych rezultatów terapii).

Weryfikacja zadanych ćwiczeń stanowi strukturę pierwszej części sesji i sygnalizuje, że ćwiczenia poza sesjami są ważne. Ogólnie rzecz biorąc, terapeuci, którzy wymagają od swoich pacjentów wykonania ćwiczeń poza sesjami sprawiają, że pacjenci to respektują. Ponadto, terapeuci i pacjenci nie są w żaden sposób ograniczeni do ćwiczeń sugerowanych przez niniejszy podręcznik. W prawdzie, korzystniej dla pacjentów jest, gdy wymyślają swoje własne zadania.

***Niestosowanie podręcznika
w pracy z trudnymi
pacjentami***

Wielu pacjentów przychodzi na leczenie z różnorodnością współwystępujących problemów. Terapeuci mogą czuć się przytłoczeni takimi problemami i mogą nie stosować się do zaleceń podręcznika starając się rozwiązywać wszystkie problemy pacjenta. W takich przypadkach terapeuci często przyjmują mniej ustrukturyzowane podejście zamiast zastosowania większej struktury.

Ogólnie rzecz ujmując, jeśli pacjent jest wystarczająco stabilny, aby pozostać w terapii ambulatoryjnej to metoda terapeutyczna opisana w tym podręczniku jest adekwatna nawet przy dość silnie zaburzonych pacjentach. TPB jest terapią krótkoterminową, która obejmuje główne właściwości skutecznego podejścia w leczeniu uzależnienia od kokainy.

- Wysoce ustrukturyzowane podejście do leczenia
- Ustalanie priorytetów do współwystępujących problemów
- Ograniczone zarządzanie przypadkiem
- Skoncentrowanie się głównie na osiągnięciu abstynencji

Badanie: Temat: Data:

Miejsce: Terapeuta: Tydzień: Sesja:

Odpowiedz na poniższe pytania w oparciu o minioną sesję.

1. Jakie temat(y) sesji poruszono w tym tygodniu?

- Wstęp do leczenia i TPB
- Radzenie sobie z głodem narkotykowym
- Budowanie motywacji i zobowiązania do zaprzestania używania
- Umiejętności odmawiania/asertywność
- Pozornie nieistotne decyzje
- Ogólny plan radzenia sobie
- Umiejętności rozwiązywania problemów
- Zarządzanie przypadkiem
- Ograniczenie ryzyka zarażenia wirusem HIV
- Sesja z osobą bliską
- Zakończenie terapii

2. Czy osoba bliska uczestniczyła w sesji?

- Tak (Zaznacz: małżonek/partner, rodzic, brat/siostra, przyjaciel, inny)
- Nie

KLUCZOWE POZYCJE: Zaznacz odpowiedni numer.

3. W jakim stopniu przedyskutowałeś/aś sytuacje wysokiego ryzyka, których pacjent doświadczył od momentu ostatniej sesji oraz w jakim stopniu zweryfikowałeś/aś zastosowane umiejętności radzenia sobie?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

4. Do jakiego stopnia starałeś/aś się nauczyć, modelować, powtarzać, weryfikować określone umiejętności lub o nich rozmawiać (np. odmawianie narkotyku, radzenie sobie z głodem narkotykowym, umiejętności rozwiązywania problemów)?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

4A. Ile minut, w przybliżeniu (średnio) było poświęconych na dyskusję na zaplanowany temat z podręcznika? minut.

5. Do jakiego stopnia zachęcałeś/aś pacjenta, aby przewidywał/a sytuacje wysokiego ryzyka, których może doświadczyć przed następną sesją i sformułował/a odpowiednie strategie radzenia sobie w tych trudnych sytuacjach?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

6. W jakim stopniu oceniłeś używanie przez pacjenta kokainy lub innych substancji psychoaktywnych od ostatniej sesji?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

7. *Ocena ogólnego funkcjonowania:* Do jakiego stopnia zbadałeś/aś ogólne funkcjonowanie pacjenta w ważniejszych obszarach życia (np. praca, związki intymne, życie rodzinne, życie towarzyskie)?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

8. *Zadania:* Do jakiego stopnia wyznaczyłeś/aś jeden lub więcej zadań pacjentowi pomiędzy sesjami?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

9. W jakim stopniu ocenileś reakcje pacjenta na zadanie z ostatniej sesji, zbadałeś/aś lub rozwiązałeś/aś trudności napotkane podczas wykonywania zadania, lub przedstawiłeś/aś racjonalne uzasadnienie zadania domowego, lub podkreśliłeś/eś zasadność wykonania dodatkowych ćwiczeń?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

10. Czy pacjent wykonał zadanie domowe z ostatniej sesji?

- Nie, nie próbował
- Pewna próba została podjęta
- Ćwiczenie praktyczne wykonane odpowiednio
- Nie dotyczy, brak zadania

11. *Struktura sesji*: Do jakiego stopnia stosowałeś/aś zasadę 20/20/20?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

12. Do jakiego stopnia rozmawiałeś/aś o lub poświęciłeś/aś uwagę bieżącemu zobowiązaniu pacjenta do abstynencji?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

13. Do jakiego stopnia weryfikowałeś/eś, przeformułowałeś/eś pacjenta cele terapeutyczne?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

14. Do jakiego stopnia zachęcałeś/eś pacjenta do zobowiązania się do zmiany nawyków związanych z używaniem kokainy?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

15. *Wydobywanie obaw* pacjenta co do używania kokainy: Do jakiego stopnia zachęciłaś/eś pacjenta do zbadania pozytywnych i negatywnych konsekwencji używania kokainy?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

16. *Ambiwalencja*: Do jakiego stopnia skupiałeś/aś się na ambiwalencji pacjenta w stosunku do zmiany ilości zażywanej kokainy?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

17. Do jakiego stopnia prosiłaś/aś pacjenta o monitorowanie, sprawozdanie bądź ocenę określonych myśli związanych z używaniem kokainy?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

18. Do jakiego stopnia dostosowałaś/aś strategię rozwiązywania problemów do problemu poruszonego podczas sesji (może to obejmować problemy psychospołeczne inne niż używanie kokainy, jak w rozdziale na temat zarządzania przypadkiem?)

