

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ НАРКОМАНИИ**

Т.В. Пак

**Противорецидивная и поддерживающая терапия
наркотической зависимости**

Методические рекомендации

Павлодар, 2010

**УДК 613
ББК 51.1
П 13**

Пак Т.В.

**Противорецидивная и поддерживающая терапия наркотической зависимости:
Методические рекомендации.** – Павлодар, 2010. – 47 с.

ISBN 9965 – 08 – 459 – 9

Методические рекомендации разработаны к.м.н. Т.В. Пак.

Предлагаемые методические рекомендации предназначены для практикующих врачей-психиатров, врачей-наркологов, врачей-психотерапевтов, для медицинских психологов, специалистов по социальной работе.

Данные методические рекомендации описывают подходы к проведению противорецидивной и поддерживающей терапии пациентов с наркотической зависимостью. Представленные методики и техники апробированы и внедрены в отделении социальной реабилитации РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании».

**УДК 613
ББК 51.1**

Рецензенты:

Доктор медицинских наук, профессор Б.Б. Джарбусынова
Доктор медицинских наук, профессор Ю.А. Россинский

Методические рекомендации рассмотрены на заседании Учёного совета Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (председатель учёного совета – Т.В. Пак, протокол № 234 от 12 октября 2010 г.).

Одобрено и рекомендовано Республиканским центром инновационных технологий медицинского образования и науки Министерства здравоохранения Республики Казахстан (протокол от «19» ноября 2010 года № 12).

ISBN 9965 – 08 – 459 – 9

© РГКП “Республиканский научно-практический
Центр медико-социальных проблем наркомании”
Республика Казахстан, Павлодар, 2010

Перечень сокращений

ПАВ – психоактивное вещество

МСР – медико-социальная реабилитация

ПВ – патологическое влечение

ППТ – противорецидивная и поддерживающая терапия

ЛРП – лечебно-реабилитационный процесс

АН – анонимные наркоманы

АА – анонимные алкоголики

АД – артериальное давление

ТС – терапевтическое сообщество

ЗДЛ – значимые другие лица

МО – медицинская организация

ЭП – экзистенциальная психотерапия

Оглавление

1. Введение
2. Психологические подходы к формированию ремиссии
 - 2.1 Актуализация патологического влечения к наркотику
 - 2.2 Факторы высокого риска рецидива
 - 2.3 Провоцирующие рецидив события
 - 2.4 Внутренняя дисфункция
 - 2.5 Внешняя дисфункция
3. Модели преодоления рецидива
 - 3.1 Когнитивно - поведенческая модель процесса рецидива
 - 3.2 Копинг – навыки для предотвращения рецидива
4. Примерный перечень услуг на этапе ППТ
5. Противорецидивная психотерапия в лечении наркотической зависимости
 - 5.1 Когнитивно-поведенческие методы в профилактике рецидивов
 - 5.2 Экзистенциальная психотерапия наркотической зависимости
 - 5.3 Гештальт-терапия в наркологии
6. Работа с семьей на этапе ППТ
 - 6.1 Семейная психотерапия
 - 6.2 Супружеская психотерапия
 - 6.3 Поддерживающая терапия
7. Психосоциальная поддержка на этапе ППТ
 - 7.1 Работа с широким социальным окружением
 - 7.2 Профориентация
 - 7.3 Социальный патронаж
 - 7.4 Межведомственное взаимодействие
8. Вторичная противорецидивная терапия
 - 8.1 Лечение Налтрексоном
 - 8.2 Лечение Метадоном
9. Заключение
10. Список литературы

1. Введение

Эффективность лечения наркотической зависимости в настоящее время далека от желаемой эффективности. Многие специалисты сегодня предлагают разрабатывать современные технологии не столько для лечения, сколько для профилактики наркомании. Различают первичную профилактику для тех, кто не употребляет наркотики; вторичную профилактику для лиц, уже употребляющих ПАВ; третичную профилактику по предотвращению рецидивов употребления ПАВ.

Стратегической целью эффективного лечения наркологических заболеваний является формирование и достижение стойкой ремиссии. В связи с этим противорецидивная и поддерживающая терапия является базисным компонентом, как в процессе лечения, так и в процессе выздоровления.

До недавнего времени противорецидивная психотерапия в комплексном лечении зависимых заболеваний была представлена рациональными, эмоционально-стрессовыми, гипно-суггестивными практиками. В настоящее время содержание противорецидивной психотерапии в наркологии существенно изменилось в направлении личностного развития, доступа к внутренним ресурсам и социально-психологической адаптации пациента. Данные психотерапевтические мишени достигаются в процессе реализации личностно-ориентированных, когнитивно-поведенческих, копинг-стратегических технологий с акцентом на межличностные и семейные отношения.

Эффективное использование психотерапевтических методов в противорецидивном лечении ставит следующие организационные и специфические задачи:

- необходимость новых форм лечебно-организационной работы;
- сочетание и преемственность стационарной и амбулаторной помощи;
- наличие коллективов психотерапевтических групп для долгосрочной поддерживающей психотерапии;
- обеспечение единой психотерапевтической тактики в разрешении психотерапевтических проблем.

Долгосрочная противорецидивная и поддерживающая терапия (ППТ) создает благоприятные условия для социальной реадaptации, раннего предотвращения развивающихся срывов или рецидивов заболевания, необходимой по показаниям госпитализации в стационар.

Альтернативный подход к лечению наркотической зависимости – это «12 шаговая» программа. С профессиональной точки зрения, программа «12 шагов» представляется, как мощная психотерапевтическая стратегия, включающая элементы психоанализа, гештальт-терапии и поведенческой психотерапии, направленная на деструкцию аддиктивного зависимого поведения путем личностного и духовного развития и совершенствования (Батищев В.В., Негериш Н.В., 2001).

На этапе формирования ремиссии в значительной мере сохраняется возможность рецидива, что отражает недостаточность и неустойчивость компенсаторных ресурсов пациентов на клиническом, психологическом и соци-

альном уровнях. Риск рецидива увеличивается по истечении 10-12 месяцев после начала ремиссии («поздние кризы» по Н. Scholz). Клинически недостаточность компенсаторных возможностей проявляется в возобновлении или усилении аффективных расстройств, астенических проявлений, возникновении ПВ к наркотику и псевдоабстинентных состояний.

Для прогноза становления ремиссии более значимыми оказываются личностно-психологические критерии (изменения личности, степень выраженности тревоги, отношение пациента к различным видам терапии, установки на лечение психотерапевтическими методами). А прогностическая роль биологических факторов по мере течения ремиссии постепенно снижается. На этапе сформировавшейся ремиссии важное прогностическое значение приобретают адаптационные ресурсы, стойкие установки на трезвый стиль жизни, проведение поддерживающей терапии.

Целью разработки названных методических рекомендаций является увеличение длительности, стойкости и качества ремиссий у больных наркоманиями, разработка противорецидивных реабилитационных и профилактических программ, способствующих ресоциализации и реадaptации пациентов.

2. Психологические подходы к формированию ремиссии

Главной задачей реабилитации наркомании является не столько прекращение употребления наркотиков, сколько изменение и стабильность трезвого образа жизни на продолжительное время. Эта точка зрения обусловила поиск и создание терапевтических программ, которые помогут пациентам противостоять срывам и рецидивам.

Рецидив – это возврат к употреблению ПАВ после периода воздержания, сопровождающийся восстановлением синдрома зависимости.

Различаются рецидив и срыв, под которым понимают отдельный случай употребления наркотика или ПАВ.

Ремиссия - это особое клиническое состояние пациента, и оно имеет свою клиническую картину и динамику симптомов. Обратное развитие и ослабление механизмов болезни происходит с разной степенью регрессиентности и в различной последовательности. В любом случае для становления ремиссии необходимо время.

Слово *ремиссия* обозначает *ослабление*. Применительно к наркотической зависимости речь идет об ослаблении потребности в наркотиках. Ослабление приводит к уменьшению или исчезновению чувства «тяги». Считается, что во время ремиссии механизмы зависимости не исчезают, а лишь переходят из активного состояния в латентное. Поэтому к ремиссиям не могут быть отнесены случаи воздержания от употребления ПАВ, например, под страхом смерти у «закодированного» больного, если при этом не произошла дезактуализация патологического влечения, или вынужденное воздержание, например, в условиях изоляции.

Ремиссия у больных наркоманиями – это полное воздержание от употребления наркотиков и других ПАВ. Различают спонтанные и терапевтические ремиссии. Спонтанные ремиссии при наркоманиях обычно обусловлены тяжелыми соматическими заболеваниями или социальными последствиями наркомании.

Таблица 1 - Типы ремиссий при наркоманиях (Шабанов П.Д., 2002)

Тип ремиссии	Основные проявления
Дисфорический с признаками депрессии	Характеризуется преобладанием вялости, слабости, раздражительности, дисфории, снижением побуждений, общей активности, астенической или апатической депрессией, психопатоподобными расстройствами
Органический	Характеризуется преобладанием психоорганических и неврологических нарушений, а также интеллектуально-мнестических расстройств со снижением уровня личности и нарушением адаптации

Динамика формирования и стабильность терапевтических ремиссий у больных наркоманиями определяются социальными, личностно-психологическими, клиническими, терапевтическими и биологическими факторами. В большинстве случаев это взаимодействие нескольких факторов. Наиболее значимые факторы и положительно коррелирующие с продолжительностью ремиссии (в порядке убывания): положительная и стойкая установка на отказ от употребления наркотиков; полная критика к заболеванию и его последствиям; умеренная степень выраженности и периодичность патологического влечения к наркотикам; длительное и непрерывное терапевтическое воздействие; позитивное влияние микросоциального окружения (семьи); наличие в анамнезе «спонтанных» и терапевтических ремиссий; длительность добровольного стационарного лечения (Киткина Т.А., 1993).

С позиций клинического подхода при оценке ремиссии следует учитывать следующие показатели:

- степень дезактуализации патологического влечения к психоактивному веществу (ПАВ) как по субъективному чувству тяги, несвободы и зависимости, так и по отдельным его проявлениям в эмоциях, вегетативных признаках, доминирующих мыслях и т.д.;
- наличие альтернативных позитивных интересов;
- восстановление личностного контроля собственного поведения;
- выраженная редукция других физических и психических проявлений патологического влечения;
- полный отказ от употребления ПАВ;
- степень редукции и глубина латентности зависимого состояния.

2.1. Актуализация патологического влечения к наркотику

В период становления ремиссии важно своевременно распознать актуализацию патологического влечения. Диагностике обострения влечения должны быть обучены сам пациент, его близкие и родные, ко-терапевты, психологи, социальные работники. При этом необходимо учитывать, что ак-

туализация влечения чаще проявляется в виде заместительных форм, не всегда осмысленных самим больным.

Проявление обострения тяги может быть скрыто под маской эмоционально-вегетативной дистонии в форме неустойчивого или пониженного настроения с раздражительностью, истощаемостью, тревогой, депрессией, дисфорией, нарушениями сна, изменением самочувствия, недомоганием, алгиями, вегетативными кризами и т.д.

Нередко наблюдаются сомнения в правильности сделанного выбора трезвости, борьба мотивов, страх и неуверенность перед будущей трезвой жизнью, тоска по прежним способам общения, расслабления, получения удовольствия. Часто при этом появляются мысли о способах перехода на контролируемое употребление ПАВ, чтобы «держать дозу».

Актуализация влечения может проявляться в поведении больного такими симптомами, как угрюмость, отгороженность, необщительность, замкнутость, недоброжелательность, скованность, неестественность, импульсивность, суетливость, снижение энергетического потенциала, работоспособности и продуктивности. Часто наблюдается «замещение» зависимости чрезмерными переживаниями по поводу своего здоровья, какой-либо возможной болезни, сексуальной, пищевой зависимостью, усиливаются межличностные конфликты с нарастанием неприязни к тем, кто настаивает на лечении.

Проявлениями актуализации влечения могут быть состояния скрытого обострения зависимости с чувством утраты смысла жизни вплоть до суицидальных мыслей или состояния по типу маскированной депрессии с проявлениями анорексии, апатии, снижения либидо, всевозможных соматизированных расстройств, а также чувство эмоционального вакуума (скука, бесцветность и безрадостность жизни).

Наконец, может просто произойти возврат зависимого состояния. В этих случаях наступает обострение патологического влечения к ПАВ в виде типичных симптомов: осознание чувства «тяги», потребность в привычном веществе, соответствующие мысли, эмоции, ощущения, соматовегетативные проявления разной степени выраженности. Это признаки актуализации патологического влечения, приводящего к срыву.

