



# **INNOVATIONS IN ADOLESCENT SUBSTANCE ABUSE INTERVENTIONS**

edited by

**Eric F. Wagner**

Florida International University, Florida, USA

**Holly B. Waldron**

University of New Mexico, New Mexico, USA

2001

Pergamon

An Imprint of Elsevier Science

Amsterdam — London — New York — Oxford — Paris — Shannon — Tokyo

# АЛКОГОЛЬНАЯ И НАРКОТИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ У ПОДРОСТКОВ

*Пути преодоления*

Под редакцией  
Эрика Ф. Вагнера и Холли Б. Уолдрон

Перевод с английского

*Рекомендовано*

*Учебно-методическим объединением по классическому университетскому образованию в качестве учебного пособия для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению подготовки бакалавров и магистров 030300 «Психология» и специальностям 030301 «Психология», 030302 «Клиническая психология»*



Москва  
Издательский центр «Академия»  
2006

УДК 615.015.6  
ББК 51.1(2)5  
А506

**Рецензенты:**

заведующий отделом клинической психологии  
НЦ психического здоровья РАМН *С. Н. Ениколопов*;  
главный детский нарколог Росздрава *Е. А. Кошкина*

**Алкогольная и наркотическая зависимость у подростков:**  
А506 пути преодоления : учебное пособие / под ред. Э. Ф. Вагнера  
и Х. Б. Уолдрон; пер. с англ. А. В. Александровой; науч. ред.  
русского текста Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский. — М. : Изда-  
тельский центр «Академия», 2006. — 476 с.

ISBN 5-7695-2578-9

В пособии изложены новейшие стратегии психологической работы с подростками, страдающими различными формами зависимости. Авторы описывают как общие принципы профилактики, диагностики и терапии, так и апробированные ими конкретные методики. Среди обсуждаемых видов проблемного поведения не только злоупотребление алкоголем и наркотиками, но и табакокурение, попытки суицида, уход из школы и др. Показаны возможности коррекционного вмешательства на уровне школы, семьи, специальных центров. Отдельная глава посвящена специфике проведения психофармакотерапии зависимостей у подростков.

Для студентов психологических факультетов вузов, а также психиатров, педагогов и родителей.

УДК 615.015.6  
ББК 51.1(2)5

Книга «Алкогольная и наркотическая зависимость у подростков: пути преодоления» авторов Э. Ф. Вагнера и Х. Б. Уолдрон издана с согласия компании Elsevier Ltd., расположенной по адресу: The Boulevard, Langford Lane, Kidlington, Oxford, OX5 1GB, England. Авторские права Э. Ф. Вагнера и Х. Б. Уолдрон защищены в данном и во всех последующих изданиях.

Elsevier Ltd. и ИЦ «Академия» не несут ответственности за ущерб, который может быть причинен в результате использования материалов, содержащихся в книге, за их достоверность, а также за возможные нарушения авторских прав третьих лиц и права на неприкосновенность частной жизни.

Из русского издания исключены библиографический список и глава 16, посвященная терапии наркотической зависимости у латиноамериканских подростков. Все изменения согласованы с компанией Elsevier Ltd.

*Оригинал-макет данного издания является собственностью  
Издательского центра «Академия», и его воспроизведение любым способом  
без согласия правообладателя запрещается*

© 2001 Elsevier Science Ltd.  
All right reserved.

ISBN 0-08-043577-7 («Elsevier Ltd»)  
ISBN 5-7695-2578-9 (ИЦ «Академия»)

© Издание на русском языке.  
Издательский центр «Академия», 2006

## Предисловие

Идея написать эту книгу возникла на симпозиуме, состоявшемся в 1998 г. на годичной встрече Общества изучения алкоголизма (ОИА). Я собрал группу исследователей, получающих гранты национальных институтов здравоохранения и разделяющих мой интерес к анализу и эмпирической оценке подходов к лечению подростков, у которых появляются проблемы, связанные с употреблением психоактивных веществ. На симпозиуме выступали ученые Сандра Браун, Питер Монти, Марк Майерс, Холли Уолдрон; нас тепло встретили участвовавшие в собрании члены ОИА. На симпозиуме мы пришли к решению создать книгу, которая сводила бы воедино результаты научных и практических достижений в интересующей нас области и к которой исследователи, студенты, практики могли бы обращаться за справками относительно возможностей вмешательства в связи с подростковыми проблемами, обусловленными употреблением алкоголя и наркотиков. Это побудило Холли Уолдрон и меня составить проспект книги, который мы и предложили Дэвиду Хулу из издательства «Эльзевир Сайнс». Дэвид с энтузиазмом отнесся к этой идее, и вскоре с нами был заключен договор. Оглядываясь назад, я понимаю, что это была самая легкая часть работы, связанной с созданием книги.