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

19. Czy odegrałaś/aś role w scenkach?

- Nie
- Tak

20. Do jakiego stopnia zidentyfikowałaś/aś, oceniłaś/aś, lub ustaliłaś/aś priorytety dla psychospołecznych problemów innych niż nadużywanie kokainy, substancji psychoaktywnych?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

21. Do jakiego stopnia opracowałeś/aś plan wsparcia wspólnie z pacjentem?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

22. *Konsekwencja* w koncentrowaniu się na problemie: Do jakiego stopnia koncentrowałeś/aś się podczas sesji na zaplanowanych działaniach (za pomocą dialogu, poprzez organizowanie czasu sesji tak by uwzględnić ustalone zadania)?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

23. *Ustalanie agendy*: Do jakiego stopnia artykułowałeś/aś i wywiązywałeś/aś się z ustalonego harmonogramu sesji?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

24. *Kontynuowanie/odwoływanie* się do minionych sesji: Do jakiego stopnia odwoływałeś/aś się do materiału omówionego lub do doświadczeń z minionych sesji jako środka do zapewnienia ciągłości między sesjami (np. kładąc nacisk na odwoływanie się do poprzednich sesji, czego rezultatem jest przybliżanie się do rozwiązania problemu)?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

25. *Aktywne słuchanie*: Do jakiego stopnia wyrażałeś/aś zrozumienie dla uwag pacjenta i jego/jej obaw?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

26. Empatia: Do jakiego stopnia okazywałeś/aś empatię pacjentowi (np. przejawiając nieosądzającą postawę, okazując autentyczne ciepło i troskę, pomagając w ten sposób pacjentowi poczuć się akceptowanym)?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

27. Wsparcie ze strony rodziny: Do jakiego stopnia dyskutowałeś/aś na temat charakteru rodzinnego wsparcia, dostępności wsparcia społecznego i starań pacjenta w osiągnięciu abstynencji?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

28. Zakończenie: Do jakiego stopnia rozmawiałeś/aś z pacjentem o zakończeniu terapii (np. zachęcając pacjenta do mówienia o uczuciach lub wyrażania myśli związanych z końcem terapii, rozmawiając o planie na dalsze leczenie?)

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

Dodatek nr. 14: Lista kontrolna terapeuty

Badanie: Temat: Data:

Miejsce: Terapeuta: Tydzień: Sesja:

Odpowiedz na poniższe pytania w oparciu o minioną sesję.

1. Jakie temat(y) sesji poruszono w tym tygodniu?

- Wstęp do leczenia i TPB
- Radzenie sobie z głodem narkotykowym
- Budowanie motywacji i zobowiązania do zaprzestania używania
- Umiejętności odmawiania/asertywność
- Pozornie nieistotne decyzje
- Uniwersalny plan radzenia sobie
- Umiejętności rozwiązywania problemów
- Zarządzanie przypadkiem
- Ograniczenie ryzyka zarażenia wirusem HIV
- Sesja z osobą bliską
- Zakończenie terapii

2. Czy osoba bliska uczestniczyła w sesji?

- Tak (Zaznacz: małżonek/partner, rodzic, brat/siostra, przyjaciel, inny)
- Nie

KLUCZOWE POZYCJE: Zaznacz odpowiedni numer.

3. W jakim stopniu terapeuta przedyskutował sytuacje wysokiego ryzyka, których pacjent doświadczył od momentu ostatniej sesji oraz w jakim stopniu zweryfikował zastosowane umiejętności radzenia sobie?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

4. Do jakiego stopnia terapeuta starał się nauczyć, modelować, powtarzać, weryfikować określone umiejętności lub o nich rozmawiał (np. odmawianie narkotyku, radzenie sobie z głodem narkotykowym, rozwiązywanie umiejętności)?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

4A. Ile minut, w przybliżeniu (średnio) było poświęconych na dyskusję na zaplanowany temat z podręcznika?..... minut

5. Do jakiego stopnia terapeuta zachęcał pacjenta, aby przewidywał/a sytuacje wysokiego ryzyka, których może doświadczyć przed następną sesją i sformułował/a odpowiednie strategie radzenia sobie w tych trudnych sytuacjach?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

6. W jakim stopniu terapeuta ocenił używanie przez pacjenta kokainy lub innych substancji psychoaktywnych od ostatniej sesji?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

7. *Ocena ogólnego funkcjonowania:* Do jakiego stopnia terapeuta zbadał ogólne funkcjonowanie pacjenta w ważniejszych obszarach życia (np. praca, związki intymne, życie rodzinne, życie towarzyskie)?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

8. *Zadania:* Do jakiego stopnia terapeuta wyznaczył jeden lub więcej zadań pacjentowi pomiędzy sesjami?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

9. W jakim stopniu terapeuta ocenił reakcje pacjenta na zadanie z ostatniej sesji, zbadał lub rozwiązał trudności napotkane podczas wykonywania zadania, lub przedstawił racjonalne uzasadnienie zadania domowego, lub podkreślił zasadność wykonania dodatkowych ćwiczeń?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

10. Czy pacjent wykonał zadanie domowe z ostatniej sesji?

- Nie, nie próbował
- Pewna próba została podjęta
- Ćwiczenie praktyczne wykonane odpowiednio
- Nie dotyczy, brak zadania

11. *Struktura sesji*: Do jakiego stopnia terapeuta stosował zasadę 20/20/20?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

12. Do jakiego stopnia terapeuta rozmawiał o lub poświęcił uwagę bieżącemu zobowiązaniu pacjenta do utrzymania abstynencji ?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

13. Do jakiego stopnia terapeuta weryfikował, przeformułował pacjenta cele terapeutyczne?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

14. Do jakiego stopnia terapeuta zachęcał pacjenta do zobowiązania się do zmiany nawyków związanych z używaniem kokainy?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

15. *Wydobywanie obaw pacjenta co do używania kokainy*: Do jakiego stopnia terapeuta zachęcił pacjenta do zbadania pozytywnych i negatywnych konsekwencji używania kokainy?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

16. *Ambiwalencja*: Do jakiego stopnia terapeuta skupiał się na ambiwalencji pacjenta w stosunku dozmiany ilości zażywanej kokainy ?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

17. Do jakiego stopnia terapeuta prosił pacjenta o monitorowanie, sprawozdanie bądź ocenę określonych myśli związanych z używaniem kokainy?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

18. Do jakiego stopnia terapeuta dostosował strategię rozwiązywania problemów dla problemu poruszonego podczas sesji (może to obejmować problemy psychospołeczne inne niż używanie kokainy, jak w rozdziale na temat zarządzania przypadkiem?)