Анализ рецидивов наркомании показал, что основной причиной возобновления употребления наркотиков является обострение патологического влечения. Выделено два клинических варианта первичного патологического влечения к наркотикам, определяющих длительность и качество ремиссии, - периодический и постоянный (Воронин К.Э., 1987).

Периодический вариант проявляется внезапным, спонтанным возникновением влечения к наркотику, развивается по типу пароксизма и быстро достигает степени компульсивности. В этих случаях пациенты после прекращения употребления наркотиков (что особенно характерно для больных, употребляющих психостимуляторы) определенное время не испытывают осознанного влечения к наркотикам.

Рецидив болезни возможен на фоне кажущегося отсутствия признаков влечения к наркотикам. При этом перед рецидивом могут возникать различ-

ные, несвойственные ранее ощущения (тахикардия, одышка, сердцебиение, потливость, подъемы и падения АД и т.д.), которые исчезают сразу после употребления наркотиков.

Спонтанная актуализация влечения к наркотику может проходить в виде «вспышек» дисфории, раздражительности, нервозности, беспокойства, неусидчивости, чувства немотивированного страха или в виде слабости, вялости, ощущения безразличия. Возникнув неожиданно, данная симптоматика стремительно нарастает, приобретая на высоте развития характер осознанности, неодолимости, немедленного удовлетворения, что в подавляющем большинстве случаев приводит к рецидиву заболевания.

Рецидиву, не связанному с осознанным желанием употребить ПАВ, может предшествовать постепенное возникновение аффективной или психопатоподобной симптоматики. На фоне этих расстройств появляются сны наркотического содержания, и возникает неодолимое желание употребить наркотик для облегчения состояния. Борьба с осознанным влечением к наркотикам может сопровождаться гипертермическими реакциями с подъёмом до субфебрильных цифр, и в подавляющем большинстве случаев она безуспешна, что влечет за собой формирование рецидива.

Постоянный вариант влечения к наркотикам наиболее часто встречается при употреблении наркотических средств опийной группы и является неблагоприятным в плане прогнозов. Такие больные почти постоянно ощущают влечение, им всё время «чего-то не хватает». Это могут быть разной степени выраженности мысли о наркотиках, о ситуациях, связанных с их употреблением, постоянное чувство неудовлетворенности, беспокойства. В большинстве случаев осознанное, постоянное влечение к наркотикам сочетается с астеноневротической симптоматикой (слабость, вялость, повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность и т.д.). Проявления данного симптомокомплекса в отличие от периодического варианта патологического влечения (ПВ) к ПАВ практически не исчезают.

Актуализации патологического влечения способствует ряд факторов. Среди них наибольшее значение имеют неблагоприятное микросоциальное окружение, особенно - общение с наркоманами. Среди причин, приводящих к возобновлению употребления наркотиков, большую роль играют «аффективная лабильность», формирующаяся в процессе наркотизации, а также декомпенсации психопатий, особенно психопатий возбудимого круга.

Изложенные выше особенности, приводящие к рецидиву или являющиеся его предвестниками, необходимо учитывать при построении программ на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии.

2.2. Факторы высокого риска рецидива

Наиболее распространенной классификацией ситуаций высокого риска рецидива является классификация Дж. Гордона и Г. Марлата (1989). В ней выделяются три основных вида ситуаций:

1. Негативные эмоциональные состояния (гнев, фрустрация, тревога и депрессия, связанные с интраперсональными конфликтами и/или реакцией на социальные стрессоры);

2. Интерперсональные конфликты (конфликты со значимыми другими, членами семьи, друзьями, сослуживцами);

3. Социальное давление (направленное прямо — предложение употребить наркотики, выпить или косвенно — пребывание в компании наркотикующих или алкоголизирующих лиц);

Впоследствии перечень классов ситуаций риска был несколько расширен и в настоящее время традиционно представляется следующим образом:

Интраперсональные детерминанты:

- негативные эмоциональные состояния (депрессия, фрустрация, тревога, гнев);

- негативные физические состояния (усталость, разбитость, болезнь, физическое состояние, сходное с абстиненцией);

- позитивные эмоциональные состояния (внезапная радость, восторг, подъем, предвкушение успеха, приятного события);

- проверка собственного контроля («Смогу ли контролировать дозу психоактивного вещества, если снова, всего лишь раз, его употреблю?» или «Ничего страшного. Я - сильный человек. Это я себе и другим уже доказал, прекратив употребление наркотиков. Теперь я смогу спокойно контролировать их употребление как захочу»);

- сильная тяга и искушение.

Интерперсональные детерминанты:

а) интерперсональный конфликт;

б) социальное давление;

в) позитивные эмоциональные ситуации, связанные с межличностным общением.

К факторам высоко риска рецидива относятся следующие положения:

1. *Высокострессовые черты характера.* Личность с высокострессовыми чертами характера часто находится в состоянии вражды с собой и окружающими. Представители данных характерологических особенностей склонны критиковать как себя, так и других, отсюда - неудовлетворенность трезвостью и новым стилем жизни. Они часто недовольны собой и пытаются достичь совершенства. Такая особенность личности описывается как «Тип А». Поведенческий «Тип А» не только создаёт предпосылки к срыву, но и увеличивает риск возникновения психосоматических болезней, связанных со стрессом (заболевания сердца, рак и др.). Как правило, личность, неадекватно реагирующая на стресс, выбирает крайне напряжённый стиль жизни.

2. *Стиль жизни с повышенным риском.* При образе жизни с избыточным риском наблюдается повышенная и пониженная активность в поведении, а также неконструктивная ориентация на ложные жизненные ценности. Избыточное насыщение собственной жизни гиперактивностью и ответственностью приводит к ощущению напряжения и разочарования. Другой поляр-

ный вариант - когда пониженная активность, отсутствие интереса в жизни заставляет страдать от угнетающей скуки. Ориентирующиеся на ложные жизненные ценности лица могут переживать стресс в результате крушения надежд и разочарования. К «ложным ценностям» в данном случае можно отнести род занятий, поставленные цели и даже людей, не обладающих подлинными интересами и талантами. Такие пациенты на этапе выздоровления живут в состоянии постоянного необоснованного стресса, создают конфликты и нестабильность в отношениях с окружающими.

3. *Социальный конфликт или социальный сдвиг.* Пациенты на этапе становления ремиссии строят отношения в первую очередь в ближайшем своем окружении, выполняя функции и роли таких субличностей, как супруг или супруга, сотрудник, начальник, родитель, друг и другие. Стрессовая ситуация может заставить их действовать неконструктивным способом, что приводит к несоответствию определенной социальной роли и в результате порождает конфликт, как в семейных, так и в других социальных отношениях. Прогрессируя, конфликт вызывает ещё более напряжённые взаимоотношения и усугубляет ситуацию стресса.

4. *Пренебрежительное отношение к здоровью.* Правильные питание, отдых, режим труда и прочее - все это необходимо для здорового образа жизни. По мере накопления стресса и факторов высокого риска рецидива многие из выздоравливающих пациентов возвращаются к прежней привычке плохо питаться (нерегулярное питание, употребление недоброкачественной пищи) и прекращают вести здоровый стиль жизни. Такие реабилитанты на стадии формирования ремиссии пренебрегают своим здоровьем и отказываются от необходимой медицинской помощи, не уделяют внимания симптомам стресса и другим факторам, например избыточному весу. Отсутствие внимания и пренебрежение собственным здоровьем ослабевает психологическую устойчивость к повторному вовлечению в наркотическую зависимость и является сигналом психологического неблагополучия.

5. Другие болезни. Для зависимых, подверженных риску рецидива, характерно чувствовать себя нездоровыми, астеничными, апатичными. Хроническое переутомление и стресс приводят к ослаблению иммунной системы, что в свою очередь, еще более истощает организм другими соматическими заболеваниями и затрудняет выполнение программы выздоровления.

Таблица 2 – Факторы высокого риска рецидива

Факторы высокого риска	Провоцирующие события	Внутренняя дисфункция	Внешняя дисфункция	Потеря самоконтроля	Срыв-возврат к прошлому
------------------------	-----------------------	-----------------------	--------------------	---------------------	-------------------------

1. Высокострессовые черты характера 2. Образ жизни с избыточным риском 3. Социальный конфликт или социальный сдвиг 4. Пренебрежительное отношение к здоровью 5. Другие болезни 6. Несостоятельная программа выздоровления	1. Навязчивые идеи 2. Болезненные эмоции 3. Болезненные воспоминания 4. Стрессовые ситуации 5. Напряженные взаимоотношения с другими людьми	1. Нарушение ясности мышления 2. Затруднения в управлении чувствами и эмоциями 3. Проблемы с памятью 4. Нарушения здорового сна 5. Трудности в преодолении стрессов 6. Нарушения координации движений 7. Стыд, комплекс виновности, безнадёжность 8. Возвращение отрицания	1. Практика избегания и "ухода в защиту" 2. Углубление кризиса 3. Заторможенность и апатия 4. Замешательство и раздражительность 5. Депрессия	1. Потеря рассудительности 2. Неспособность действовать 3. Неспособность сопротивляться деструктивным побуждениям 4. Ощущение полного поражения 5. Сужение выбора 6. Эмоциональный и физический коллапс	1. Первое употребление алкоголя или других наркотиков 2. Сильное чувство стыда, вины и раскаяния 3. Потеря контроля над потреблением 4. Усугубление проблем со здоровьем и жизненных трудностей
--	---	---	---	--	--

6. *Несостоятельная программа восстановления.* Ранним симптомом неблагополучия в программе восстановления является неадекватное возникновение скуки или самодовольства. Другим предвестником неблагополучия определяются нерешенные проблемы, с которыми реабилитанты не могут справиться. Следовательно, появляется мнение, что программа восстановления либо не нужна, либо не осуществима в полном объеме. Тогда появление большого количества факторов риска рецидива снижает устойчивость к стрессам, и уже стресс меньшей интенсивности запускает процесс внутренней дисфункции.

2.3. Провоцирующие рецидив события

Под действием стресса и избыточного перенапряжения наступает внутренний разлад – дисфункция, которая может оказаться пусковым моментом для развития провоцирующих рецидив событий:

1. *Навязчивые идеи.* Наиболее общим провоцирующим фактором является иррациональное мышление. Если человек думает, что ему никогда ничего не удастся или, что он вечный неудачник, то такое мышление можно назвать иррациональным, а идеи - навязчивыми.

2. *Болезненные эмоции.* Эмоции необходимы для функционирования психики личности, и их нельзя назвать хорошими или плохими. Например, физическая боль является сигналом, что с организмом или телом происходит нечто неладное; боль эмоциональная может указать на то, что в мышлении и поведении есть расстройства, и с ними необходимо совладать. Следовательно, реабилитанты на стадии формирования ремиссии должны владеть умениями проживать собственные чувства, а также навыками конструктивной

вербализации (проработанные проблемы алексетемии) чувств, эмоций и переживаний, как позитивного, так и негативного характера.

3. *Болезненные воспоминания.* Реабилитанты на этапе становления ремиссии подвержены негативным воспоминаниям в виде «прокручивания» в памяти случаев из жизни, связанных с перенесенными психотравмами вследствие физического нападения, насилия, аварии или боевых действий. Воспоминания о таких тяжёлых физических и эмоциональных травмах сопровождаются выраженным мышечным напряжением тела и именуется «запретной памятью». При воспоминании «запретной» психотравмирующей ситуации, вызванном аналогичными сигналами в виде образа, звука, прикосновения или запаха, появляются и вновь переживаются ощущения растерянности, смятения, дезориентации или чувство беспричинной тревоги. Такие симптомы усугубляют стресс и усиливают внутреннюю дисфункцию. Вариантом решения проблемы является обращение к психотерапевту, психологу с целью коррекции болезненных воспоминаний и утилизации психотравмирующей ситуации.

4. *Стрессовые ситуации.* Спектр стрессовых ситуаций в настоящее время достаточно широк. Любая неожиданная ситуация может оказаться стрессовой, при условии если человек не готов к её решению. Например, руководитель неожиданно попросил сотрудницу выступить с публичным отчётом на рабочем собрании, эта ситуация вызвала у сотрудницы настолько сильный стресс, что женщина была не в состоянии сделать отчёт. Её попросили подготовить отчёт к следующему собранию, и поскольку на этот раз было необходимое время для подготовки, сотрудница была достаточно спокойна и представила отчёт в полном объёме. Интенсивность напряжения понизилась, так как возрос уровень подготовки. Для того чтобы ослабить стресс, нам необходимо повысить уровень нашей готовности.