Прошло три года, и теперь я наконец отправляю книгу в печать. Не стану утомлять читателя подробностями процесса; достаточно сказать, что мы проявили некоторую наивность в отношении того, сколько трудов потребует от нас подготовка, написание и редактирование материалов, вошедших в сборник. Впрочем, мы трудились не зря: каждый, несомненно, приобрел новые знания, кроме того, как мне кажется, мы сделали уникальный и важный вклад в научную литературу, посвященную столь животрепещущей проблеме.

Как, по-видимому, известно читателям, знания в области возможностей эффективной оценки и методов вмешательства в случаях употребления и злоупотребления подростками психоактивными веществами весьма ограничены. Некоторые подходы уже доказали свою эффективность, однако о многих используемых инструментах и программах этого сказать невозможно. До самого последнего времени методы лечения подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, не отличались от тех, кото-

рые применяются в отношении взрослых пациентов. Хотя такой подход и представляется приемлемым исходным пунктом, клиницисты и исследователи все больше приходят к заключению, что особенности возрастного развития должны учитываться при разработке программ по выявлению распространенности, профилактике и лечению наркоманий среди подростков для того, чтобы такие программы могли дать желаемый эффект.

При создании этой книги мы обратились к авторам, активно использующим методы оценки, профилактики и вмешательства, соответствующие возрастному развитию подростков. Мы привлекли некоторых исследователей, достигших наилучших результатов, и, на наш взгляд, ими созданы прекрасные главы.

Материал расположен так, чтобы охватить всю рассматриваемую область — от выявления и профилактики до раннего вмешательства, лечения и последующего наблюдения. Включены также главы, посвященные специфическим вопросам аддиктивного поведения среди подростков.

Хотелось бы выразить благодарность всем, кто помог нам превратить замысел в реальность. Холли Уолдрон, мой соредактор, приложила много усилий по привлечению авторов и по редактированию полученных от них глав. Ее энтузиазм и преданность делу особенно ценны, если учесть личные трудности, которые она переживала в эти годы. Дайана Джонс, сменившая Дэвида Хула в трудном деле обеспечения того, чтобы мы выполнили все свои обязательства перед издательством, была мягким и терпеливым выпускающим редактором. Она проявила особые умения и настойчивость, использовала незаурядное искусство в применении к нам поведенческих и мотивационных техник ради завершения издания настоящей книги. Хочу также поблагодарить Сэнди Браун, Марка и Линду Собелл, Майкла Херсена, Дика Лонгабо, Эллен Франк и Сола Шиффмана за их помощь, руководство и дружбу, вдохновлявшие нас в этой работе. Эдвин и Кэрол Вагнер, мои родители, психологи, авторы многих книг, не только внесли генетический вклад в мою жизнь и работу, но и создали соответствующую окружающую среду. Сьюзан Таролла благодаря чувству юмора, острому интеллекту и способности обнаруживать опечатки «на расстоянии пятидесяти шагов» была незаменима в роли младшего редактора. Национальный институт по изучению проблем алкогольной зависимости и алкоголизма и в особенности Джоанна Фертиг и Черри Лоуман оказывали мне поддержку в изучении аддикции и тем самым в написании этой книги. Наконец, Сэди Рейерс своей любовью и верой вдохновляла меня на скорейшее завершение работы, чтобы я мог больше времени проводить с ней.

*Эрик Ф. Вагнер*

## Глава 1

# Оценка употребления подростками психоактивных веществ

*Кен К. Винтерс, Уильям У. Латимер,  
Рэнди Стинчфилд*

### Введение

Хотя в США на национальном уровне не проводились полномасштабные эпидемиологические исследования диагностируемых заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ в подростковой популяции в целом, в последнее время достаточно часто публикуются оценки, основанные на результатах ограниченных местных программ. Так, П. Кохен с соавторами (Cohen et al., 1993), обследуя репрезентативную выборку из 676 подростков, проживающих в штате Нью-Йорк, обнаружили, что распространенность связанных со злоупотреблением алкоголем расстройств среди 14—16-летних подростков составляет 3,5 %, а среди 17—20-летних — 14,6 %. В одной из наиболее крупных подобных программ П. А. Харрисон с коллегами (Harrison, Fulkerson & Beebe, 1998) обследовали 74000 миннесотских старшеклассников и обнаружили соответствие критерию «злоупотребление психоактивными веществами» у 7 % девятиклассников и 16 % двенадцатиклассников, причем у 4 и 7 % соответственно была диагностирована наркотическая зависимость.

Хотя имеются предварительные данные о том, что некоторые виды лечения могут снизить распространенность наркомании и ее последствий среди подростков, обращающихся за медицинской помощью (Winters, 1999), несомненна необходимость разработки методов направленного выявления тех, у кого возникают, может быть, и немногочисленные, но существенные проблемы, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами, и их разрешения без использования специального лечения. Разработка надежных методов для этого требует принципиального определения и согласования того, какие оцениваемые пе-

ременные можно считать существенными и какие их значения приобретают диагностическое значение. Поскольку вовлеченность в прием наркотиков и связанные с этим проблемы характеризуются различной степенью тяжести, а диагностические границы потенциально значимы для выработки соответствующих критериев, большую роль играют количественные и качественные стратегии их измерения.