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

19. Czy terapeuta odegrał rolę w scenkach?

- Nie
- Tak

20. Do jakiego stopnia terapeuta zidentyfikował, ocenił, lub ustalił priorytety do psychospołecznych problemów innych niż nadużywanie kokainy, substancji psychoaktywnych?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

21. Do jakiego stopnia terapeuta opracował plan wsparcia wspólnie z pacjentem?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

22. *Konsekwencja w koncentrowaniu się na problemie*: Do jakiego stopnia terapeuta koncentrował się podczas sesji na zaplanowanych działaniach (za pomocą dialogu, poprzez organizowanie czasu sesji tak by uwzględnić ustalone zadania)?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

23. *Ustalanie agendy*: Do jakiego stopnia terapeuta artykułował i wywiązywał się z ustalonego harmonogramu sesji?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

24. *Kontynuowanie/odwoływanie się do minionych sesji*: Do jakiego stopnia terapeuta odwoływał się do materiału omówionego lub do doświadczeń z minionych sesji jako środka do zapewniania ciągłości między sesjami (np. kładąc nacisk na odwoływanie się do poprzednich sesji, czego rezultatem jest przybliżanie się do rozwiązania problemu)?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

25. *Aktywne słuchanie*: Do jakiego stopnia terapeuta wyrażał zrozumienie dla uwag pacjenta i jego/jej obaw?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

26. Empatia: Do jakiego stopnia terapeuta okazywał empatię pacjentowi (np. przejawiając nieosądzającą postawę, okazując autentyczne ciepło i troskę, pomagając w ten sposób pacjentowi poczuć się akceptowanym)?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

27. Wsparcie ze strony rodziny: Do jakiego stopnia terapeuta dyskutował na temat charakteru rodzinnego wsparcia, dostępności wsparcia społecznego i starań pacjenta w osiągnięciu abstynencji?

- 1 w ogóle
- 2 w małym stopniu
- 3 w średnim stopniu
- 4 w dużym stopniu
- 5 w bardzo dużym stopniu

28. Zakończenie: Do jakiego stopnia terapeuta rozmawiał z pacjentem o zakończeniu terapii (np. zachęcając pacjenta do mówienia o uczuciach lub wyrażania myśli związanych z końcem terapii, rozmawiając o planie na dalsze leczenie?)

Dodatek B: Badania kliniczne a TPB

Terapia poznawczo-behawioralna jest jedną z najczęściej badanych psychospołecznych podejść w leczeniu zaburzeń związanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych oraz ma mocne potwierdzenie w badaniach empirycznych (American Psychiatric Association 1995, General Accounting Office 1996; Holder i in 1991). Do dnia dzisiejszego, zostało przeprowadzonych więcej niż 24 randomizowanych badań klinicznych wśród dorosłych użytkowników tytoniu, alkoholu, kokainy, marihuany, opiatów, i innych substancji psychoaktywnych (Carroll, 1996).

Analiza tej grupy badań (Carroll 1995) pokazuje, że w porównaniu z niepoddaną terapii grupą kontrolną istnieją mocne dowody na skuteczność TPB w leczeniu uzależnień (zwłaszcza od nikotyny). Terapię poznawczo-behawioralną poddano rygorystycznym testom, porównując ją z innymi aktywnymi formami terapii (stawiając hipotezę - Czy TPB jest bardziej skuteczna niż inne szeroko stosowane formy terapii? anizeli, Czy TPB jest lepsza od braku terapii lub terapii w stopniu minimalnym?). Wyniki porównań okazały się mniej spójne; niektóre badania wskazują na wyższość TPB, zaś inne pokazują, że TPB jest porównywalna, lecz nie bardziej skuteczna niż inne podejścia. TPB może przynosić obiecujące rezultaty zwłaszcza w redukcji negatywnych skutków wynikających z nawrotów choroby, w zwiększonej trwałości jej efektów, w dopasowaniu formy leczenia do potrzeb pacjenta, szczególnie dla pacjentów z silnymi zaburzeniami psychicznymi czy silnie uzależnionych.

Jako, że niniejszy podręcznik skupia się na TPB w leczeniu uzależnienia od kokainy przedstawione zostały analizy wyników badań przeprowadzonych w Klinice Leczenia Uzależnień (Substance Abuse Treatment Unit) na Uniwersytecie w Yale, która poddała ocenie podejście poznawczo-behawioralne opisane w tym podręczniku na osobach spełniających kryteria nadużywania kokainy lub uzależnienia. Ponadto, ponieważ podręcznik ten przeznaczony jest dla terapeutów pracujących z osobami uzależnionymi i ma na celu dostarczenie praktycznych strategii, rozdział ten skupia się na analizach badań i sposobach bardziej skutecznego zastosowania tych strategii u osób nadużywających kokainy.

TPB i Terapia Interpersonalna

W naszym pierwszym badaniu (Carroll, i in, 1991) porównaliśmy TPB z aktywną psychoterapią i Terapią Interpersonalną - TI (Klerman i in, 1984), która była stałym elementem programów w naszych klinikach.

Porównanie dwóch aktywnych metod terapeutycznych rozwiązało kilka metodologicznych i etycznych kwestii związanych z brakiem terapii lub specyficznych grup kontrolnych. Wspomniane kwestie dotyczyły różnic pomiędzy pożądaną charakterystyką terapii a wiarygodnością oferowanych oddziaływań terapeutycznych; braku kontroli czynników wspólnych dla tych dwóch terapii; problem braku leczenia lub leczenia w minimalnym stopniu osób poważnie zaburzonych zgłaszających się na badanie (Basham 1986; Kazdin 1986; O'Leary and Borkovec 1978). We wszystkich naszych badaniach nt. TPB zastosowaliśmy szeroki zakres metodologii, które w zamierzeniu miały zapewnić integralność ocenianych form terapii i kontrolować pozostałe zmienne. Osoby biorące udział w badaniach zostały losowo przypisane do poszczególnych form terapii. Wszystkie formy terapii były przeprowadzone przez przeszkolonych i poddawanych supervisionom terapeutów ze stopniem naukowym doktora. Uzyskane przez pacjentów wyniki były oceniane przez niezależnych specjalistów, którzy nie zostali poinformowani o zadaniu badawczym.

Podczas 12-tygodniowego badania w warunkach ambulatoryjnych, 42 osoby, które spełniły kryteria DSM-III uzależnienia od kokainy, zostały losowo przypisane do TPB lub TI. Osoby przypisane do TPB były bardziej skłonne niż osoby w TI do ukończenia pełnego cyklu leczenia (67 % w porównaniu do 38%), utrzymały 3 lub więcej kolejnych tygodni abstynencji (57% w porównaniu do 33%), i utrzymały nieprzerwaną abstynencję 4 lub więcej tygodni, po skończeniu leczenia (43% w porównaniu do 19%).