5. *Напряженные взаимоотношения с другими людьми.* Взаимоотношения с другими людьми в микро и макро социальном окружении реабилитанта могут быть напряжёнными. Например, производственная ситуация, где руководитель является «стрессогенной личностью», т.е. человеком, вызывающим выраженный стресс, тогда подчинённые ощущают напряжение от одного его присутствия. Реабилитанты программы выздоровления, проходящие поддерживающую терапию, чувствительны к присутствию стрессогенных людей, и такое общение является для них запуском внутренней дисфункции.

2.4. Внутренняя дисфункция

На стадии формирования ремиссии реабилитанты под действием выраженного стресса подвержены определенным дисфункциям мышления в виде утраты чёткости и последовательности мыслей, нарушения памяти, а также управления собственными чувствами и эмоциями. Одной из главных причин подобных проблем оказывается повышенная реакция на стрессовые факторы, так называемая «невротическая гиперсенситивность». Её проявлениям свойственна повышенная, обостренная восприимчивость внешних раздражителей: свет воспринимается ярче, звук резче, обычная беседа кажется докуч-

ливой. Легко подвергаются испугу, обычные события «сводят с ума», нарушается естественный сон. Бессонница, нарушения сна, в свою очередь, усугубляют состояние утомления и истощения, и тогда стресс может привести к более трагичным последствиям (несчастным случаям).

1. *Нарушения ясности мышления.* У выздоравливающих реабилитантов могут наблюдаться нарушения в виде снижения ясности мышления, возникают затруднения в решении даже несложных проблем, появляется стремительный круговорот навязчивых и бесконечно повторяющихся мыслей. Наблюдаются трудности в концентрации внимания, выстраивании последовательности в логических рассуждениях. В результате возникают сбои в причинно-следственных связях и ассоциациях событий. Следовательно, описанный выше процесс приводит к трудностям в принятии ответственного выбора и решения для поддержания трезвого жизненного стиля и реализации программы выздоровления.

2. *Затруднения в управлении чувствами и эмоциями.* В процессе выздоровления реабилитанты могут быть эмоционально неустойчивыми: периоды возбуждения сменяются периодами эмоционального ступора, или возникают трудности в идентификации собственных чувств. В других случаях, при отсутствии внешних причин, переживаются необычные «бредовые» ощущения, это приводит к еще более выраженным затруднениям в управлении чувствами и эмоциями и заставляет выздоравливающих пациентов переживать резкие перепады настроения (депрессию, тревогу, страх). В результате утрачивается самоконтроль и самоорганизация на этапе становления ремиссии.

3. *Проблемы с памятью.* У реабилитантов часто наблюдается ухудшение памяти, что препятствует усвоению новой необходимой информации и приобретению новых навыков. Проблемы с памятью касаются не только настоящих событий, но и прошлых лет, воспоминаний из детства и юности. Периоды ясной памяти сменяются ощущениями собственной «заблокированности», «отрешенности» от этих воспоминаний и переживаний.

4. *Нарушения естественного сна.* В течение периода выздоровления периодически наблюдаются нарушения сна в виде трудности засыпания, поверхностного, беспокойного сна, необычных или кошмарных сновидений. Сон может многократно прерываться, просыпание происходит с трудом или отсутствием чувства удовлетворения от сна, а глубокий и полноценный сон бывает редко. Утром чувство усталости, длительное «перележивание», позднее засыпание не позволяют начать день бодрыми и активными. Иногда степень изнуренности отсутствием здорового сна приводит к чрезвычайно длительному, в течение суток или даже нескольких дней подряд сну.

5. *Трудности в преодолении стрессов.* Затруднения в преодолении стрессов определяются нарушениями функций мозга вследствие длительного периода интоксикации наркотиками. Данные процессы хотя и восстанавливаются, но на это необходимо время. Ориентировочно на каждый год активного употребления ПАВ приходится один месяц повышенной восприимчивости к стрессам. Мозг обладает способностью компенсаторной саморегуляции

и при повышенных нагрузках может временно «отключиться». То есть при сверх высоком уровне стресса мозг временно становится невосприимчивым к внешним раздражителям. Первым симптомом этого является «отключение» способности переживать собственные чувства, так называемый эмоциональный ступор или оцепенение. В состоянии эмоционального ступора у реабилитантов нарушается процесс рефлексии, и они не могут распознать симптомы ежедневного стресса, а значит справиться с ним. При повышенном уровне стресса пациенты пытаются противодействовать и совладать с проблемной ситуацией, но сверхчувствительность к стрессу приводит к переживанию преувеличенных и неадекватных чувств. Состояние перенапряжения, отсутствие расслабления не купируются обычными мерами, которые используют другие люди. Методы для расслабления либо не действуют, либо ещё усугубляют стресс. Следовательно, реабилитанты в состоянии возбуждения перестают контролировать себя и оказываются неспособными продолжать программу выздоровления и трезвый стиль жизни.

6. *Стыд, вина и чувство безнадежности.* Для выздоравливающих реабилитантов свойственно испытывать глубокое чувство стыда, в связи с идентификацией себя как несостоятельной личности или неспособной быть как все нормальные люди. Чувство вины перед близкими и родными, а также перед собой за деструктивные поступки в прошлом, низкий уровень собственной эффективности в программе и т.п. Переживание стыда, вины затрудняет самодиагностику раннего выявления симптомов срыва/рецидива и препятствует обращению за помощью к специалистам, привлечению внешних ресурсов из ближнего окружения пациента. Затягивание данного процесса приближает и усиливает угрозу срыва, дефицит собственных адаптационных ресурсов не позволяет справиться с ситуацией повышенного риска, что в итоге приводит к чувству безнадежности, утрате интереса к программе восстановления.

7. *Возвращение отрицания.* Состояние внутренней дисфункции приводит к неспособности правильно оценивать расстройства на уровне собственных мыслей и чувств. Компенсаторно включаются неконструктивные психологические защиты, возникает процесс самообмана, и пациент выдает желаемое за действительное в отношении своего выздоровления и благополучия. Отрицание реабилитантом данной проблемы на фоне трезвости подобно отрицанию проблемы зависимости от наркотиков в прошлом. Таким образом, происходит возвращение отрицания, как на осознаваемом, так и неосознаваемом уровнях.

2.5. Внешняя дисфункция

Появление симптомов - предвестников срыва/рецидива влечёт за собой возникновение серьёзных жизненных проблем. Если на начальных этапах формирования ремиссии трудности соответствовали внутренней дисфункции и имели внутренний характер, то на последующих этапах проблемы начинают возникать на работе, в семейных отношениях, с друзьями и соратниками по программе выздоровления. Причина этих проблем заключается в исполь-

зовании неконструктивной психологической защиты - избегания разрешения проблем, т.н. «уход от проблем», что приводит к усугублению конфликтов в социальных взаимоотношениях.

1. *Практика избегания и «ухода в защиту».* На этом этапе развития рецидива отсутствует достаточный уровень критического отношения к проблемам, чаще наблюдается их отрицание и уход от болезненного переживания собственных чувств. В результате избегания формируется оборонительная (защитная) позиция, характеризующаяся ложным чувством уверенности в том, что проблема зависимости далеко позади, и что реабилитант никогда не будет употреблять наркотики. Возникает потребность заботиться больше о других, чем о себе, что в практике анонимных наркоманов называется «работой по чужой программе». В этот период возможна подмена химической зависимости другим видом нехимической зависимости. Возможные варианты – это трудовоголизм, булимия, гэмблинг, любовная аддикция и др. Для поведения свойственны импульсивность, отсутствие самоконтроля, необдуманность поступков, что наносит серьезный ущерб выздоровлению реабилитанта. Большая часть времени проводится в одиночестве и изоляции, суженный круг коммуникаций препятствует эффективному разрешению проблем.

2. *Углубление кризиса.* Отрицание собственных чувств, социальная изоляция и пренебрежением процессом самовосстановления усугубляют кризис на уровне поведения и поступков. Каждый стресс является симптомом и приближает реабилитанта к срыву. За первой проблемой следует вторая, один симптом неблагополучия сменяется следующим симптомом, и этот процесс называется «заменой симптомов». Суть данной последовательности в происходящем на уровне поведения заключается в том, что пациент сам готовит себя к повторному вовлечению в наркотическую зависимость, т.е. следует к рецидиву по пути углубления кризиса.

3. *Подавленность и апатия.* Несколько закономерным является сохранение симптомов депрессии на этапе становления ремиссии. Преобладающие эмоции – это подавленность, уныние, апатия. Состояние характеризуется сонливостью, отсутствием какого-либо интереса. Любое событие, смена деятельности могут «выбить из колеи» и вызвать депрессию. В связи с чем, утрачиваются такие навыки, как ответственное планирование, постановка цели, рациональное структурирование времени. Состояние фрустрации, связанное с отсутствием результатов, недостижением цели, вызывает ещё большую подавленность и апатию.

4. *Депрессия.* На этом этапе подавленность и апатия могут привести к суицидальному поведению, возможному самоубийству, а также к употреблению наркотика в качестве лечебного средства от депрессии. Депрессивные проявления усиливаются, носят постоянный характер, приводят к сбою в процессе восстановления: распорядок дня игнорируется, консультации и встречи пропускаются, ответственные задания не выполняются. В этот период нарушается питание, прекращается трудовая активность и деятельность, состояние депрессии сопровождается страхом и чувством безысходности.

5. *Неспособность сопротивляться деструктивным побуждениям.* Одержимость, как деструктивное побуждение возвращается, а вместе с ней – деструктивные способы поведения, которые приносят большой вред реабилитанту. На этом этапе деструктивное побуждение овладевает волей, и пациент, чувствуя себя слабым и уставшим, не способен сопротивляться порочной страсти. Психологическая устойчивость к повторному вовлечению в наркотическую зависимость оказывается несостоятельной, и пациент, безответственно вспоминая универсальное желаемое действие наркотика, подвергается срыву в отношении возврата к употреблению ПАВ.

4. *Ощущение полного поражения.* Осознание действительного своего положения, отсутствия реального управления собственной жизнью, выраженного дефицита таких психологических качеств, как мужественность, сила воли, копинг-стратегии разрешения проблем, приводит к болезненным ощущениям полного поражения. К этому времени утрачен доступ к внешним ресурсам окружения, социальная изолированность привела к чувству одиночества. Выше описанное спровоцировало чувство жалости реабилитанта к себе, и это послужило основой манипулятивного поведения для привлечения внимания. И тогда употребление наркотика рассматривается как единственная приемлемая альтернатива для выхода из тупика или предотвращения самоубийства. Эти мысли оказываются настолько навязчивыми, что от них невозможно освободиться и их остановить. Тогда чувство бессилия заставляет поверить в собственную бесполезность и несостоятельность, ощущение полного поражения блокирует способность четко мыслить и действовать.

Выше описанные положения укладываются в схему умений преодоления критических моментов в процессе выздоровления по Терену Горский (таблица 3).

Таблица 3 - Схема умений преодоления критических моментов в процессе выздоровления по Терену Горский

Начало процесса срыва	Отказ и уклонение (ступеньки в сторону срыва) - Избегание и отрицание - Последующий стресс - Компulsive поведение - Самоизоляция - Усугубление проблем. - Избегание и отрицание новых проблем	Признание и разрешение проблем (ступеньки в сторону восстановления) - Признать, что проблемы существуют - Признать, что наличие проблем - это нормально - Отстраниться с целью увидеть настоящую перспективу - Принять помощь - Отреагировать изменением поведения	Возвращение к процессу восстановления
------------------------------	--	--	--

3. Модели преодоления рецидива

Существует несколько основных психологических принципов преодоления наркотической зависимости, при нарушении которых возникает срыв и развивается рецидив болезни:

- 1) *саморегуляция* - риск срыва уменьшается, если пациент сам регулирует мысли, чувства, воспоминания, жизненно важные решения, а также процесс личностного саморазвития и собственное поведение;
- 2) *интеграция* - риск срыва уменьшается с повышением уровня осознания, понимания и оценки жизненных ситуаций и событий, а также использования стратегий избегания риска возвращения к наркотизации;
- 3) *понимание* - риск срыва уменьшается с процессом понимания основных факторов, вызывающих срыв;
- 4) *развитие* - риск срыва уменьшается при постоянном развитии ресурсов личности и стрессоустойчивого поведения;
- 5) *социальная поддержка* - риск срыва уменьшается при постоянной активности, направленной на построение социально-поддерживающей сети и развитие навыков восприятия и использования социальной поддержки;
- 6) *социальная компетентность* - риск срыва уменьшается при постоянном повышении знаний об окружающей социальной среде, развитии навыков эмпатии и аффилиации;
- 7) *самоэффективность* - риск срыва уменьшается при постоянном развитии стратегий эффективного поведения и принятии себя в качестве эффективной личности;
- 8) *ответственность* - риск срыва уменьшается по мере принятия пациентом ответственности за свое выздоровление.