Настоящую главу мы начинаем с обсуждения важности и разнообразия проблем, обусловленных злоупотреблением психоактивными веществами, а также вопроса о пороговых значениях диагностических показателей. Затем будут рассмотрены основные переменные и области, существенные для оценки подростковой наркомании, и некоторые моменты, связанные с процессом такой оценки, включая возрастные особенности и надежность самоотчетов. Наконец, в главу включен обзор основных методик скрининга и достоверной оценки результатов.

## **Вопрос определения**

Наличие различной степени наркотизации подростков обуславливает необходимость достаточно емкого определения того, что следует считать злоупотреблением психоактивными веществами. Несомненно, лишь немногие подростки, даже принимающие наркотики регулярно, имеют или обретут в будущем наркотическую зависимость. Однако это заболевание может развиваться, когда аддиктивное поведение делается привычным и регулярным и становится серьезной проблемой. Вместе с тем более распространена ситуация, когда прием наркотиков носит эпизодический характер, а последствия минимальны и преходящи. Если мы воспользуемся традиционным диагностическим подходом к формированию наркотической зависимости, то придем к определению, согласно которому использование или прием психоактивных веществ — фактор, увеличивающий риск вредных или опасных последствий, а наркотическая зависимость — поведенческий паттерн компульсивного поиска (*pattern of compulsive seeking*) и употребления препаратов, несмотря на тяжелые соматические и личностные последствия. Однако в таком определении не всегда учитывается особый случай — подростковая наркомания (Martin & Winters, 1998). Термином «злоупотребление» часто именуется любое использование подростками психоактивных веществ, поскольку с легальной точки зрения какое бы то ни было их применение незаконно. Некоторые исследователи считают, что прием любых подобных препаратов является злоупотреблением, поскольку вредит как психике, так и физиологии развивающегося человека.



Можно отметить и другие недостатки применения по отношению к подросткам традиционного диагностического критерия, а именно:

1) при рассмотрении диагностических симптомов игнорируются причины приема наркотиков;

2) благодаря использованию для диагностики наркомании пороговых значений какого-то одного симптома возникает излишняя разнородность подходов;

3) симптомы злоупотребления в юношеском возрасте не всегда предшествуют наркотической зависимости, что идет вразрез с ожидаемым развитием заболевания;

4) у значительного числа подростков, регулярно принимающих психоактивные вещества, могут быть обнаружены один-два симптома зависимости при отсутствии симптомов злоупотребления (Kaczynski & Martin, 1995; Martin et al., 1996; Winters et al., 1999).

Несмотря на удобство традиционной номенклатуры, рассматривая процесс превращения подростка в законченного наркомана, полезно иметь в виду перспективу развития заболевания. Динамика тяжести наркомании может быть представлена в виде следующей схемы (Center for Substance Abuse Treatment, 1999b):

1. Отсутствие употребления психоактивных веществ.

2. Экспериментирование — минимальное их употребление, обычно связанное с отдыхом и развлечениями.

3. Начальная стадия злоупотребления — сравнительно устоявшаяся привычка; склонность к приему более чем одного препарата, большая частота приема, первое проявление отрицательных последствий.

4. Злоупотребление — регулярный и частый прием наркотиков на протяжении длительного времени; наличие различных отрицательных последствий.

5. Наркотическая зависимость — регулярный прием наркотиков, несмотря на постоянно возникающие тяжелые последствия, признаки развития толерантности, приспособление образа жизни к поискам и приему наркотиков.

Проблема тяжести наркомании отчасти также определяется возрастом подростка. Многочисленные исследования свидетельствуют о частом употреблении алкоголя большинством старшеклассников (Johnston, O'Malley & Bachman, 1999). Любая степень алкоголизации или экспериментирование с психоактивными веществами в возрасте, переходном к подростковому, ненормальна и является предиктором разнообразных нежелательных исходов в будущем, включая наркотическую зависимость, отклонения в поведении, неупеваемость. Экспериментирование с наркотиками в более позднем возрасте может и не вызвать поведенческих проблем, если будет прекращено по истечении достаточно короткого

периода времени, однако аналогичный уровень знакомства с наркотиками для детей более младшего возраста является несомненным фактором риска. Другими словами, экспериментирование с наркотиками 10-летнего ребенка — основания для гораздо более серьезной озабоченности, чем подобное поведение 16-летнего. Общее правило, вытекающее из связи между возрастом и тяжестью заболевания, заключается в следующем: раннее начало злоупотребления психоактивными веществами свидетельствует о серьезной опасности и обуславливает необходимость как минимум вторичной профилактики.