Pomimo że próba badawcza była niewielka i różnice nie osiągnęły istotności statystycznej, istotne różnice zarysowały się między grupami, w których osoby były podzielone pod kątem nasilenia uzależnienia od kokainy. Na przykład, wśród grupy bardziej „zaawansowanych” kokainistów, osoby poddane TPB były bardziej skłonne do utrzymania abstynencji niż osoby przypisane do TI (54% w porównaniu do 9%). Dla grup z osobami o mniejszym stopniu uzależnienia od kokainy wyniki były porównywalne dla obu form terapii (Carroll i in., 1991). Wyniki pokazują, że bardziej zaawansowani kokainiści mogą potrzebować silniejszej struktury lub dyrektywności występujących w TPB, która również kładzie nacisk na naukę i wielokrotne stosowanie określonych strategii w celu przerwania i kontrolowania używania kokainy. Natomiast dla mniej zaawansowanych kokainistów mniejsze znaczenie ma konkretna forma terapii.

TPB i Procedury Kliniczne

Nasze następne badanie było bardziej złożone, gdyż obejmowało zarówno formy psychoterapii jak i farmakoterapię (Carroll i in., 1994). Tym razem porównaliśmy TPB z Procedurami Klinicznymi (PK) *Clinical Management* (Fawcett i in., 1987), niespecyficzną formę psychoterapii, która spełniała wiele wymogów warunków kontrolnych badania.

- PK zawiera typowe elementy relacji psychoterapeutycznej, włączając wspierającą relację lekarza z pacjentem, edukację, empatię, zaszczepianie nadziei, wyłączając aktywne elementy charakterystyczne dla zapobiegania nawrotom.
- PK obejmuje farmakoterapię jak również stwarza możliwość monitorowania stanu zdrowotnego pacjentów oraz ich reakcji na leczenie.
- Ponadto PK zawiera przekonujące racjonalne uzasadnienie potrzeby terapii i sprzyja retencji pacjentów oraz dostosowania się do zaleceń farmakologicznych.

Należy pamiętać, że powyższa charakterystyka, choć pożądana w warunkach kontrolnych psychoterapii ze względu na fakt, że porusza wiele etycznych i metodologicznych kwestii, może wywoływać silny efekt terapeutyczny sama w sobie. W związku z tym, służy jako przekonująca test aktywnych form psychoterapii zamiast alternatyw takich jak brak leczenia czy oczekiwanie na leczenie. Wszystkie osoby uczestniczące w badaniu otrzymywały albo leki: albo dezypraminę (która w tamtym czasie była najbardziej obiecującym lekiem na uzależnienie od kokainy) albo placebo. W tym badaniu, 121 osób spełniających kryteria DSM-III-R uzależnienia od kokainy zostało losowo przypisanych do jednego z czterech warunków:

- TPB w połączeniu z dezypraminą
- TPB plus placebo
- PK plus dezypramina
- PK plus placebo

Wysunęliśmy hipotezę, że zarówno TPB jak i dezypramina (w tej kolejności) będą bardziej skuteczne od PK w połączeniu z placebo. Ponadto, projekt badawczy umożliwił wykrycie połączonych efektów psychoterapii i farmakoterapii, jeśli obie miały okazać się wystarczająco silne.

Po 12 tygodniach terapii, u badanych osób we wszystkich czterech grupach stwierdzono redukcję użycia kokainy jak również zaobserwowano poprawę w kilku innych problematycznych obszarach. Istotnych efektów głównych dla farmakoterapii lub psychoterapii nie zaobserwowano; tj., wyniki dotyczące uzależnienia od kokainy były porównywalne, niezależnie od tego, czy pacjent uczestniczył w TPB czy PK, czy otrzymywał dezypraminę lub placebo.

, Zaobserwowaliśmy jednak pewną interakcję podobną do zaobserwowanej w naszym pierwszym badaniu, mianowicie, zauważyliśmy, że pacjenci różnie reagują na te dwie formy terapii w zależności od wyjściowego nasilenia uzależnienia od kokainy. Pacjenci, u których nasilenie uzależnienia od kokainy było wyższe dłużej utrzymywali się w leczeniu, utrzymywali dłuższe okresy abstynencji, stwierdzano u nich mniej pozytywnych wyników na obecność kokainy w moczu w porównaniu z pacjentami, którzy byli poddani PK. Co więcej, wyniki te potwierdzają, że bardziej zaawanso-

wani kokainiści mogą czerpać dodatkową korzyść ze struktury, intensywności lub dydaktycznej treści TPB, która koncentruje się na ograniczaniu dostępu do kokainy, unikaniu sytuacji wysokiego ryzyka prowadzących do nawrotu choroby. Wyniki te ponownie sugerują, że mniej intensywne terapeutyczne podejścia mogą być skuteczne dla osób uzależnionych od kokainy w mniejszym stopniu.

Dodatkowe wyniki ukazały się w kolejnych analizach porównujących TPB i PK. Jednakże, ponieważ te wyniki badań opierały się na analizach post-hoc (po fakcie), powinny być interpretowane z pewną ostrożnością.

TPB i objawy depresji

Ze względu na kliniczne znaczenie występujących zaburzeń afektywnych wśród kokainistów, zweryfikowaliśmy rolę symptomów depresyjnych w obu formach terapii (Carroll i in. 1995). Okazało się, że TPB była bardziej skuteczna od PK w retencji depresyjnych pacjentów. Dowiedliśmy również, że TPB była bardziej skuteczna w ograniczaniu używania kokainy. Powodem mógł być fakt, że depresyjni pacjenci doświadczyli więcej stresu, co mogło zwiększyć ich motywację do leczenia, ze względu na dostępność psychoterapii i umiejętność pacjentów odnośnie radzenia sobie w trudnych sytuacjach.

Z drugiej strony nie udowodniono, że TPB jest bardziej skuteczna od PK w redukowaniu objawów depresyjnych. Mimo że podejścia poznawczo-behawioralne w leczeniu depresji ogólnie są skuteczne i porównywalne do wyników terapii lekami antydepresyjnymi w redukowaniu objawów depresyjnych (Elkin i in., 1989; Simonts i in. 1986), naszemu podejściu TPB nie zostało opracowane w celu leczenia objawów depresyjnych czy przekazania określonych strategii pomocnych w kontrolowaniu współwystępującej depresji. Skupiliśmy się prawie wyłącznie na wspieraniu pacjentów w budowaniu strategii ograniczenia używania kokainy we wczesnych etapach terapii, niemniej jednak uwzględniliśmy związek pomiędzy złym samopoczuciem a używaniem kokainy. Możliwą implikacją tych wyników jest to, że terapeuci poznawczo-behawioralni powinni bardziej wyraźnie zajmować się objawami depresyjnymi (Carroll i in, 1995) in, 1995).