3.1. Когнитивно-поведенческая модель процесса рецидива

На ситуацию высокого риска срыва индивид может давать эффективный копинг-ответ, направленный на преодоление своего влечения в данной ситуации. В результате этого у него повышается ощущение самоэффективности и уменьшается риск срыва. Если индивид не дает эффективного копинг-ответа, у него уменьшается ощущение самоэффективности в преодолении болезни и усиливаются позитивные ожидания от приема наркотика. Он употребляет наркотик и получает эффект абстиненции и внутренний конфликт, вызванный когнитивным диссонансом между желаемым самоотношением и восприятием себя как потерявшего контроль. В результате нарастают проблемы рецидива.

В профилактике рецидивов используются следующие специфические стратегии:

- повышение уровня знаний о ситуациях высокого риска;
- тренинг навыков преодоления ситуаций высокого риска;
- повышение самокомпетентности и умений контролировать процессы, связанные с изменениями в сфере своего «Я» в ситуациях высокого риска;
- работа с самоидентификацией себя как человека, эффективно преодолевающего зависимость;
- тренинг когнитивной оценки проблемных стрессовых ситуаций и ситуаций высокого риска;
- работа над повышением внутреннего контроля над своим поведением;

- тренинг избегания ситуаций высокого риска;
- релаксация (в случае отсутствия эффективного копинг-ответа на ситуацию высокого риска);
- обучение управлению стрессом и навыкам копинг-поведения в стрессовых ситуациях параллельно с развитием ресурсов копинг-поведения.
- работа по формированию позитивных ожиданий в отношении собственного поведения в ситуациях риска и стрессовых ситуациях (в случае снижения ощущения самоэффективности);
- работа с мотивацией, обучение ежедневной работе над собой по преодолению зависимости;
- медицинская программа снятия абстиненции и когнитивная реконструкция понимания процесса рецидива и поиска когнитивных, аффективных и поведенческих ресурсов по преодолению рецидива (в случае состоявшегося срыва и развивающегося рецидива).

Конкретные психотехнологии профилактики рецидива базируются на понимании того, что вместе с пациентом необходимо развивать у него:

- а) представление о себе как об эффективном человеке, преодолевающем зависимость;
- б) навыки совладания со стрессовыми и проблемными ситуациями;
- в) навыки и возможности самоконтроля, когнитивной оценки стрессовых и проблемных ситуаций, своего поведения, эмоций, влечения к наркотику и совладания с ним;
- г) самоэффективность в процессе преодоления жизненных стрессовых ситуаций и ситуаций риска срыва и рецидива;
- д) позитивный опыт успешного преодоления ситуаций риска срыва и рецидива;
- е) умение проводить анализ и оценку ситуаций высокого риска срыва и рецидива;
- ж) самонаблюдение с целью повышения уровня осознания пациентом различных ситуаций как инструмент самоконтроля.

Важно составлять перечень и график ситуаций риска, вести дневник, в котором фиксируются и анализируются все ситуации риска, возникающие в реальной жизни, а также анализируется собственное поведение по их преодолению.

Очень важно прорабатывать конкретные ситуации риска в качестве домашней работы, так как таким образом происходит обучение конкретным формам копинг-поведения.

Желательно, чтобы пациент составил индивидуальный список конкретных ситуаций риска в иерархической последовательности - от менее рискованных к более рискованным ситуациям - и оценил выраженность риска для себя в балльной системе.

Проработка вариантов преодоления ситуаций риска должна происходить последовательно от менее рискованных к более рискованным ситуациям (вплоть до максимально трудных ситуаций). При этом необходимо, чтобы пациент понимал, что он реально готов к их преодолению и осознавал сте-

пень своей готовности, чувствовал себя эффективным. Таким образом, будет формироваться самоэффективность в преодолении риска рецидива.

Необходима специальная подготовка по разработке вариантов использования альтернативных наркотизации копинг-стратегий (форм поведения, которые будут способствовать сопротивлению искушению наркотизации или его избеганию).

Пациент должен научиться адекватно оценивать и анализировать себя, свои мысли, эмоции и действия, чтобы понимать, что повышение самоэффективности - это результат успешно усвоенных и развитых навыков преодоления стрессовых и рискованных ситуаций.

Если срыв или рецидив произошёл, необходимо провести совместно с пациентом его анализ таким образом, чтобы пациент мог понять, что у него была возможность выбора вариантов поведения, и осознать, по каким причинам он остановился именно на этом варианте. Каких ресурсов ему не хватило? Возник ли кризис мотивации? Какие факторы препятствовали эффективному преодолению ситуации риска? Что необходимо изменить, развить, доработать для того, чтобы последующие попытки преодоления ситуаций риска были эффективными? Произошедший срыв необходимо использовать как опыт. Были ли какие-то сигналы в мыслях, поведении к тому, что срыв может произойти? Почему пациент не обратил внимания на эти сигналы? (Модель профилактики рецидивов и тренинга профилактики рецидивов Annis H., Davis C., 1989).

В профилактике рецидива используется три категории стратегий:

1) обучение навыкам копинг-поведения (когнитивно-поведенческое развитие);

2) когнитивное переконструирование - рассмотрение срыва как опыта, помогающего не совершать подобных ошибок в будущем, примера, на котором пациент приходит к пониманию того, как изменить свое мышление, систему оценок, управление эмоциями и поведением;

3) работа со стратегиями самоконтроля и достижение сбалансированного образа жизни - пациент должен быть наделён ответственностью за формирование сбалансированного образа жизни и контроль самого себя. Кроме того, ему необходима «обратная связь» - возможность объективно взглянуть на себя «со стороны». Конечная цель этого процесса - осознать возможность выбора, повысить чувство уверенности в себе и самоэффективности.

3.2 Копинг – навыки для предотвращения рецидива

1. Альтернативная деятельность:

- физические упражнения;
- отвлечение;
- расслабление;
- хобби;
- молитва.

2. Подкрепление неупотребления:

- а) составление списка причин, по которым не следует возвращаться к употреблению;

- б) чтение списка причин, по которым не следует возвращаться к употреблению;
- в) вознаграждение себя за воздержание;
- г) получение дополнительной информации о том, как поддерживать себя;
- д) избегание деятельности, связанной с повышенным риском;
- е) избегание провоцирующих ситуаций;
- ж) избегание знакомства с лицами, употребляющими наркотики;
- з) избегание районов «повышенного риска».

3. Социальная поддержка:

- 1) помощь самому себе;
- 2) звонок другу или члену семьи;
- 3) поддержка кого-то, кто в свое время прекратил употреблять наркотики;
- 4) поддержка окружающих;
- 5) посещение специальных групп самопомощи (АА, АН).

4. Отношения в социуме — позитивные последствия:

- мысли о поддержке друзей;
- мысли о том, что Ваш партнер будет счастлив после Вашего отказа я наркотиков;
- мысли о детях: желание подать им хороший пример.

5. Отношения в социуме - негативные последствия:

- а) мысли о том, насколько Вы будете отвратительны для окружающих;
- б) мысли о близких людях, которые будут очень расстроены;
- в) мысли о том, что друзья будут думать, что Вы не способны бросить;
- г) здоровье: негативные последствия;
- д) мысли о том, насколько сильно связаны наркотики с Вашими болезнями;
- е) мысли о том, что употребление наркотиков может привести к смертельному исходу;
- ж) мысли о других рисках для здоровья, связанных с наркотиками.

6. Мотивирование себя:

- 1) отрицание, что наркотики Вам необходимы;
- 2) рассмотрение причин, по которым следует бросить употреблять наркотики.

7. Сила желания:

- твердо принято решение бросить; Вы сжимаете зубы и заставляете себя не думать о наркотиках.

8. Ежедневное напоминание:

- активное вытеснение мыслей о наркотиках из сознания.

9. Закон:

- а) мысли о том, что употребление наркотиков влечет за собой нелегальную деятельность;
 - б) мысли о несении уголовной ответственности в случае поимки;
 - в) мысли о том, что Вы сможете заботиться о своих детях.
10. Обесценивание наркотика (обращение к себе):
- 1) «Нет ничего хуже этого»;
 - 2) «Это страшный наркотик»;
 - 3) «Я просто болен».
11. Напоминание себе:
- наркотики не могут решить проблем;
 - наркотики не могут ничего исправить;
 - наркотики не помогут мне чувствовать себя лучше.
12. Позитивные обращения к себе:
- а) вера в себя: «Я могу это сделать»;
 - б) достижение: «Посмотри, как прекрасно я с этим справился»;
 - в) надежда: «Мне станет лучше (легче)»;
 - г) базовое позитивное отношение к себе.
13. Переопределение себя:
- мысли о себе как о человеке, свободном от зависимости.

4. Примерный перечень услуг на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии

Согласно разработанному проекту «Об утверждении стандартных требований по организации наркологической помощи в системе здравоохранения Республики Казахстан» (А.Л. Катков, 2010) на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии выделяются следующие целевые группы:

- 1) группа лиц, зависимых от ПАВ, прошедших курсы амбулаторной или стационарной медико-социальной реабилитации (МСР), дифференцированных по возрастному признаку и типам зависимости;
- 2) группа лиц, зависимых от ПАВ, прошедших курсы детоксикации и мотивированных на участие в противорецидивной и поддерживающей терапии (без предварительного прохождения этапов амбулаторной или стационарной МСР);
- 3) группа лиц, зависимых от ПАВ, находящихся в состоянии спонтанной (достигаемой без применения специфических лечебно - реабилитационных средств) ремиссии и мотивированных на удержание данного статуса за счёт мероприятий и услуг этапа противорецидивной и поддерживающей терапии;
- 4) группа созависимых лиц (родные, близкие, вовлеченные в систему патологических отношений).

Цель этапа – эффективная профилактика срывов и рецидивов употребления ПАВ в секторе добровольной наркологической помощи Министерства здравоохранения РК и дальнейшее формирование длительной и устойчивой ремиссии на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии у лиц, за-

вершивших амбулаторную или стационарную медико-социальную реабилитацию.

Основные задачи на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии:

1. Обеспечение доступности, ассортимента, объёма и качества противорецидивных услуг наркологической помощи; соответствие оказываемых услуг ожиданиям и потребностям наркозависимых и созависимых лиц;
2. Эффективная реализация противорецидивных программ для наркозависимых, находящихся в состоянии ремиссии, в соответствие с утвержденными клиническими протоколами;
3. Реализация специальных программ (по коррекции внутрисемейных и межличностных отношений) для созависимых лиц, охваченных противорецидивными мероприятиями;
4. Внедрение противорецидивных технологий в систему наркологической помощи, как для наркозависимых, так и для созависимых лиц из их ближайшего окружения;
5. Повышение общей эффективности программ медико-социальной реабилитации за счет внедрения и реализации этапа противорецидивной и поддерживающей терапии;
6. Повышение уровня нормативного функционирования лиц, зависимых от ПАВ, за счет реализации социальных технологий этапа противорецидивной и поддерживающей терапии;
7. Проведение мониторинга эффективности лечения и качества наркологической помощи на соответствие стандарту услуг данного этапа.

Наркологическая помощь на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии предусматривает следующий перечень услуг, оказываемых зависимым от ПАВ и созависимым лицам из их ближайшего окружения.

1. Консультационные технологии:
 - наркологическое консультирование лиц, зависимых от ПАВ;
 - наркологическое консультирование созависимых лиц;
 - психологическое консультирование лиц, зависимых от ПАВ (индивидуальное, групповое);
 - психологическое консультирование созависимых лиц (индивидуальное, групповое);
 - социальное консультирование зависимых лиц, от ПАВ;
 - социальное консультирование созависимых лиц;
 - семейное (супружеское) консультирование;
 - мотивационное консультирование по формированию стойкой ремиссии;
 - предтестовое и послетестовое консультирование лиц, зависимых от ПАВ и значимых других лиц (ЗДЛ) на выявление ПАВ и их метаболитов в биологических жидкостях;
 - волонтерское консультирование и обучающие программы для консультантов/волонтеров по зависимостям.