Переход от злоупотребления наркотиками или наркотической зависимости к выздоровлению подробно изучен Дж. О. Прохаской и его сотрудниками. В многочисленных их исследованиях выявлены пять стадий изменения аддиктивного поведения. *Предварительное обдумывание* начинается, когда еще нет намерения изменить поведение в обозримом будущем. *Обдумывание* — этап, когда индивид серьезно размышляет о преодолении проблемного поведения, но еще не принял решения начать действовать. *Подготовка* характеризуется намерением изменить поведение с целью отказа от наркотиков. На стадии *действия* индивид меняет образ жизни, чтобы преодолеть аддиктивное поведение. *Поддержание* предполагает работу для предотвращения рецидива и укрепления достигнутого на предыдущем этапе. Исследования, продолжавшиеся около 15 лет, говорят о том, что терапевтическое вмешательство дает наибольший эффект, если соответствует стадии изменения аддиктивного поведения клиента (Prochaska & DiClemente, 1992; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

Естественно, способ воздействия на подростка, принимающего наркотики, должен учитывать тяжесть ситуации и уровень мотивации к изменению поведения. Те же соображения важны для самого широкого спектра существующих медицинских тактик — от профилактики и кратковременных стратегий воздействия (например, заключения договора о неупотреблении наркотиков, устранения или уменьшения риска развития наркомании, нормализации поведенческой модели) до долговременного лечения по месту жительства. Хотя в этой области не существует единых общепринятых правил, самая интенсивная помощь должна оказываться подросткам, проявляющим признаки наркотической зависимости, т.е. тем, у кого в анамнезе зафиксированы хронический регулярный прием наркотиков, наличие многочисленных серьезных личностных и социальных негативных последствий, неспособность контролировать или прекратить прием психоактивных препаратов. Конечно, никакая система мер, обеспечивающих лечение, соответствующее тяжести состояния клиента, невозможна в случае, если не существует необходимого комплекса медицинских воздействий.

## **Пороговые значения симптомов злоупотребления психоактивными веществами**

Идея о том, что любое употребление психоактивных веществ представляет собой злоупотребление, в настоящее время распространена весьма широко; это в значительной степени объясняется тем, что законом запрещено употребление подростками почти всех психоактивных веществ, включая табак и алкоголь. Некоторые авторитетные авторы утверждают, что по сути не существует различия между употреблением и злоупотреблением.

Однако возникают проблемы уже с простейшими формами такого утверждения. Поскольку почти все подростки экспериментируют с алкоголем и очень многие — с другими психоактивными веществами, определять употребление как злоупотребление — значит фактически утверждать, что едва ли не каждый из них нуждается в какой-либо форме вмешательства. Такое определение злоупотребления слишком широко, чтобы им можно было пользоваться на практике. Многие подростки, пробуя алкоголь или иные психоактивные вещества, и особенно те из них, у кого это не превращается в постоянную привычку и не приводит к тяжелым последствиям, становясь взрослыми, не сталкиваются с серьезными проблемами, связанными с приемом наркотиков (Shelder & Block, 1990). Поскольку возможности здравоохранения неограничены, приравнивание употребления к злоупотреблению затрудняет выявление тех, кто прежде всего нуждается в ранней профилактике или более интенсивной терапии.

Альтернативой столь широкому представлению является определение порогового значения, характеризующего употребление психоактивных веществ, за которым оно уже становится злоупотреблением (а также стадий, которые ему предшествуют и за ним следуют), в комбинации уточненных симптомов, наличие которых означает риск для здоровья индивида или опасность возникновения отрицательных последствий. Из этого следует, что необходимо различать и рассматривать стадии, которые предшествуют тяжелой зависимости. Таким образом, единственная категория «злоупотребление» заменяется несколькими более специфическими. Так, различение понятий «начальная стадия злоупотребления» и «злоупотребление» является одним из примеров подобного рода. В связи с этим следовало бы рекомендовать рассматривать такую последовательность стадий, которая давала бы возможность выявлять подростков, для которых тот или иной вид лечения наиболее показан.

При определении взаимосвязи между выраженностью наркомании и интенсивностью вмешательства надо учитывать несколько обстоятельств. Во-первых, употребление некоторых препаратов (например, героина, кокаина «крэк») само по себе достаточ-

но опасно, чтобы послужить основанием для вмешательства, даже если отсутствуют негативные последствия или диагностические симптомы. Во-вторых, имеет значение возраст пациента: регулярный прием психоактивных веществ ребенком или совсем юным подростком (даже без учета каких-либо иных соображений) уже является показателем необходимости раннего начала лечения. В-третьих, длительный прием даже средних доз или разовый прием большой дозы препарата опасны в любом возрасте и могут оправдывать вмешательство. В-четвертых, употребление психоактивных веществ в особо не подходящих для этого ситуациях (например, перед управлением автомобилем или во время школьных занятий) может рассматриваться как злоупотребление даже при отсутствии явных отрицательных последствий: не следует ждать более серьезных неприятностей вроде ареста или автомобильной аварии. В-пятых, в случае неясного паттерна поведения в отношении психоактивных веществ вмешательство оправданно, если индивид уже испытывал негативные социальные или психологические последствия аддиктивного поведения. Поскольку основной целью любого вмешательства является предотвращение или ликвидация негативного эффекта использования психоактивных веществ, беспокойство о последствиях имеет приоритет перед заботой о специфических поведенческих особенностях индивида. В-шестых, — и это, вероятно, самый противоречивый момент — возможно, следует принимать меры, если данный подросток наркотики не принимает и никаких нежелательных последствий нет, но имеется ряд факторов риска, таких как наличие в семье наркоманов или алкоголиков, вовлеченность в прием психоактивных веществ старших сиблингов, проявления поведенческих отклонений или гиперактивности, положительные ожидания наркотических эффектов. Ответ на вопрос, являются ли целенаправленные стратегии вмешательства в таких случаях эффективными в отношении будущего злоупотребления психоактивными веществами или развития зависимости от наркотиков, остается за практикой.