W czasie leczenia stwierdzono związek między redukcją używania kokainy i objawami depresji, choć kierunek tych zmian nie był oczywisty. Możliwym wyjaśnieniem takiego wniosku jest to, że redukcja objawów depresyjnych prowadzi do redukcji używania kokainy ze względu na ograniczenie doświadczania przykrych emocji, a zatem ułatwia pacjentom stosowanie umiejętności radzenia sobie, uczestniczenie w psychoterapii lub ograniczenia leczenia objawów depresji za pomocą kokainy. Z kolei, ograniczenie używania kokainy może prowadzić do poprawy symptomów depresyjnych poprzez zmniejszanie objawów depresji związanych z zespołem abstynencji, przywrócenie zdrowego snu i zbilansowanej diety oraz ograniczenie ekspozycji na inne negatywne konsekwencje nadużywania kokainy.

TPB a aleksytymia

Aleksytymia odnosi się do poznawczo-afektywnego stylu, który jest wynikiem określonych zaburzeń w wyrażaniu i przetwarzaniu emocji. W dosłownym znaczeniu „brak słów dla uczuć”, pojęcie to zostało wymyślone przez Niemiaha i Sifneosa (1970) i odnosi się do pacjentów, którzy przejawiają cztery specyficzne poznawczo-afektywne zaburzenia:

- Trudność w wyrażaniu stanów emocjonalnych.
- Tendencję do skupiania się głównie na somatycznych/fizjologicznych komponentach pobudzenia emocjonalnego
- Ubogie fantazjowanie
- Wysoce specyficzny poznawczy styl

W naszym porównawczym badaniu TPB i PK oceniliśmy wskaźniki i znaczenie aleksytymii wśród kokainistów. Okazało się, że 39 procent kokainistów uzyskało diagnozę aleksytymii w oparciu o *Toronto Alexithymia Scale* (Taylor i in. 1985). Podczas gdy pacjenci aleksytymiczni nie różnili się od niealeksytymicznych pod kątem ogólnej retencji lub rezultatów leczenia, pacjenci aleksytymiczni zareagowali inaczej na psychoterapię. Pacjenci poddani PK mieli wyższe wskaźniki retencji i lepsze rezultaty związane z uzależnieniem od kokainy, a z drugiej strony pacjenci niealeksytymiczni uzyskali lepsze rezultaty, gdy zostali poddani TPB.

Wniosek, że kokainiści o wyższym wskaźniku aleksytymicznym reagowali gorzej na TPB, ma kilka implikacji. Podczas badania pacjenci proszeni są o zidentyfikowanie i wyrażenie wewnętrznych afektywnych i poznawczych stanów związanych z używaniem kokainy - zadanie szczególnie trudne dla pacjentów aleksytymicznych. TPB zachęca pacjentów do identyfikowania, monitorowania i analizowania ich głodu narkotykowego, negatywnych emocji, i wielu subtelných, przelotnych myśli. W istocie, terapia wymaga, aby pacjenci mieli łatwy dostęp do ich wewnętrznego świata. Takie wymagania mogą przerastać możliwości osób z aleksytymią. Na przykład, jeden pacjent został poproszony o zaobserwowanie swoich uczuć i ich intensywności doświadczając różnych sytuacji. Zamiast opisywać uczucia jako wesołe, drażliwe, smutne, on stale pisał tak lub nie, co sugeruje, że miał pewną świadomość silnych emocji, lecz nie potrafił ich wyrazić lub powiązać z używaniem narkotyków. Pomocne dla terapeutów może okazać się wprowadzenie fazy przygotowującej przed rozpoczęciem monitorowania sytuacji wysokiego ryzyka i treningu umiejętności, aby uniknąć nadmiernego obciążenia pacjentów oraz pomóc im zidentyfikować stany emocjonalne.

Obserwacje po roku

Jedne z najbardziej interesujących wniosków badania porównawczego TPB i PK wyłoniły się po rocznej obserwacji (Carroll i in. 1994). Ogólnie rzecz biorąc, używanie przez u kokainistów zmniejszyło się lub pozosta-

ło bez zmian wobec poziomu po zakończeniu leczenia, a nie powróciło do poziomu sprzed leczenia. Co ważniejsze, pojawił się silny dowód na trwalsze, pozytywne efekty TPB w porównaniu do PK w kontekście opóźnionego zażycia kokainy. Ten efekt okazał się istotny także w przypadku osób, które były leczone ale nie uczestniczyły w naszych badaniach. Po ukończeniu terapii, osoby po TPB ograniczyły nadużywanie kokainy, natomiast w grupie PK nadużywanie pozostało mniej więcej na tym samym poziomie. Wyniki te mogą wiązać się z opóźnionym pojawieniem się określonych skutków TPB. W trakcie intensywnego oddziaływania TPB i PK, pacjenci we wszystkich grupach poddani byli szerokiemu zakresowi określonych interwencji: co tygodniowe badania moczu, ocena używania kokainy i innych objawów, wsparcie i zachęcanie ze strony terapeutów, oraz pozytywne oczekiwania co do efektów leczenia. Te wspólne czynniki mogą mieć silne efekty terapeutyczne.

Zaprzestanie tych nie-specyficznych interwencji mogło stworzyć warunki, w których mogły się ujawnić bardziej trwałe i określone rezultaty TPB. Niemniej jednak, TPB uczy ogólnych umiejętności radzenia sobie, które mogą być stosowane długo po zakończeniu leczenia, podczas gdy terapie wspierające pozostawiają pacjentów z mniej trwałymi zasobami (Carroll i in. 1994).

W innych grupach badawczych dalsze badania na temat terapii poznawczo-behawioralnych ukazały pewną logikę trwałości ich rezultatów. Na przykład, terapie poznawczo-behawioralne okazały się lepsze lub porównywalne z intensywną bądź nieprzerwaną trójcykliczną farmakoterapią przy zapobieganiu nawrotów epizodów manii i depresji (Miller i in., 1989; Simons i in. 1986). Ponadto, niektóre badania również z udziałem pacjentów alkoholowych (O'Malley, 1994), wykazały poprawę po zastosowaniu terapii poznawczo-behawioralnej.