2. Тренинговые технологии:

- а) мотивационный тренинг;
- б) тренинг формирования адаптационных навыков и стрессоустойчивости;
- в) тренинг формирования свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость;
- г) противорецидивный тренинг для зависимых от ПАВ и созависимых лиц;
- д) тренинг формирования конструктивных копинг – стратегий поведения;
- е) ситуационно-ролевой тренинг для лиц, зависимых от ПАВ;
- ж) тренинг социальной компетенции для лиц, зависимых от ПАВ;
- з) тренинг помощи и поддержки для ЗДЛ и созависимых лиц;
- и) социально – психологический тренинг для ЗДЛ и созависимых лиц;
- к) группы анонимных алкоголиков (АА), анонимных наркоманов (АН), Аль-Анон (для членов семей), Аль-Атин (для детей алкоголиков).

3. Психотерапевтические технологии:

- 1) групповая проблемно-ориентированная психотерапия для зависимых и созависимых лиц;
- 2) индивидуальная проблемно-ориентированная психотерапия для зависимых и созависимых лиц;
- 3) индивидуальная экспресс-психотерапия;
- 4) противорецидивная психотерапия (индивидуальная, групповая);
- 5) семейная (супружеская) психотерапия;
- 6) интегративно-развивающая психотерапия для зависимых и созависимых лиц (индивидуальная, групповая);
- 7) психодрама;
- 8) гештальт-терапия;
- 9) транзактный анализ;
- 10) логотерапия;
- 11) экзистенциальная терапия;
- 12) нейролингвистическое программирование/терапия (НЛП/ ЛТ);
- 13) духовно-ориентированная психотерапия.

4. Технологии медикаментозной терапии:

- психофармакотерапия используется в случаях срыва; обострения патологического влечения к ПАВ; в случаях аффективных колебаний; в периоды адаптационного напряжения – стрессовых реакций и состояний по показаниям;
- симптоматическая медикаментозная терапия, направленная на стимуляцию мозгового метаболизма (использование ноотропов, аминокислот, сосудистых препаратов) используется по показаниям;
- симптоматическая медикаментозная терапия коморбидной патологии используется по показаниям;
- антагонистическая терапия проводится с использованием блокаторов опиатных рецепторов, согласно соответствующим алгоритмам;
- общеукрепляющая терапия используется по показаниям.

5. Технологии немедикаментозной терапии:

- а) физиотерапия (электросон, латеральная субсенсорная электростимуляция, трансцеребральный электрофорез микроэлементов);
- б) краниocereбральная гипотермия;
- в) рефлексотерапия (акупунктура);
- г) оксигенотерапия;
- д) фитотерапия;
- е) комплекс оздоровительных мероприятий.

6. Технологии социальной работы с лицами, зависимыми от ПАВ:

- 1) социальные услуги по жилищным вопросам;
- 2) социальные услуги по вопросам трудоустройства;
- 3) социальные услуги по восстановлению пакета личных документов;
- 4) обеспечение юридических услуг и консультаций;
- 5) взаимодействие с центрами занятости по вопросам профессионального обучения и переподготовки;
- 6) консультации по профессиональной ориентации и выбору специальности;
- 7) взаимодействие с социальными структурами по вопросам социальных пособий;
- 8) клубы социально-психологической поддержки;
- 9) культурно-развлекательные программы;
- 10) спортивно-оздоровительные программы;
- 11) сотрудничество с заинтересованными НПО, ОФ.

7. Технологии социальной работы с созависимыми лицами:

- информационные технологии (семинары, буклеты, плакаты, видеоролики и др.) противорецидивной тематики;
- консультации по вопросам семьи, созависимости;
- «родительские группы» для созависимых лиц, имеющих семейные проблемы;
- группы взаимопомощи и поддержки для ближайшего окружения зависимого от ПАВ.

8. Вспомогательные социально-прикладные технологии для зависимых и созависимых лиц:

- а) организация художественных мастерских прикладного ремесла (лепка, роспись, чеканка, и др.);
- б) организация фермерских подразделений (конное хозяйство, кролиководство, птицеферма и др.);
- в) организация сельскохозяйственных подразделений (теплицы, садоводство, огородничество и пр.);
- г) шефство над хосписом, детским домом, интернатом;
- д) организация загородного поселения для лиц, зависимых от ПАВ, (лагеря отдыха, дачи и др.).

Структуры, реализующие стандарт услуг на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии:

- 1) диспансерное наркологическое отделение региональной медицинской организации (МО);
- 2) диспансерное наркологическое подростковое отделение (подростковые наркологические кабинеты);
- 3) диспансерное наркологическое детское отделение (детские наркологические кабинеты);
- 4) специальная противорецидивная бригада сотрудников диспансерного наркологического отделения (врачи–наркологи, врачи–психотерапевты, психологи медицинские, социальные работники, специалисты по социальной работе, консультанты-волонтеры);
- 5) стационарное наркологическое отделение противорецидивной и поддерживающей терапии;
- 6) стационарное наркологическое детское отделение противорецидивной и поддерживающей терапии;
- 7) стационарное наркологическое подростковое отделение противорецидивной и поддерживающей терапии;
- 8) специальная противорецидивная бригада сотрудников наркологического стационара (врачи–наркологи, врачи–психотерапевты, психологи медицинские, социальные работники, специалисты по социальной работе, консультанты-волонтеры);
- 9) наркологический кабинет диспансерного отделения;
- 10) наркологический кабинет анонимного лечения;
- 11) наркологический кабинет районной больницы;
- 12) наркологический кабинет медико-санитарной части промышленных, автотранспортных, сельскохозяйственных и иных предприятий;
- 13) психотерапевтический кабинет, отделение, центр противорецидивной и поддерживающей терапии для лиц, зависимых от ПАВ;
- 14) консультативно-психологический кабинет, центр противорецидивной и поддерживающей терапии для лиц, зависимых от ПАВ;
- 15) профильные НПО, ОФ, занимающиеся проблемой зависимости от ПАВ;
- 16) устойчивые группы бывших зависимых от ПАВ лиц – «Анонимные алкоголики», «Анонимные наркоманы»;
- 17) отделение, центр социальной реабилитации для лиц, зависимых от ПАВ;
- 18) кабинет, отделение заместительной терапии для лиц, зависимых от ПАВ;
- 19) реабилитационный центр в условиях общины, терапевтического сообщества (ТС), дома на полпути.

Квалификационные характеристики специалистов, реализующих стандарт услуг на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии:

- врач–нарколог: высшее медицинское образование; последипломное образование (резидентура) по психиатрии / наркологии; общее усовершенствование по медико-социальной реабилитации лиц, зависимых от ПАВ; тема-

тическое усовершенствование по наркологическому консультированию, мотивационному консультированию;

- врач–психотерапевт: высшее медицинское образование; последипломное образование (резидентура) по психиатрии / психотерапии; общее усовершенствование по психотерапии в наркологии; тематическое усовершенствование по психотерапии лиц, зависимых от ПАВ;

- психолог медицинский: высшее медицинское, психологическое, педагогическое образование; усовершенствование по медицинской психологии; тематическое усовершенствование по консультированию лиц, зависимых от ПАВ;

- специалист по социальной работе: высшее образование по социальной работе; общее усовершенствование по социальной работе в наркологии; тематическое усовершенствование по социальной работе с лицами, зависимыми от ПАВ;

- социальный работник: среднее специальное образование; общее усовершенствование по социальной работе в наркологии; тематическое усовершенствование по социальной работе с лицами, зависимыми от ПАВ;

- сотрудник НПО, ОФ наркологического профиля, оказывающий услуги по противорецидивной и поддерживающей терапии лицам, зависимым от ПАВ;

- консультант-волонтер из числа лиц, бывших зависимых от ПАВ, имеющий стойкую ремиссию и успешный опыт прохождения реабилитационной программы.

На этапе противорецидивной и поддерживающей терапии исследуются, как промежуточные, так и итоговые индикаторы эффективности оказываемых услуг. К системе промежуточных индикаторов относятся:

- а) динамический показатель количества переведенных пациентов с этапа первичной наркологической помощи на этап противорецидивной и поддерживающей терапии;

- б) динамический показатель количества пациентов, прошедших курс противорецидивной и поддерживающей терапии, после прохождения этапа первичной наркологической помощи;

- в) динамический показатель количества пациентов, переведенных с этапа амбулаторного лечения и реабилитации, на этап противорецидивной и поддерживающей терапии;

- г) динамический показатель количества пациентов, прошедших курс противорецидивной и поддерживающей терапии, после прохождения этапа амбулаторного лечения и реабилитации;

- д) динамический показатель количества пациентов, переведенных с этапа стационарного лечения и реабилитации на этап противорецидивной и поддерживающей терапии;

- е) динамический показатель количества пациентов, прошедших курс противорецидивной и поддерживающей терапии, после прохождения этапа стационарного лечения и реабилитации.

- ж) К системе итоговых индикаторов относятся следующие:

з) показатель соответствия предоставляемых услуг ожиданиям и потребностям зависимых от ПАВ (пороговое значение 70%);

и) показатель соответствия предоставляемых услуг ожиданиям и потребностям созависимых лиц (пороговое значение 70%);

к) показатель годовой ремиссии у пациентов на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии, переведенных с этапа первичной наркологической помощи;

л) показатель годовой ремиссии у пациентов на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии, переведенных с этапа амбулаторного лечения и реабилитации;

м) показатель годовой ремиссии у пациентов на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии, переведенных с этапа стационарного лечения и реабилитации;

н) первичный показатель выявления ВИЧ у лиц, зависимых от ПАВ, охваченных этапом противорецидивной и поддерживающей терапии;

о) показатель частоты правонарушений, связанных с потреблением наркотиков, у лиц, зависимых от ПАВ, охваченных этапом противорецидивной и поддерживающей терапии;

п) показатель трудовой занятости (трудоустройства) у лиц, зависимых от ПАВ, охваченных этапом противорецидивной и поддерживающей терапии.

Планируемые результаты внедрения проекта стандарта услуг на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии:

1) повышение качества и расширение ассортимента услуг наркологической помощи на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии;

2) повышение общей эффективности программ МСР за счёт внедрения и реализации этапа противорецидивной и поддерживающей терапии;

3) внедрение в систему наркологической помощи противорецидивных и поддерживающих программ для созависимых лиц из ближайшего окружения наркозависимых;

4) улучшение показателей ремиссии за счёт эффективной профилактики срывов и рецидивов химической зависимости;

5) опосредованное повышение уровня социального функционирования и качества жизни наркозависимых и их ближайшего окружения.

Основным критерием оценки эффективного внедрения стандарта услуг является раздел мониторинга качества наркологической помощи на данном этапе, оценивающий качество, объемы, привлекательность, ассортимент услуг противорецидивной и поддерживающей терапии. Итоговые параметры оценки качества наркологической помощи на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии определяются наличием годовой ремиссии, стадией ее формирования, длительностью и стойкостью показателей ремиссии у лиц, зависимых от ПАВ.

В качестве рабочих инструментов данной оценки могут быть использованы специальные анкеты, вопросники, шкалы. Например, анкета «Комплексные характеристики ремиссии»; шкала оценки качества жизни и соци-

ального функционирования; анкета, определяющая степень удовлетворенности зависимых от ПАВ, ЗДЛ, созависимых лиц качеством и ассортиментом предоставляемых услуг на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии.

5. Противорецидивная психотерапия в лечении наркотической зависимости

Одним из распространённых психологических подходов к ППТ наркотической зависимости считается групповая психотерапия, использующая феномен группового давления. Групповая психотерапия располагает значительными возможностями для преодоления анозогнозии, разрешения или ослабления внутриличностных конфликтов, трудностей межличностного взаимодействия и ситуаций высокого риска в отношении рецидива заболевания.

Оптимальная численность группы составляет от 8 до 14 человек. Продолжительность одного занятия составляет 1,5-2 часа. На стационарном этапе противорецидивной терапии группа может работать 4-5 раз в неделю, на амбулаторном - 2 раза в неделю.

Не менее важны в терапии наркотической зависимости и купировании девиантного поведения групповые психотерапевтические стратегии, направленные на *формирование ответственности*. Они включают принятие 5 следующих убеждений-осознаний (И.Ялом):

1. Осознание того, что жизнь иногда устроена нечестно и несправедливо.
2. Осознание того, что, в конечном счёте, не избежать какой-то части жизненных страданий и смерти.
3. Осознание того, что какова бы ни была близость с другими людьми, все равно я должен справляться с жизнью в одиночку.
4. Встреча с базовыми вопросами моей жизни и смерти, благодаря которой я могу теперь проживать свою жизнь более честно и меньше вовлекаться в тривиальности.
5. Осознание того, что я несу конечную ответственность за то, как я проживаю свою жизнь, независимо от того, сколько поддержки и руководства получаю от других.