### **Проблемы, связанные с DSM-IV**

Обсуждение упомянутых выше пороговых значений было бы неполным без рассмотрения критериев злоупотребления психоактивными веществами, содержащихся в DSM-IV — Диагностическом и статистическом руководстве по психическим нарушениям, версия IV. Применимость этих критериев к подросткам некоторые авторы подвергают сомнению (Martin & Winters, 1998). Например, ряд критериев DSM-IV имеет весьма ограниченную диагностическую ценность в силу чрезвычайно малой распространенности соответствующих симптомов даже в выборках пациентов клиник. Это касается, по-видимому, случаев отстраненности

или серьезных медицинских проблем, связанных с приемом наркотиков, поскольку у большинства пациентов такие проявления возникают лишь после многих лет постоянного пьянства или употребления психоактивных веществ. Соответственно, толерантность обладает низкой специфичностью, поскольку ее развитие, в особенности в отношении алкоголя, представляет собой нормальный феномен, свойственный большинству пьющих подростков. К. С. Мартин и соавторы (Martin et al., 1995) обнаружили, что толерантность имеет высокую распространенность среди подростков, страдающих или не страдающих алкогольной зависимостью, даже когда для вызывания симптома требовалось в среднем пять или более стандартных порций спиртного за раз.

Есть и другие ограничения применимости критериев DSM-IV к подросткам. Большое разнообразие проблем, диагностируемых DSM-IV как симптомы злоупотребления психоактивными веществами, каждый из которых имеет собственное пороговое значение и служит основанием для отнесения к группе риска, приводит к чрезвычайной разнородности контингента лиц, которым может быть поставлен такой диагноз. Существуют свидетельства того, что симптомы злоупотребления алкоголем не предшествуют появлению симптомов алкогольной зависимости, а это противоречит мнению, будто злоупотребление — продромальная (служащая предвестником) категория по отношению к зависимости (Martin et al., 1996).

Кроме того, существует проблема «диагностических сирот». Этот термин используется для описания лиц, имеющих один-два симптома наркотической зависимости, но никаких симптомов злоупотребления, и тем самым не подпадающих под соответствующий диагноз. Несколькими исследованиями было обнаружено, что среди подростков много «диагностических сирот» — их пропорция колеблется от 10 до 30 % (Lewinsohn, Rohde & Seeley, 1996; Harrison et al., 1998; Kaczynski & Martin, 1995). Н. А. Кажински и К. С. Мартин (1995) отмечают, что уровень потребления алкоголя и наркотиков «сиротами» сходен с уровнем потребления подростками с диагнозом «злоупотребление» и значительно выше, чем у других постоянно пьющих подростков, не имеющих такого диагноза. Эти данные наводят на мысль о том, что многие подростки «проваливаются в дырки» DSM-IV. Хотя «диагностические сироты» нуждаются в дальнейшем изучении, к этой группе, вероятно, также следует применять стратегии раннего вмешательства.

### **Соображения по поводу нормативности**

Важным фактором в оценке вовлеченности подростков в наркоманию является необходимость разделить нормативную и эволюционную роли, которые в этой возрастной группе играет употребление психоактивных веществ. Бывает весьма трудно опреде-

лить, когда подростковая наркомания имеет долговременные негативные последствия, а когда ее эффект кратковременен и обладает для подростка лишь определенной социальной привлекательностью. В строгом смысле слова «нормальная» траектория развития для подростков заключается в экспериментировании с психоактивными веществами. Как пишут в своих весьма информативных работах Д. Б. Кендел и соавторы (Kandel, 1975; Yagamuchi & Kandel, 1984), экспериментирование подростков с психоактивными веществами чаще всего происходит во время общения в компании, когда имеются такие «начальные» продукты, как алкоголь и сигареты, потребление которых разрешено законом взрослым и которые легкодоступны для несовершеннолетних. Хотя почти все подростки пробуют эти «начальные» субстанции, число приобщающихся становится тем меньше, чем серьезнее становится уровень употребления, включая марихуану и другие запрещенные законом препараты (Kandel, 1975). Более того, наличие некоторых симптомов злоупотребления — явление не такое уж редкое среди подростков, пробующих психоактивные вещества, даже если потребление не достигает существенного уровня. Это подтверждают данные миннесотского обследования школьников (Harrison et al., 1998): среди подростков, сообщивших о недавнем употреблении психоактивных веществ, у 14 % девятиклассников и 23 % двенадцатиклассников был выявлен хотя бы один симптом злоупотребления. Кроме того, обнаружилось, что даже умеренное потребление алкоголя в достаточно большом числе случаев приводит к появлению личностных последствий, ассоциирующихся с злоупотреблением (Kaczynski & Martin, 1995).