TPB i kokainiści nadużywający alkoholu

Nasze doświadczenie wskazują na duże znaczenie nadużywania alkoholu oraz uzależnienia od alkoholu wśród pacjentów nadużywających kokainę. Badanie zaburzeń psychicznych przeprowadzone wśród 298 kokainistów wykazało, że uzależnienie od alkoholu było najczęstszą diagnozowaną współwystępującą chorobą, 62 procent spośród badanych osób spełniało kryteria (wg. Research Diagnostic Criteria) uzależnienia od alkoholu i prawie 30 procent spełniało kryteria aktualnego używania alkoholu (Carroll i in., 1993). Jest to zgodne z wynikami badań szerokiej próby społecznościowej, jak np. Epidemiological Catchment Area, gdzie okazało się, że 85 procent osób, które spełniało kryteria uzależnienia od kokainy również spełniało kryteria nadużywania lub uzależnienia od alkoholu - wskaźnik dużo wyższy niż alkoholizm pośród osób spełniających kryteria uzależnienia od heroiny-opiodów (65 procent), marihuany (45 procent), środ-

ków uspakajających i przeciw lękowych (71 procent) (Regier i in., 1990). Co ważniejsze, współwystępujące uzależnienie od kokainy i alkoholu jest silnie powiązane z uzależnieniem od leków, niższą retencją pacjentów, i słabszymi wynikami w odniesieniu do obu zaburzeń (Brady i in. 1995; Carroll i in. 1993, Walsh i in. 1991).

Następnie oceniliśmy TPB i inne psychospołeczne oraz farmakologiczne oddziaływania terapeutyczne wśród tej szerokiej i trudnej populacji (Carroll i in. w prasie). Porównaliśmy TPB z dwoma innymi formami terapii, PK i Programem 12 Kroków (PDK) (Nowinski i in. 1992), podejściem indywidualnym spójnym z Programem 12 Kroków Anonimowych Alkoholików (AA), którego celem głównym jest motywowanie pacjenta do zaangażowania się w tradycyjne aktywności AA czy Anonimowych Kokainistów. Zbadaliśmy również Disulfiram, ponieważ pilotażowe dane sugerowały, że redukcja spożywania alkoholu przy zastosowaniu Disulfiramu może być powiązana również z ograniczeniem używania kokainy (Carroll, 1993c). 1992). Wstępne wnioski z tego badania sugerują, że dwie formy czynnej psychoterapii - TPB i PDK - przynoszą lepsze rezultaty niż PK w zakresie podtrzymywania nieprzerwanych okresów abstynencji od kokainy oraz abstynencji od kokainy i alkoholu równolegle. Te dwie formy czynnej psychoterapii generowały również wyższy odsetek wolnych od kokainy próbek moczu. Ponadto, TPB i PDK, w porównaniu do PK, wiązała się z istotną redukcją używania kokainy, szczególnie u osób, które korzystały z leczenia przynajmniej w minimalnym stopniu.

Wnioski, że TPB i PDK były bardziej skutecznie niż psychoterapia w warunkach kontrolnych, dowiodły, że dobrze zdefiniowana, kompetentna psychospołeczna interwencja odgrywa kluczową rolę w leczeniu uzależnienia od kokainy. Jako że PK charakteryzuje się niespecyficznymi aspektami psychoterapii (np. relacja lekarz-pacjent), badanie to odzwierciedlało rygorystyczną analizę określonych, czynnych składników TPB i PDK wykraczając poza ocenę zwyczajnego, prostego wsparcia terapeutycznego.

Uzyskane wyniki, pokazujące wyższą skuteczność TPB nad PK w redukcji używania kokainy kontrastują z odkryciem z naszego wcześniejszego badania, które nie pokazało ogólnych różnic pomiędzy TPB i PK (Carroll i in. 1994). Jednakże to badania udowodniło, że TPB jest bardziej skuteczna niż PK w grupie osób, które były silniej uzależnione od kokainy. Ze względu na fakt, że współwystępujące uzależnienie od kokainy i alkoholu wiąże się z nadużywaniem kokainy oraz gorszym rokowaniem w odniesieniu do samego uzależnienia od kokainy, osoby uczestniczące w tym badaniu mogły być podobne do grupy osób silnie uzależnionych z naszego wcześniejszego badania. W związku z czym, dowody z tych dwóch badań sugerują, że grupy osób silnie uzależnionych od kokainy bardziej korzystają z porównywalnie intensywnych, czynnych elementów TPB czy PDK niż ze wspierającej mniej ustrukturyzowanej i mniej dyrektywnej -PK, która również jest mniej wymagająca wobec pacjentów w kontekście wykonywania ćwiczeń poza sesjami.

Warte zauważenia jest również to, że wyniki tych badań nie wykazują istotnych różnic pomiędzy tymi dwoma czynnymi formami psychoterapii, PDK a TPB, w kontekście rezultatów związanych z kokainą lub alkoholem. Wyniki te sugerują, że te dwie formy terapii są porównywalnie skuteczne dla tej grupy badawczej. Porównywalne wyniki pojawiły się pomimo wyraźnych różnic między tymi dwiema formami terapii, różnic w teoretycznych założeniach, określonych interwencjach stosowanych przez terapeutów i w dowodach na to, że osoby zdemontrowały określone zmiany w zachowaniu, które są spójne z teoretycznymi mechanizmami działania terapii (zmiany w umiejętnościach radzenia sobie dzięki TPB, większe zaangażowanie na spotkaniach AA w PDK). Wyniki te są spójne z innymi aktualnymi badaniami na temat uzależnienia od kokainy (Wells i in., 1992; Carroll i in, w prasie).