Проблема ответственности сопряжена с проблемой *локуса контроля*. Известно, что у наркоманов преобладает экстернальный (внешний) локус контроля. Такие девианты склонны верить в существование внешнего контроля их поведения, убеждены, что во многих обстоятельствах их жизни и в том, как они на них реагировали, всецело повинны другие люди, везение или случай. Чем выше уровень субъективного контроля, тем более ответственен индивид за себя и за события, происходящие с ним. Особо ярко внешний локус контроля наркомана обнаруживается в процессе обращения за помощью в избавлении от зависимости. Он склонен искать способы терапии, ответственность за результативность которых лежит на враче (психологе) и часто не согласен принять на себя часть ответственности за излечение.

Считается, что эффективность групповой психотерапии во многом определяется личностной и профессиональной позицией психотерапевта. Поведение и эмоциональные проявления ведущего группы оказываются моделью, на основе которой строятся взаимоотношения участников группы. Оптимальной тактикой психотерапевта принято считать не директивное, поддерживающее поведение с элементами руководства.

5.1. Когнитивно-поведенческие методы в профилактике рецидивов

Когнитивно-поведенческая терапия - это психотерапевтический подход, в основе которого лежит теория социального научения. Этот подход является результатом тщательного эмпирического обоснования. Данный подход синтезирует взаимодополняющие течения в психотерапии - поведенческую психотерапию и когнитивную психотерапию. Основными положениями когнитивно-поведенческой терапии, в частности, рационально-эмотивной терапии (S. Walen, 1980) являются следующие. Существуют три основных аспекта человеческого функционирования: мысли, чувства и поведение. Все эти три аспекта переплетаются и взаимодействуют между собой. Изменение одного из этих компонентов приводит к переменам в других.

Доказано, что психотерапевтические методы, непосредственно направленные на поведение (поведенческие аспекты зависимости) являются одними из наиболее эффективных методов. Поведенческая терапия намного эффективнее, чем терапия, направленная на осознание (инсайт) глубинных проблем, лежащих в основе зависимости. Это применимо как к алкогольной, так и к наркотической зависимости.

Полезно рассмотреть основные принципы социального научения применительно к зависимому поведению по М.К. Кэрролл. Согласно им предполагается, что важный фактор, определяющий то, как люди начинают употреблять или злоупотреблять ПАВ, заключается в том, что они учатся это делать. Следовательно, существует несколько способов, с помощью которых можно научиться справляться с рецидивом: моделирование, оперантное обусловливание и классическое обусловливание.

Научение представляет собой важную метафору лечебного процесса посредством когнитивно-поведенческой терапии. Психотерапевт говорит пациентам, что целью лечения является помощь в том, чтобы «разучиться» вести старое неэффективное поведение и научиться новым стратегиям. Пациенты, особенно те, которые сломлены предыдущими неудачными попытками уменьшить свое злоупотребление, или для кого последствия злоупотребления оказались крайне негативными, часто с удивлением узнают, что, например, прием кокаина или героина является определенным типом умения, которому они научились с течением времени. В конце концов, они поражаются, когда начинают осознавать, что научились сложному набору навыков, позволяющих находить необходимые деньги для покупки наркотика, которые часто приводили к другим умениям: как законным, так и незаконным, приобретать ПАВ, избегая ареста, употреблять, не попадаясь за этим занятием, и т.п. Пациенты, которые переформулируют оценку себя в категориях приобрете-

ния навыков, часто понимают, что у них также есть возможность научиться ряду новых умений, которые помогут им воздерживаться от приема наркотиков и справиться с рецидивом.

Основные когнитивно-поведенческие приёмы в лечении проблем зависимости (Карла Ван дер Бент, Амстердам, Голландия):

1. Подход (методы и техники), направленный на подкрепление отказа от употребления ПАВ:

- функциональный анализ проблемного поведения;
- обучение социальным навыкам;
- поддерживающая поведенческая семейная терапия;
- мотивационная терапия;
- обучение навыкам решения проблем.

Цель: изменить стиль жизни и окружающую среду так, чтобы постоянно позитивно подкреплять воздержание от приема ПАВ.

2. Методы самоконтроля. Основные элементы работы самих пациентов:

- обучение постановке целей
- самонаблюдение за поведением
- техники вознаграждения/поощрения
- обучение анализу ситуаций, в которых происходит употребление пав
- обучение социальным навыкам и навыкам решения проблем

3. Профилактика рецидива. Основные техники:

- а) исследование ситуаций повышенного риска
- б) переключение внимания с влечения на внешние факторы
- в) изменение представлений пациента о рецидиве
- г) обучение навыкам:
 - межличностным:
 - 1) навыкам общения;
 - 2) ассертивности;
 - 3) умению отказываться и пр.;
 - внутриличностным:
 - 1) навыкам совладания с мыслями о наркотиках;
 - 2) навыкам совладания с чувствами злости и пр.;
 - 3) представление пациентом ситуации рецидива *in vitro* (в воображении).

5.2. Экзистенциальная психотерапия наркотической зависимости

В основу экзистенциального подхода в психотерапии наркотической зависимости положено разрешение базисных экзистенциальных конфликтов личности, связанных с проблемами: 1) осмысленности и бессмысленности существования; 2) жизни и смерти; 3) изоляции от общества и вовлеченности в общение с людьми; 4) свободы, ответственности, воли и несвободы, зависимости и безволие. Условием терапии становится:

а) принятие пациента таким, какой он есть (т.е. эмпатийность, беспристрастность, отказ от позиции осуждения и даже оценки употребления наркотиков);

б) искренность (истинное желание помочь пациенту осознать собственные проблемы, найти способы их решения, а не манипулирование им);

в) позитивный взгляд на возможность избавления от наркотической зависимости в каждом конкретном случае.

Важно, чтобы пациент осознал, что существует возможность пережить собственные чувства без употребления ПАВ, и что он сам может быть творцом своей судьбы. У большинства лиц, зависимых от ПАВ, не развита ответственность за свою жизнь и поведение, и это является барьером на пути процесса личностного и духовного развития.

В центре экзистенциального анализа находится переживание пациентом собственного существования. Основной тезис — «существование предшествует сущности».

В ходе экзистенциальной психотерапии (ЭП) осуществляется проработка основных экзистенциалов (смерть - жизнь, любовь - одиночество, смысл - бессмысленность, свобода - зависимость), позволяющих обрести новую систему ценностных ориентации и нравственных координат на этапе формирования ремиссии.

Учитывая, что заболевания, связанные с зависимостью от ПАВ, относятся к аутодеструктивным, особого внимания заслуживают проблемы рождения, жизни, умирания и смерти. Можно говорить о феноменологии смерти в двух основных планах:

- смерть как конечное событие жизненного цикла (смерть - состояние);
- смерть как постоянная характеристика человеческого функционирования (смерть - процесс или умирание).

Существенным элементом восстановления является развитие способности любить и принимать другого, что дает возможность пациенту жить с имеющимся у него фундаментальным конфликтом между стремлением к близости и одиночеством.

Экзистенциальная психотерапия «приглашает» клиента рассматривать свою жизнь как цепь личных выборов, принять ответственность, как за последствия прошлого, так и за выбор будущего. Пациенту помогают пережить свою экзистенцию как подлинную, аутентичную, воспринимая себя как бытие - в - мире с определёнными потенциальными возможностями и некоторыми ограничениями.

5.3. Гештальт-терапия в наркологии

Учитывая научные факты, можно утверждать, что основными методами коррекции и терапии девиантного поведения в форме наркозависимости являются *экзистенциальная и семейная психотерапия*. Кроме них активно используются такие методики, как нейролингвистическое программирование и эриксоновский гипноз, гештальт-психотерапия и др.

Изложенные техники являлись составными элементами психотерапевтической работы, построенной в соответствии с принципами гештальт-терапии. Не смотря на то, что характер индивидуальной и групповой психотерапевтической работы определяется всем процессом реабилитации и состоянием пациента, можно отметить следующие четыре основных направления, в которых проводятся гештальт-терапевтические техники.

1. Определение внутренних факторов, повышающих риск рецидива, и определение способов и возможностей справиться с этими факторами.

2. Определение и активизация внутренних ресурсов, способствующих отказу от наркотиков и закреплению ремиссии.

3. Определение внешних факторов риска, связанных с системой социальных связей человека и работа по осознанию и повышению возможности минимизировать влияние этих факторов.

4. Определение внешних факторов, связанных с системой отношений человека и способствующих воздержанию от употребления алкоголя и наркотиков.

6. Работа с семьей на этапе ППТ

6.1. Семейная психотерапия

Работа с семьей пациента включает несколько этапов:

- 1) диагностика реабилитационного потенциала семьи по информации, полученной от пациента;

- 2) определение мотивации семьи на участие в реабилитации;

- 3) уточнение представлений о роли семьи в реабилитации;

- 4) коррекционная работа с семьей: информирование, переориентация, обучение, психологическая поддержка, обучение самопомощи.

Работа с членами семьи наркозависимого лица необходима для того, чтобы подготовить почву для реинтеграции выздоравливающего в обновленную среду. Все члены семьи, даже которые прямо не участвуют в реабилитации, невольно влияют на её результат. Есть основания считать, что семья наркозависимого лица сама нездорова и её не следует считать безоговорочным участником реабилитационного процесса, даже если она заявляет о своей готовности сотрудничать.

На этапе становления ремиссии психокоррекционная работа с родственниками пациента направлена на формирование правильных представлений о наркотической зависимости и готовности к сотрудничеству с врачом. Она проводится в форме индивидуальных занятий или групповой психотерапии супругов, родителей, обнаруживающих невротические расстройства и неадекватные типы отношения к реабилитанту.

Формирование правильных представлений семьи о зависимости, принятие ими концепции болезни, так же как и преодоление наркотической анозогнозии и упрочение установок больного на трезвость способствуют разрешению семейного конфликта. Наиболее успешно эти задачи разрешаются в

групповой психотерапии больных и параллельно проводимой групповой психотерапии супругов (родителей) больных.

В дальнейшем, на этапе стабилизации ремиссии группы больных и супругов объединяются в группу супружеских пар для разрешения конфликтов, вызванных последствиями злоупотребления ПАВ. По мере необходимости проводятся дополнительные занятия с группами наркозависимых, с отдельными семьями, а также проводятся индивидуальные консультации.

Основным методом работы в группе супружеских пар является неструктурированная дискуссия. По мере необходимости применяются различные невербальные методики, ролевые проигрывания, позволяющие выявить или найти пути решения возникающих в группе проблем и противоречий.

Особое внимание обращается на способность супругов чувствовать душевное состояние друг друга, на умение поставить себя на место супруга в трудных ситуациях. С этой целью при проигрывании ролевых ситуаций супруги не только исполняют свою роль, но и меняются местами. Подобные приёмы помогают углубить взаимопонимание супругов и способствуют снятию эмоционального напряжения в семье и психотерапевтической группе.

С целью обучения семьи распознаванию признаков рецидива болезни используется образовательный подход, который в ряде случаев может выступать как самостоятельный. В связи с этим представляется новым опыт создания групп для членов семьи, где дискуссии посвящены, в основном, предупреждению рецидивов. Родственники приглашаются для таких занятий вместе с пациентами, прекратившими употребление ПАВ. Занятия носят структурированный характер. Члены группы учатся распознавать депрессию, одиночество, гнев как существенные пусковые факторы рецидива. Затем члены группы разбиваются на подгруппы, в которых отрабатываются новые подходы к решению проблем, в результате каждый член семьи и реабилитант получают новые знания и навыки по общению (Reily P.G., 1991; Canthra E. et al., 1991).

Важным направлением психотерапии с родственниками в этот период является лечение созависимости и невротических расстройств у членов семьи. Лечение созависимости представляет длительный процесс, который включает изменения на когнитивном, аффективном, поведенческом и духовном уровне в процессе индивидуальной, групповой психотерапии с использованием образовательного подхода, помогая членам семьи в самопонимании, принятии концепции болезни и применении принципов взаимозависимости в отношениях с близкими людьми. Она направлена на переоценку и модификацию системы ценностей, на повышение самоуважения. Излечение от созависимости - это процесс общей реорганизации видения мира пациента, который может успешно решаться, если в качестве модели изменений выбрана системная семейная теория (Bowen M., 1972; Kerr M.E., 1984). В последнее время большее внимание уделяется долговременным исходам применения супружеской и семейной психотерапии, которая рассматривается как поддержка в достижениях ремиссии у пациентов.