## **Основные модели оценки**

Любая достоверная оценка подросткового злоупотребления психоактивными веществами требует учета широкого спектра переменных. Рассмотрим два наиболее распространенных набора таких измерений. Один традиционно используется в стандартизованных скрининговых исследованиях и включает в себя методики, считающиеся необходимыми для выявления причин и разрешения проблем, связанных с вовлеченностью подростков в наркоманию. Эти показатели помогают клиницисту определить степень заболевания, лежащие в его основе факторы и избрать наиболее адекватный метод вмешательства. Второй набор включает в себя методики изучения когнитивных характеристик, которые обычно не используются при оценке злоупотребления подростками психоактивными веществами. В то же время полученные с их помощью показатели не только важны для понимания степени мотивации к изменениям и выбора необходимого лечения (особенно это каса-

ются кратковременных стратегий вмешательства), но и могут оказаться медиаторами и модераторами процесса изменения поведения, что весьма существенно для исхода вмешательства.

### **Традиционные показатели, определяющие степень и характер вмешательства**

*Проблема тяжести злоупотребления психоактивными веществами.* Имеется несколько предшествующих началу лечения факторов, важных для определения тяжести заболевания, планирования вмешательства и его исхода:

- начало приема психоактивных веществ;
- начало еженедельного или ежедневного их приема;
- прежние и современные частота, доза и длительность приема конкретных препаратов;
- предпочитаемое (или предпочитаемые) психоактивное вещество;
- симптомы по DSM и последствия, связанные со злоупотреблением или зависимостью от наркотика.

*Факторы биопсихосоциального риска и защитные факторы.* Биопсихосоциальные факторы относятся к числу личностных, средовых и биологических характеристик, влияющих на начало, развитие и сохранение аддиктивного поведения. Поскольку многие из этих факторов оказывают совместное воздействие на рост или уменьшение индивидуальной склонности к употреблению психоактивных веществ, они включены в различные этиологические модели подростковой наркомании (Petraitis, Flay & Miller, 1995). Выявление факторов биопсихосоциального риска и защитных факторов особенно важно потому, что их учет при вмешательстве может значительно повысить его эффективность. Факторы риска служат точками приложения сил, а защитные факторы обозначают точки опоры, на которых может строиться план предотвращения рецидива. Даже если индивид в настоящее время не принимает наркотиков, наличие некоторых показателей может предупредить о будущем риске аддиктивного поведения. Ниже приводится перечень важных для оценки ситуации факторов, разделенных на факторы риска и защитные факторы в соответствии с имеющимися литературными данными.

#### *Факторы риска:*

- наличие в семейном анамнезе злоупотребления наркотиками или наркотической зависимости;
- наличие в семейном анамнезе случаев лечения от наркомании или наркотической зависимости;
- отклоняющееся поведение или нарушение закона;
- коморбидные психические заболевания — например, поведенческие нарушения, дефицит внимания при гиперактивности,

аффективные отклонения, нарушения учебной деятельности (Kaminer, 1994);

- школьная неуспеваемость;
- употребление наркотиков сверстниками / подростковая преступность;
- слабый контроль за импульсами или толерантность к фрустрации;
- употребление наркотиков родителями;
- употребление или злоупотребление наркотиками сиблингами;
- плотность населения и уровень преступности по месту жительства.

*Защитные факторы:*

- психологическое благополучие;
- социальная связь с заботящимися взрослыми или патронажными организациями;
- наличие цели во время школьного обучения или на отдыхе;
- дружба со сверстниками, не употребляющими наркотики;
- тесные связи с соучениками в школе;
- академические успехи;
- умение справляться с трудностями и разрешать проблемы;
- религиозность;
- доступность помощи (например, снятие тревожности или депрессии, получение социальных благ).

**Когнитивные области:**

**возможные медиаторы и модераторы изменения**

Появляется все больше данных, свидетельствующих о важности представлений подростков, связанных с психоактивными веществами, для опосредования и замедления начала их приобщения к наркотикам (Christenson & Goldman, 1983; Christenson et al., 1989; Zucker et al., 1995). Исследования когнитивных предвестников аддиктивного поведения направлены либо на демонстрацию того, что группы с разными поведенческими характеристиками, такими, как потребление алкоголя, обладают разными познавательными особенностями (Johnson & Gurin, 1994), либо, напротив, на доказательство сходства в будущем аддиктивном поведении групп с различными когнитивными характеристиками (Christenson et al., 1989).