Bibliografia

- American Psychiatric Association, Work Group on Substance Use Disorders. Practice guidelines for the treatment of patients with substance use disorders: Alcohol, cocaine, opioids. *Am J Psychiatry* 152(suppl):2-59, 1995.
- Azrin, N.H. Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behav Res Ther* 14(5):339-348, 1976.
- Basham, R.B. Scientific and practical advantages of comparative design in psychotherapy outcome research. *J Consult Clin Psychol* 54(1):88-94, 1986.
- Beck, A.T.; Ward, C.H.; Mendelson, M.; Mock, J.; and Erbaugh, J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4:562-571, 1961.
- Beck, A.T.; Wright, F.D.; Newman, C.F.; and Liese, B.S. "Cognitive Therapy of Cocaine Abuse: A Treatment Manual." Unpublished manuscript, 1991.
- Beutler, L.E.; Scogin, F.; Kirkish, P.; Schretlen, D.; Corbishley, A.; Hamblin, D.; Meredith, K.; Potter, R.; Bamford, C.R.; and Levenson, A.I. Group cognitive therapy and alprazolam in the treatment of depression in older adults. *J Consult Clin Psychol* 55(4):550-556, 1987.
- Brady, K.T.; Sonne, E.; Randall, C.L.; Adinoff, B.; and Malcolm, R. Features of cocaine dependence with concurrent alcohol abuse. *Drug Alcohol Depend* 39(1):69-71, 1995.
- Carroll, K.M. Relapse prevention as a psychosocial treatment approach: A review of controlled clinical trials. *Exp Clin Psychopharmacol* 4:46-54, 1996.
- Carroll, K.M.; Nich, C.; Ball, S.A.; McCance, E.; and Rounsaville, B.J. Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. *Addiction*, in press.
- Carroll, K.M.; Nich, C.; and Rounsaville, B.J. Differential symptom reduction in depressed cocaine abusers treated with psychotherapy and pharmacotherapy. *J Nerv Ment Dis* 183(4):251-259, 1995.
- Carroll, K.M., and O'Malley, S.S. "Compliance Enhancement: A Manual for the Psychopharmacotherapy of Alcohol Dependence." Unpublished manuscript, 1996.

- Carroll, K.M.; Power, M.E.; Bryant, K.J.; and Rounsaville, B.J. One-year follow-up status of treatment-seeking cocaine abusers: Psychopathology and dependence severity as predictors of outcome. *J Nerv Ment Dis* 181(2):71-79, 1993b.
- Carroll, K.M.; Rounsaville, B.J.; and Bryant, K.J. Alcoholism in treatment-seeking cocaine abusers: Clinical and prognostic significance. *J Studies Alcohol* 54(2):199-208, 1993a.
- Carroll, K.M.; Rounsaville, B.J.; and Gawin, F.H. A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: Relapse prevention and interpersonal psychotherapy. *Am J Drug Alcohol Abuse* 17(3):229-247, 1991.
- Carroll, K.M.; Rounsaville, B.J.; Gordon, L.T.; Nich, C.; Jatlow, P.M.; Bisighini, R.M.; and Gawin, F.H. Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry* 51(3):177-187, 1994b.
- Carroll, K.M.; Rounsaville, B.J.; Nich, C.; Gordon, L.T.; Wirtz, P.W.; and Gawin, F.H. One year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: Delayed emergence of psychotherapy effects. *Arch Gen Psychiatry* 51(12):989-997, 1994a.
- Carroll, K.M.; Ziedonis, D.; O'Malley, S.S.; McCance-Katz, E.; Gordon, L.; and Rounsaville, B.J. Pharmacologic interventions for abusers of alcohol and cocaine: A pilot study of disulfiram versus naltrexone. *Am J Addict* 2:77-79, 1993c.
- Castonguay, L.G. "Common factors" and "nonspecific variables": Clarification of the two concepts and recommendations for research. *J Psychother Integration* 3:267-286, 1993.
- Chaney, E.F.; O'Leary, M.R.; and Marlatt, G.A. Skill training with alcoholics. *J Consult Clin Psychol* 46:1092-1104, 1978. Condiotte, M.M., and Lichtenstein, E. Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *JCCP* 49:648-658, 1981.
- Cooney, N.L.; Kadden, R.M.; and Litt, M.D. A comparison of methods for assessing sociopathy in male and female alcoholics. *J Studies Alcohol* 51:42-48, 1990.
- Derogatis, L.R.; Lipman, R.S.; and Covi, L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale - Preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 9(1):13-28, 1973.
- DiClemente, C.C., and Hughes, S.O. Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *J Subst Abuse* 2(2):217-235, 1990.
- D'Zurilla, T.J., and Goldfried, M.R. Problem-solving and behavior modification. *J Abnorm Psychol* 78(1):107-126, 1971.

- Elkin, I.; Parloff, M.B.; Hadley, S.W.; and Autry, J.H. NIMH treatment of depression collaborative research program: Background and research plan. *Arch Gen Psychiatry* 42:305-316, 1985.
- Elkin, I.; Shea, M.T.; Watkins, J.T.; Imber, S.D.; Sotsky, S.M.; Collins, J.F.; Glass, D.R.; Pilkonis, P.A.; Leber, W.R.; Docherty, J.P.; Fiester, S.J.; and Parloff, M.B. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 46(11):971-982, 1989.
- Fawcett, J.; Epstein, P.; Fiester, S.J.; Elkin, I.; and Autry, J.H. Clinical management - imipramine/placebo administration manual: NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Psychopharmacol Bull* 23(2):309-324, 1987.
- First, M.B.; Spitzer, R.L.; Gibbon, M.; Williams, J.B.W.; and Gibbon, M. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders. Patient Edition (SCID-I/P, Version 2.0). Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 722 West 168th Street, New York, NY 10032, 1995.
- General Accounting Office. Cocaine Treatment: Early Results From Various Approaches. Washington, DC: GAO, 1996.
- Hall, S.M.; Havassy, B.E.; and Wasserman, D.A. Effects of commitment to abstinence, positive moods, stress, and coping on relapse to cocaine use. *J Consult Clin Psychol* 59(4):526-532, 1991.
- Hamilton, M. A rating scale for depression. *J Neurolog Neurosurg Psychiatry* 23:56-62, 1960.
- Higgins, S.T.; Budney, A.J.; Bickel, W.K.; Foerg, F.E.; Donham, R.; and Badger, G.J. Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry* 51(7):568-576, 1994.
- Higgins, S.T.; Delaney, D.D.; Budney, A.J.; Bickel, W.K.; Hughes, J.R.; Foerg, F.; and Fenwick, J.W. A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence. *Am J Psychiatry* 148(9):1218-1224, 1991.
- Holder, H.D.; Longabaugh, R.; Miller, W.R.; and Rubonis, A.V. The cost effectiveness of treatment for alcohol problems: A first approximation. *J Studies Alcohol* 52:517-540, 1991.
- Ito, J.R.; McNair, L.; Donovan, D.M.; and Marlatt, G.A. "Relapse Prevention for Alcoholism Aftercare: Treatment Manual." Health Services Research and Development Service, VA Medical Center, Seattle, WA, 1984. Unpublished manuscript.
- Jaffe, A.; Brown, J.; Korner, P.; and Witte, G. "Relapse prevention for the Treatment of Problem Drinking: A Manual for Therapists and Patients." Yale University School of Medicine. New Haven, CT; University of Connecticut Health Center, Farmington, CT, 1988. Unpublished manuscript.