6.2. Супружеская психотерапия

На этапе стабилизации и сформировавшейся ремиссии включение родственников в терапевтический процесс, прежде всего, связано с тем, что, во-первых, именно в ремиссии выявляется неумение супругов общаться и разрешать текущие проблемы; во-вторых, члены семьи нуждаются в обучении идентификации актуализации влечения к наркотику или других признаков пред рецидивного состояния; в-третьих, лечение невротических расстройств и неадекватных типов отношения к реабилитанту у членов семьи достаточно длительный процесс.

Задачами супружеской психотерапии в этот период является усиление положительных чувств супругов друг к другу и улучшение их взаимоотношений, а также помощь в разрешении конфликтов и проблем, в усилении желаемых позитивных изменений.

Супружеская психотерапия чаще всего реализуется в триаде «Психотерапевт - больной - супруг больного». На этапах формирования ремиссии и при поддерживающей терапии важную роль играет групповая психотерапия супружеских пар.

Как показывает практика, супруга (супруг) зависимого лица часто является самым тонким диагностом динамики влечения к ПАВ. Известно, что жены зависимых лиц имеют свою «шкалу» интенсивности влечения и могут довольно точно предсказать приближение рецидива. Это может помочь в лечебном процессе, особенно при анализе мотивов, связанных с патологическим влечением.

6.3. Поддерживающая терапия

Особенностью следующего этапа лечения - *поддерживающей терапии*, - совпадающего по времени с этапом стабилизации ремиссии, является адаптация пациента к трезвому образу жизни, установление новых отношений в семье, на работе, в общении с друзьями, традиций свободного времени и др.

Основной задачей психотерапии на этом этапе является *поддержание личностной и социально-психологической компенсации пациента*, что обеспечивает важную для сохранения трезвости и успешности компенсации позицию пациента. При этом могут применяться разные формы поддерживающей психотерапии: индивидуальная и групповая поддерживающая терапия больных, супружеских пар, семейная терапия, клубы бывших пациентов при лечебных центрах, группы поддержки, а также группы АА.

Следующий этап – *этап сформировавшейся ремиссии* характеризуется устойчивой установкой на трезвость. В случае компенсированной ремиссии при отсутствии аффективных и астенических расстройств отмечается нормализация отношений в разных сферах с полноценным включением в профессиональную деятельность и общественную жизнь, идентификацией с социальным окружением, что сопровождается чувством удовлетворенности и уверенности в своих силах.

Для достижения полноценной ремиссии, при которой трезвость становится комфортным состоянием, пациент должен отказаться от защитного по-

ведения, препятствующего развитию личности. В таких случаях показана психотерапия, целью которой становится терапия личностных расстройств, способствующая развитию личности в сторону более открытых, гибких отношений с окружающим, осознания и принятия своих потребностей, самого себя.

Заключительной частью процесса выздоровления является *поддержка*. Выздоровливающие должны помнить о своей химической зависимости, ежедневно проводить анализ и решать проблемы по мере их появления. Сущность выздоровления заключается в духовном росте, иначе велика опасность срыва. Выздоровление - это процесс длиной во всю жизнь.

Поддержание ремиссии начинается с того момента, когда выздоравливающие осознают, что они обрели свободу от своего прошлого. Они более не страдают от боли, комплекса вины и стыда относительно своей зависимости. Они начали освобождение от саморазрушающего поведения, готовы к росту. Отныне фокус выздоровления перемещается на поиски достойной жизни. Становятся существенными духовный рост и улучшение взаимоотношений с окружающими.

7. Психосоциальная поддержка на этапе ППТ

Цель психосоциальной поддержки - восстановить нарушенные отношения пациента с внешним миром.

На *первом этапе* основные задачи сводятся к решению неотложных проблем. Прежде всего, требуется убедиться, насколько у пациента удовлетворены базовые потребности: наличие местожительства, неотложные проблемы со здоровьем, безопасность, трудовая занятость, наличие источника дохода.

На *втором этапе* решается задача изменения социального функционирования. При этом подразумевается, что без создания социальной базы для жизни пациенту трудно отказаться от ПАВ. Важно обеспечить социальное сопровождение и поддержку клиента. Это ведет к тому, что у него стимулируется актуализация нормативной части личности. Другой важный принцип: нет конечной цели программы, есть конечные цели пациента.

Третий этап - пошаговое достижение конкретных целей делает клиента ответственным за свое поведение.

Существенная проблема процесса реабилитации - поиск работы пациентом. Требуется отработка навыков по трудоустройству. Очень важно убедить безработного, что поиск работы сам по себе должен стать серьезной работой. Все те, кто ищет работу, должны понять, что такой подход не менее важен, чем само лечение.

Жилищные программы - необходимая часть завершающего этапа реабилитации. Многие реабилитационные подходы предусматривают возможность для пациентов после завершения основной части жить в «домах на полпути». Они являются для них защищенным жильём, убежищем - весьма полезным в трудный период возвращения в общества. Тем, у кого существу-

ют проблемы с жильем, могут предоставляться и другие формы так называемого социального жилья.

Образовательные программы могут включать начальные курсы обучения каким-либо специальностям. Так, например, в ряде реабилитационных центров существуют компьютерные классы, где осуществляется обучение работе с компьютером.

7.1. Работа с широким социальным окружением

Эта работа необходима для осуществления реальной реинтеграции пациента в общество. Терапия в социальной сети - это особый подход к социальной, психосоциальной и психотерапевтической работе, основанный на идее социальной сети и необходимости социальной поддержки индивидуумов, находящихся в кризисе. Малиновский и Рэдклифф-Браун - её родоначальники. В теориях сетевого взаимодействия можно обнаружить влияние системной теории о типах отношений и стилях коммуникации.

За рубежом в задачи социальных работников и специалистов по социальной работе входит высвобождение и развитие ресурсов. Социальные работники обязаны идти рядом с человеком, попавшим в беду, и направлять его в различные социальные службы с тем, чтобы помочь ему решить проблемы.

Лица, предоставляющие работу тем, кто долго не может её найти, например наркоманам, имеют налоговые льготы и дополнительные выгоды.

Есть так называемые народные высшие школы, куда идут наркоманы после ТС с целью продолжения личностного развития и получения волнительного образования, например в области искусства.

Социальные работники проводят также специальные социальные анализы случая (при реабилитации наркомана) и оценивают состояние зависимости. Кроме того, они ведут *программы погашения долгов* для наркоманов (только в случае долгосрочных программ лечения); семейные программы, программы образования, жилья. Социальные работники совместно с консультантами по зависимости проводят групповую терапию.

Цель всех вовлеченных в социальные сети - найти конструктивные решения. Ключевые слова - диалог и сотрудничество. Избежать ненужных конфликтов и непонимания поможет информирование и повышение компетентности. Желательно иметь одинаковое понимание основ динамики сети. Для сети, состоящей из двадцати или более человек, подходящим методом является обучение в виде групповых тренингов. Одновременно можно работать с различными секторами, микросистемами или всей сетью.

7.2. Профориентация

Профориентация — комплекс социально-экономических, психолого-педагогических и медико-физиологических задач, цель которых - формирование профессионального самоопределения, соответствующего индивидуальным особенностям каждой личности и запросам общества в кадрах. В числе психолого-педагогических задач называют в первую очередь профессиональное информирование и профессиональное консультирование.

В рамках реабилитационной программы можно выделить три аспекта профессионального ориентирования:

- информационный;
- диагностический;
- консультативный.

Целями профориентации могут выступать:

1. Определение сформированности профессионального плана, мотивов выбора профессии и профессиональной направленности личности;
2. Информирование о видах профессий;
3. Выработка мотивации к овладению профессией, профессиональной мотивации.

Задачи профориентации:

- 1) диагностика познавательных интересов;
- 2) изучение мотивов профессиональной деятельности;
- 3) диагностика профессиональных интересов и склонностей;
- 4) диагностика коммуникативных и организаторских склонностей;
- 5) проведение лекций, бесед и тренингов по профориентации.

Методы, использующиеся для решения X-задач:

- диагностические методики (модифицированный вариант опросника Йовайши, методика Жд. Холланда, опросник КОС Б.А. Федоришина, опросник для изучения ведущих мотивов профессиональной деятельности, карта интересов, дифференциально-диагностический опросник и др.);
- лекции, беседы, тренинги;
- консультирование по вопросам профориентации.

7.3. Социальный патронаж

Социальный патронаж – это часть работы социального работника, которая включает в себя налаживание и поддержание контакта с клиентом и его ближайшим окружением, сбор информации, мотивирование на сотрудничество, консультации по возможностям решения проблемы клиента и другие мероприятия.

Задачи социального патронажа:

- а) выявление, сбор и анализ информации (микроклимат в семье, ближайшее окружение, бытовые, жилищные условия, материальное положение в семье);
- б) содействие всестороннему исследованию круга проблем;
- в) мотивирование на сотрудничество;
- г) содействие реализации комплексных программ реабилитации;
- д) осуществление динамического наблюдения за социальной реабилитацией.

Социальный работник, осуществляя социальный патронаж, должен руководствоваться следующими принципами:

- принципом конфиденциальности (недопустимость использования информации, полученной от клиента, ему во вред);
- принципом соблюдения профессиональной позиции в отношении клиента и его ближайшего окружения (социальный работник строит систему

отношений с клиентом и его ближайшим окружением, соблюдая дистанцию, определенную его функциональными обязанностями и четко разграничивает сферу личных и профессиональных отношений).

7.4. Межведомственное взаимодействие

Межведомственное взаимодействие - это тот механизм, без которого невозможен ни один этап работы социального работника и специалиста по социальной работе. Большое значение межведомственное взаимодействие с представителями социальных структур имеет на этапе получения предварительной информации и этапе ППТ.

Социальный работник знакомится и лично посещает все организации, учреждения и другие структуры, которые могут быть полезны в процессе реабилитации для пациента и его семьей.

Межведомственное взаимодействие с государственными структурами играет важную роль в каждой конкретной ситуации, в которой социальный работник действует в соответствии с индивидуальным планом реабилитации и программой действий, направленных на изменение социального неблагополучия.

Каждый отдельный план решает определённый круг проблем в данном направлении. При составлении плана социальной реабилитации определяется круг структур, их межведомственное взаимодействие, выделяются проблемы и задачи, определяются механизмы их решения и сроки реализации, распределяется ответственность между всеми участниками.

8. Вторичная противорецидивная терапия

Задачей вторичной превентивной (противорецидивной) терапии является предупреждение возврата к приему наркотиков, реадaptация, ресоциализация больных наркоманией. На этом этапе лечения значительно сокращаются показания к применению психотропных средств.

Долгосрочная терапия опиоидной зависимости предполагает два стратегических подхода: превентивное лечение с использованием *Налтрексона* и заместительная терапия с применением *Метадона*.

8.1. Лечение Налтрексоном

Метод основан на «метаболической блокаде» опиатных рецепторов с помощью антагониста *Налтрексона* и предупреждении развития типичного наркотического действия агонистов в случае их приёма.

Препарат принимают в дозе 50 мг в сутки (350 мг в неделю) в течение 6 месяцев и более (иногда в течение нескольких лет). Достоверность воздержания от употребления опиоидов возрастает, если прием *Налтрексона* контролируют родственники больных.

В дальнейшем, приём *Налтрексона* позволяет улучшить психофизическое состояние больных, ускоряет спонтанную редукцию аффективных, неврозоподобных, вегетативных, психопатоподобных нарушений, стимули-

рует процессы соматической реконвалесценции, способствует снижению выраженности влечения к приему наркотика, повышению степени личностно проработанного критического отношения к болезни, «размыванию» аддитивных черт, облегчает включение пациентов в программы ППТ и в итоге позволяет добиться повышения числа и качества ремиссий.

Таким образом, по совокупности позитивных свойств *Налтрексон*, безусловно, рассматривается как средство выбора в противорецидивной терапии опиоидной зависимости.

В связи с умеренным гепатотоксичным влиянием *Налтрексона* длительный приём требует систематического лабораторного контроля билирубина, сывороточных трансаминаз и глутамилтрансферазы. Препарат способен также повышать судорожную готовность, поэтому во время лечения необходим ЭЭГ- контроль.