Естественно, возрастные особенности важны для оценки когнитивных факторов. Способность к абстрактному мышлению начинает играть видную роль в раннем подростковом возрасте, хотя старшие подростки лучше представляют себе будущие последствия своих действий (Keating & Clark, 1980). С другой стороны, средовые и личностные переменные в процессе приспособления взаимодействуют с когнитивными, влияя на поведение и способствуя



его изменениям. Например, социальная поддержка сверстников и членов семьи, весьма вероятно, будет способствовать высокой оценке подростком собственных достижений.

В последнее время в литературе, посвященной аддиктивному поведению, активно обсуждаются четыре когнитивных фактора, связанных с поведенческими изменениями: причины приобщения подростков к потреблению психоактивных веществ, ожидание ими возможных исходов (в том числе восприятие риска), готовность к изменениям, уверенность в собственной способности измениться (самоэффективность).

*Причины приобщения подростков к потреблению психоактивных веществ.* Результаты исследований свидетельствуют о наличии многих факторов, воздействующих на аддиктивное поведение подростков. К ним относятся социальные и рекреационные возможности, социальный конформизм, желание испытать яркие эмоции, способность справляться со стрессом (Petraitis, Flay & Miller, 1995). Есть некоторые данные о том, что в качестве причины приобщения к наркотикам наркозависимые подростки по сравнению с общей популяцией придают большее значение возможности улучшить настроение (Henly & Winters, 1988), что неудивительно, поскольку они более подвержены сопутствующему психологическому дистрессу, чем вторые.

*Ожидания.* При обследовании подростков важно измерить связанные с приемом психоактивных веществ ожидания негативных физических последствий, отрицательных психосоциальных эффектов, будущих проблем со здоровьем, положительных социальных последствий и возможности снижения негативных аффектов (Brown, Christianson & Goldman, 1980). В литературе обсуждается также вопрос об осознании риска или соотношении цены и выгоды аддиктивного поведения. Те подростки, которые не обладают знаниями об опасности приема наркотиков и связанном с ним риске, упорно отрицают, что им лично что-то грозит. Такое отрицание может приводить к двум когнитивным процессам:

1) упорному отстаиванию своего мнения, селективному восприятию только той информации, которая его подтверждает (Festinger, 1957), и приведению контраргументов при демонстрации примеров противного (Nisbit & Ross, 1980);

2) оптимистическим заблуждениям, ошибочной вере в то, что он сам не может подвергнуться такому риску, как другие (Janis & Mann, 1977).

Некоторые методики, применяемые для измерения ожиданий и восприятия риска, включают показатели осознаваемой уязвимости и знания об опасности приема наркотиков для здоровья, степени веры в то, что прекращение приема уменьшит личный риск нежелательных последствий, а также те способы, с помощью которых подросток сообщает о своей подверженности риску. Также

имеет смысл измерять то, что именуется оптимистическими предрасположениями в отношении личного риска. Обследуемому может быть задан вопрос о том, каков его личный шанс столкнуться с определенными последствиями аддиктивного поведения (много ниже среднего, ниже среднего, примерно средний и т.д.), а его ответы сопоставлены с оценками реального уровня таких последствий, полученными при проведении общенациональных исследований (Weinstein, 1984).

*Готовность к изменению поведения.* Это понятие включает осознание проблемы, готовность действовать, выбор соответствующего (доступного и дающего возможность оценить результаты) лечения. Существенно также оценить факторы принуждения: например, было ли использовано уважительное приглашение к участию в процессе принятия решения или взрослые прибегли к таким отрицательно воспринимаемым мерам, как давление закона или даже насилие и угрозы. Мотивационные аспекты могут заметно повлиять на отношение подростка к последующему лечению, включая его готовность выполнять назначения (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Мы еще очень мало знаем о том, что определяет те мотивационные переменные, которые способствуют положительным изменениям в поведении подростков.

*Самозффективность, или уверенность в собственных силах,* занимает ведущее место во многих теориях, касающихся контроля и изменения поведения (например, Bandura, 1977). Было показано, что самозффективность предсказывает многие исходы связанного со здоровьем поведения (O'Leary, 1985; Grimbowski et al., 1993). Степень самозффективности не только определяет выбор образа действий и целей изменения поведения, но также и то, как много усилий потребуется для достижения цели и насколько долго индивид будет придерживаться избранной линии поведения, встретившись с препятствиями. Поскольку уровень самозффективности предсказывает успешность достижения цели (Borelli & Mermelstein, 1994), возможно, самозффективность влияет на его исход, привлекая внимание к достижению цели. Таким образом, измерения самозффективности должны сопровождаться измерениями целеполагания и достижения.

## **Критические моменты, связанные с оценочными измерениями**

### **Учет возрастных ограничений**

На процесс измерения влияют возрастные факторы. Подростки, употребляющие психоактивные вещества, характеризуются замедленным развитием когнитивных, социальных и личностных

функций (Noam & Houlihan, 1990). Такое отставание может отражаться на восприятии ими возникающих проблем, готовности сообщать о них и на том, как эти проблемы выявляются (если они вообще выявляются), а также на восприимчивости к лечению. Логично предположить, что признание в серьезных неприятностях, связанных с наркотиками, требует значительного самопонимания. Многие подростки могут оказаться эмоционально не готовыми к тому, чтобы открыто оценить свое поведение, осознать негативные последствия, к которым может привести продолжение приема наркотиков. Кроме того, искренняя готовность лечиться требует от подростка достаточно высокого уровня зрелости.