- Kadden, R.; Carroll, K.M.; Donovan, D.; Cooney, N.; Monti, P.; Abrams, D.; Litt, M.; and Hester, R. Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals with Alcohol Abuse and Dependence. NIAAA Project MATCH Monograph Series Vol. 3. DHHS Pub. No. (ADM)92-1895. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1992.
- Kadden, R.M.; Cooney, N.L.; Getter, H.; and Litt, M.D. Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Posttreatment results. *J Consult Clin Psychol* 57:698-704, 1989.
- Kazdin, A.E. Comparative outcome studies of psychotherapy: Methodological issues and strategies. *J Consult Clin Psychol* 54(1): 95-105, 1986.
- Klerman, G.L.; Weissman, M.M.; Rounsaville, B.J.; and Chevron, E.S. Interpersonal Psychotherapy of Depression. New York: Basic Books, 1984.
- Luborsky, L. Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment. New York: Basic Books, 1984.
- Marlatt, G.A., and Gordon, J.R., eds. Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. New York: Guilford, 1985.
- McCrary, B.S., and Epstein, E.E. Marital therapy in the treatment of alcohol problems. In: Jacobson, N.S., and Gurman, A.S., eds. *Clinical Handbook of Couples Therapy*. New York: Guilford, 1995. pp. 369-393.
- McLellan, A.T.; Kushner, H.; Metzger, D.; Peters, R.; Smith, I.; Grissom, G.; Pettinati, H.; and Argeriou, M. The fifth edition of the Addiction Severity Index. *J Subst Abuse Treat* 9(3):199-213, 1992.
- Meyers, R.J., and Smith, J.E. *Clinical Guide to Alcohol Treatment: The Community Reinforcement Approach*. New York: Guilford, 1995.
- Metzger, D.S.; DePhilippis, D.; Druley, P.; O'Brien, C.P.; McLellan, A.T.; Williams, J.; Navaline, H.; Dyanick, S.; and Woody, G.E. The impact of HIV testing on risk for AIDS behaviors. In: Harris, L., ed. *Problems of Drug Dependence 1991: Proceedings of the 53rd Annual Scientific Meeting*. NIDA Research Monograph, Series No. 119. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1992. pp. 297-298.
- Miller, I.W.; Norman, W.H.; and Keitner, G.I. Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients: Six- and twelve-month follow-up. *Am J Psychiatry* 146(10):1274-1279, 1989.
- Miller, W.R., and Rollnick, S. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford, 1992.

- Miller, W.R.; Zweben, A.; DiClemente, C.C.; and Rychtarik, R.G. Motivational Enhancement Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals with Alcohol Abuse and Dependence.
- NIAAA Project MATCH Monograph Series, Volume 2. DHHS Pub. No. (ADM)92-1894. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1992.
- Monti, P.M.; Abrams, D.B.; Kadden, R.M.; and Cooney, N.L. Treating Alcohol Dependence: A Coping Skills Training Guide in the Treatment of Alcoholism. New York: Guilford, 1989.
- Nemiah, J.C., and Sifneos, P.E. Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In: Hill, O.W., ed. Modern Trends in Psychosomatic Medicine. Vol. 2. London: Butterworth, 1970. pp. 26-34.
- Nowinski, J.; Baker, S.; and Carroll, K.M. Twelve-Step Facilitation Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals with Alcohol Abuse and Dependence. NIAAA Project MATCH Monograph Series Vol. 1. DHHS Pub. No. (ADM)92-1893. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1992.
- O'Farrell, T.J., ed. Treating Alcohol Problems: Marital and Family Interventions. New York: Guilford Press, 1993.
- O'Leary, K.D., and Borkovec, T.D. Conceptual, methodological, and ethical problems of placebo groups in psychotherapy research. *Am Psychol* 33(9):821-830, 1978.
- O'Malley, S.S.; Jaffe, A.J.; Chang, G.; Rode, S.; Schottenfeld, R.S.; Meyer, R.E.; and Rounsaville, B.J. Six-month follow-up of naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 53: 217-224, 1994.
- Prochaska, J.O.; DiClemente, C.C.; and Norcross, J.C. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 47(9):1102-1114, 1992.
- Project MATCH Research Group. Project MATCH (Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity): Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcohol ClinExpRes* 17(6):1130-1145, 1993.
- Regier, D.A.; Farmer, M.E.; Rae, D.S.; Locke, B.Z.; Keith, S.J.; Judd, L.L.; and Goodwin, F.K. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug use. Results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 264(19):2511-2518, 1990.
- Rounsaville, B.J., and Carroll, K.M. Individual psychotherapy for drug abusers. In: Lowinson, J.H.; Ruiz, P.; and Millman, R.B., eds. *Comprehensive Textbook of Substance Abuse*. Second Edition. New York: Williams and Wilkins, 1992. pp. 496-508.

- Rounsaville, B.J., and Carroll, K.M. Interpersonal psychotherapy for drug users. In: Klerman, G.L., and Weissman, M.M., eds. *New Applications of Interpersonal Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 1993. pp. 319-352.
- Rozenzweig, S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Am J Orthopsychiatry* 6:412-415, 1936.
- Simons, A.D.; Murphy, G.E.; Levine, J.L.; and Wetzel, R.D. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Sustained improvement over one year. *Arch Gen Psychiatry* 43(1):43-48, 1986.
- Taylor, G.J.; Ryan, D.; and Bagby, R.M. Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychother Psychosom* 44(4):191-199, 1985.
- Walsh, D.C.; Hingson, R.W.; Merrigan, D.M.; Levenson, S.M.; Cupples, L.A.; Heeren, T.; Coffman, G.A.; Becker, C.A.; Barker, T.A.; Hamilton, S.K.; McGuire, T.G.; and Kelly, C.A. A randomized trial of treatment options for alcohol-abusing workers. *N Engl J Med* 325(11):775-782, 1991.
- Wells, E.A.; Peterson, P.L.; Gainey, R.R.; Hawkins, J.D.; and Catalano, R.F. Outpatient treatment for cocaine abuse: A controlled comparison of relapse prevention and twelve-step approaches. *Am J Drug Alcohol Abuse* 20(1):1-17, 1994.