8.2. Лечение Метадоном

Поддерживающая терапия *Метадоном* (methadone maintenance therapy, ММТ) подразумевает специальным образом организованный приём препарата в индивидуально достаточных дозах лицами, проходящими лечение в связи с опиоидной зависимостью, при наличии систематического врачебного наблюдения и лабораторного контроля.

Метод широко распространен во многих странах и является альтернативой превентивной терапии с применением *Налтрексона*. Целью терапии являются прекращение приема других опиоидов в первую очередь героина, и редукция психофизических проявлений наркотической зависимости.

Считается, что *Метадон* при длительном приёме уменьшает влечение к приему героина, препятствует возникновению нейротропных эффектов других опиоидов-агонистов, нормализует уровень р-эндорфинов в передней доле гипофиза и спинномозговой жидкости. Редукция влечения к приему наркотиков под влиянием препарата рассматривается как дозозависимый эффект.

Полная блокада (methadone blockade) наркотического, эйфоризирующего и седативного эффектов героина и других опиоидов наступает при ежедневном приеме 80 - 120 мг, иногда 180 мг *Метадона*.

Исследования показывают, что успешная реализация «метадоновых программ» снижает в популяции больных наркоманией криминальную активность, способствует повышению занятости, приводит к общему улучшению их социального функционирования, повышает у них общие показатели «качества жизни» (life qualite). Кроме того, уменьшается риск развития таких заболеваний, как ВИЧ-инфекция и ВИЧ-ассоциированные состояния, вирусные гепатиты, туберкулез, сифилис, инфекционный эндокардит, что способствует снижению смертности в среде больных наркоманией.

Подобно многим клиницистам (Гофман А.Г., 1994; Должанская Н.А. и др., 1994; Най-Денова Н.Г., 1994; Пятницкая И.Н., 1994; Cossop M., 1978) существует мнение, что поддерживающее лечение *Метадоном* обуславливает относительно доброкачественный, компенсированный, поддаю-

щийся определенному контролю, протекающий с меньшим количеством осложнений вариант опиоидной зависимости, который позволяет в случае успешного проведения терапии значительно уменьшить остроту медико-социальных проблем наркомании.

9. Заключение

Основным компонентом в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий, проводимых для пациентов на всех этапах становления ремиссии, является психотерапия. Для большинства реабилитантов это было сочетание индивидуальной психотерапии с групповой и семейной, а также с поддерживающей психотерапией и работой в клубах бывших пациентов.

Одним из показателей успешности противорецидивного лечения является отношение пациентов к предлагаемой психотерапии. Длительные ремиссии достоверно чаще наблюдаются при проведении ППТ, в случаях положительного отношения реабилитантов к индивидуальной, групповой, семейной и поддерживающей психотерапии, в то время как наибольшее число коротких ремиссий наблюдается у пациентов с изначально нейтральным и отрицательным отношением к ППТ, а также при пассивной или отвергающей лечебной позиции.

Наиболее успешно реализация основных принципов противорецидивного лечения осуществляется при реабилитационных центрах, отделениях, в которых, наряду со стационарной помощью, оказывается амбулаторная помощь выписавшимся пациентам в форме поддерживающей психотерапии (индивидуальная, групповая, психотерапия супружеских пар, клуб бывших пациентов).

При осуществлении краткосрочной госпитализации для купирования предрецидивного состояния, наряду с дневными стационарами и ночными профилакториями, сокращается количество больных, направленных на длительное противорецидивное лечение и улучшаются конечные результаты лечения.

После преодоления пациентом «переходного» периода и возвращения его в сферу своего обычного функционирования наступает период стабилизации ремиссии, в котором большое значение сохраняют психосоциальные мероприятия, нейтрализующие отрицательное влияние среды и повышающие уровень социальной адаптации пациента. Поддерживающая терапия решает важные задачи на этом этапе, в том числе её семейный вариант в различных его модификациях. Возникающие в это время, чаще под влиянием экзогенных вредностей, психопатологические проявления (аффективные, неврозоподобные расстройства), обострение патологического влечения к ПАВ требуют дифференцированной своевременной диагностики.

Общие направления лечебно-восстановительной работы на этапе стабилизации ремиссий могут быть представлены следующим образом:

- продолжение лечебных мероприятий, направленных на стабилизацию психического состояния (коррекция аффективных и астенических

расстройств, ПВ к ПАВ);

- продолжение психотерапевтической работы в группах поддерживающей терапии для укрепления установки пациентов на трезвость в условиях реальной жизни;

- направление пациентов в группы психологической поддержки, клубы бывших пациентов, сообщества АА, АН, т.е. континуальное включение в терапевтические противорецидивные мероприятия.

Социотерапевтические мероприятия сохраняют важную роль на этапе сформировавшейся ремиссии (особенно при субкомпенсированном и неустойчивом этапах ремиссии). Приход пациента в группу психологической поддержки, в клуб бывших пациентов или другое социотерапевтическое сообщество является гармоничным продолжением всей предыдущей психотерапевтической работы.

Практический опыт показывает, что социальная активность пациентов, отражающая их отношение к противорецидивной работе по формированию трезвого образа жизни, является показателем высокого уровня компенсации в ремиссии. Отход же от этой работы является признаком настораживающим, свидетельствующим о снижении уровня компенсации состояния данного пациента и возможном наступлении рецидива.

Такие случаи лишний раз напоминают о том, что химическая зависимость - хроническое заболевание, и даже через весьма продолжительное время после курса ППТ, находясь в состоянии ремиссии, пациент в силу каких-либо внутренних или внешних причин может быть подвержен ситуации повышенного риска в отношении срыва.

Список литературы:

1. Александрова Н. В. «Спонтанные» и длительные терапевтические ремиссии при алкоголизме. Автореф. канд. дисс. М., 1985.

2. Батищев В.В., Негериш Н.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа «Решение»: теория и практика. – М.: Российский благотворительный фонд НАН, 2001. – 184 с.

3. Батищев Н.В., Негериш Н.В. Миннесотская модель лечения зависимости от психоактивных веществ // Вопр. наркол. -1999.- №3.- С. 69 - 76.

4. Белокрылов Н.В., Даренский И.Д., Ровенских И.Н. Психотерапия наркологических больных. / В кн.: Руководство по наркологии. – Т. 2, под ред. Н.Н.Иванца. – М.: Медпрактика, 2002. – С. 120-172

5. Битенский В.С. Клинические и терапевтические аспекты наркоманий в подростковом возрасте: Автореф. дисс.... докт. мед. наук. - М., 1991.- 36 с.

6. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ. / В кн.: Лекции по наркологии, под ред. проф. Иванца Н.Н.. – М.: «Нолидж», 2000. – С. 309-341

7. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии, больных алкоголизмом. В кн.: Лекции по клинической наркологии под ред. Н.Н.Иванца. – М.: Российский благотворительный фонд «НАН», 2000. – С. 191-206
8. Валентик Ю.В., Вострокнутов Н.В., Гериш А.А. и др. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами // Социальная и клиническая психиатрия. - 2002. - №2.-С. 31-35.
9. Валентик Ю.В., Континуальная психотерапия больных алкоголизмом: Автореф. дисс.... докт. мед. наук. - М., 1993.
10. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. – 2000. – М.: Литера, - 2002, 254 стр.
11. Гузиков Б. М., Риббшлегер М., Ерышев О. Ф., Зобнев В. М. Принципы реабилитации больных алкоголизмом на различных этапах становления терапевтической ремиссии. // Транскультуральные исследования в психотерапии. Л., 1989. С. 113-120.
12. Дудко Т.Н. Система основных принципов построения лечебно-реабилитационного процесса в наркологии // Вопр.наркологии. — 1999. - №2.- С. 28-34.
13. Ерышев О. Ф., Рыбакова Т. Г. Организация противорецидивного лечения больных алкоголизмом в реабилитационном наркологическом стационаре // Вопросы наркологии. 1989. № 2. С. 32-35.
14. Ерышев О. Ф., Рыбакова Т. Г. Отношение больных алкоголизмом к лечению и его роль в построении реабилитационных программ // Вопросы наркологии. 1993. № 2. С. 4-11.
15. Ерышев О. Ф., Рыбакова Т. Г., Балашова Т. Н. Клинико-психологические особенности ремиссий при алкоголизме //Психологические исследования и психотерапия в наркологии. Л., 1989. С. 16-31.
16. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г. Динамика ремиссий при алкоголизме и противорецидивное лечение / под общ. ред. М.М.Кабанова. – СПб.: Изд. Психоневрологического института им. В.М.Бехтерева, 1996. – Т. 136. – 188 стр.
17. Ерышев О.Ф., Рыбакова. Т.Г., Шабанов П.Д. Алкогольная зависимость.
18. Завьялов В.Ю. Дианализ – новая система интегративной психотерапии в наркологии // Наркология. – 2002. – №9., С. 36 – 41.
19. Завьялов В.Ю. Пьющий мужчина. Дианализ трудных вопросов жизни. - Новосибирск: КАБРИОЛЕТ-Транссиб, 2000. - 288 с.
20. Залевский Г.В., Семке В.Я. Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации. – Красноярск, 1990. - С. 69-70.
21. Иванец Н.Н. Границы и классификации наркологических заболеваний // Лекции под редакцией Н.Н. Иванца. – М.: Российский благотворительный фонд НАН, 1996. – 216 с.
22. Иванец Н.Н., Валентик Ю.В. Алкоголизм. - М.: Наука, 1988.

23. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — М.: Медицина, 1983. -310 с.
24. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией. Павлодар, 2003, 267 с.
25. Козлов А.Л., Рохлина М.Л. «Наркоманическая» личность // Журн. не-врол. и психиатр, им. С.С.Корсакова. 2000. - №7. - С. 23-27.
26. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. — М.: Академический проект, 2000. - 460 с.
27. Короленко Ц.П., Завьялов В.Ю. Личность и алкоголь. - Новосибирск, 1987. - 168 с.
28. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. - Л., 1991. - 304с.
29. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. — М.: МЕДпресс-информ, 4-е изд., 2002. — 592 с.
30. Менделевич В.Д. Транскультуральная психотерапия / В кн: «Руководство по социальной психиатрии» / Под ред. акад. Т.Б Дмитриевой. - М.: Медицина, 2001. - С. 400-415.
31. Менделевич В.Д., Овруцкий Л.М. Тернистый путь к трезвости. Метод, рекомендации. — Казань: Знание, 1985. — 22 с.
32. Менделевич В.Д., Сахаров Е.А. Вариант опосредованной психотерапии в лечении алкоголизма / Материалы республиканской научно-практической конференции «Современные методы диагностики и лечения», Казань - Тетюши, 1993. - ч. 3. - С. 78-79.
33. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. — М.: МЕД-пресс, 2001.-432 с.
34. Менделевич В.Д., Авдеев Д.А., Киселев С.В. Психотерапия «здравым смыслом». — Чебоксары, 1992. — 76 с.
35. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. М.: «Персей», 2002. - 336 с.
36. Москаленко В.Д., Валентик Ю.В. Общество анонимных алкоголиков в США: подход и терапевтические возможности // Вопр. наркологии. - 1989. - №2. - С. 51-56.
37. Негериш Н.В. Основные принципы и приемы проведения групповой психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ// Вопр. наркологии, 1999. — №2. - С. 57—61.
38. Попов Ю.В. Концепция саморазрушающего поведения как проявления дисфункционального состояния личности // Обозрение психиатр, мед. психолог. - 1994. — №1. - С. 6-13.
39. Рыбакова Т. Г. Роль семейной адаптации больных алкоголизмом в формировании устойчивых ремиссий // Ремиссии при алкоголизме. Л., 1987. С. 86—91.
40. Рыбакова Т. Г. Семейная психотерапия больных алкоголизмом.// Лечение и реабилитация больных алкоголизмом. Л., 1977.С. 37-43
41. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Хажилина И.И., Видерман Н.С. Профилактика наркомании у подростков. — М.: Генезис, 2001. — 216с.

42. Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Роберте Д.Г., Кайман С.Е. Наркология (пер. с англ.) - М., СПб: БИНОМ, 2000. - 320 с.
43. Цетлин М.Г., Пелипас В.Е. Реабилитация наркологических больных: концепция и практическая программа. — М., 2000. — 36 с.
44. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. – СПб.: «Лань», 1998. – 353 с.
45. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании. - СПб, 2000. - 368 с.
46. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. – М.: «Прогресс», 1996. – 340 стр.
47. Эриксон Эрик Г. Детство и общество. – Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», СПб., 1996. – 589 стр.
48. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. - М., 1999. - 576 с.