Вместе с тем клинические наблюдения показывают, что незрелость может усиливать тенденцию некоторых подростков преувеличивать тяжесть проблем (хотя, конечно, желание «притвориться плохим» может быть вызвано и другими причинами, например намеренной попыткой манипулировать процессом обследования). Исследователь при выборе опросника или при проведении интервью должен учитывать возрастную пригодность диагностической процедуры. Некоторые из них были нормализованы и валидизированы для более взрослых пациентов, и нужно учитывать то, что грамотность и уровень восприятия младших подростков сделают такие инструменты неподходящими для данной возрастной группы. Для определения пригодности методики важно ознакомиться с инструкцией к ней.

### **Валидность самоотчета**

При использовании оценочных измерений предполагается, что самоотчеты валидны, хотя валидность самоотчетов об аддиктивном поведении является предметом значительных разногласий (Babor, Stephens & Marlatt, 1987; Watson et al., 1984). Мало того, что истина может быть искажена намеренно, иногда ответы испытуемых оказываются неточными из-за их неспособности проникнуть в суть, из-за невнимательности или недопонимания вопросов, другими словами, как уже было отмечено выше, из-за незрелости.

Литературных данных о том, насколько самоотчеты бывают недостоверны и какие факторы на это влияют, немного. Тем не менее обзор методических публикаций позволяет считать самоотчеты валидными по следующим причинам: 1) многие пациенты клиник признают незаконное употребление наркотиков; 2) то, что подросток «притворяется» плохим, подтверждается лишь в незначительной части случаев; 3) в выборках пациентов клиник выявляется гораздо более высокая распространенность приема наркотиков и связанных с ним психологических проблем, чем в выборках по месту жительства или среди школьников; 4) степень со-

впадения данных самоотчета и сведений, полученных иными способами (от учителей и родителей, а также из историй болезни), достаточно высока; 5) самоотчеты подтверждаются дальнейшим развитием событий (Brown et al., 1998; Maisto, Connors & Allen, 1995; Shaffer et al., 1993; Winters et al., 1991).

Впрочем, исследователи отмечают и случаи противоречивых самоотчетов. Например, выявлялись значимые расхождения данных при повторяющихся вопросах о прошлых спорадических и нечастых приемах наркотика (Single, Kandel & Johnson, 1975) или уточнении на протяжении года сроков первого употребления алкоголя или марихуаны (Bailey, Flewelling & Rachal, 1992). Обнаруживаются несоответствия и при сравнении сведений о количестве потребляемых психоактивных веществ при помещении в клинику и после окончания лечения. Эту проблему изучала Р.Д. Стинчфилд (Stinchfield, 1997): клинические данные часто говорят о том, что злоупотребляющие наркотиками подростки склонны преуменьшать степень своей вовлеченности в наркоманию. Стинчфилд сравнивала самоотчеты подростков, полученные в момент начала лечения и через месяц после его окончания. В обоих случаях давалась инструкция описать один и тот же момент времени — за год до начала лечения. При сравнении оказалось, что указанная ими степень наркотизации во втором случае была значительно выше, чем в первом. Более низкие показатели при поступлении в клинику могли быть следствием тормозящего действия самоотчета, связанного со стремлением подростка отрицать неприятные факты и вообще нежеланием в полной мере раскрывать себя в трудной ситуации.

На относительный уровень потребления наркотиков, согласно самоотчету, может оказывать влияние сама ситуация тестирования. Однако говорят ли исследования о том, что полученные таким способом данные вообще бесполезны? Даже учитывая занижение количества принимаемых наркотиков при поступлении в клинику, сообщаемые показатели оказывались значительно выше, чем выявленные в контрольной выборке (проведенной вне клиники по месту жительства). Таким образом, так называемый эффект «госпитализации — выписки», каковы бы ни были его причины, не заставляет отказаться от сведений, получаемых из самоотчетов.

Этот же эффект может распространяться и на диагностические данные. При сравнении диагнозов в момент поступления в клинику и при выписке было обнаружено, что частота заболеваний, связанных с приемом наркотиков (как и других заболеваний), оказывалась выше при выписке (Aronen, Noam & Weinstein, 1993). Авторы исследования предполагают, что в момент выписки пациент сообщает о себе более полные сведения, не говоря уже о поступлении дополнительной информации из других источников.

Как стандартизованные опросники, так и структурированные интервью служат средством доказательства валидности самоотче-

тов. Стандартизированные инструменты обладают несколькими преимуществами, в том числе минимизацией предубеждений, меньшим страхом испытуемых перед процессом исследования, наличием шкал для оценки искажения ответа. Интервью, в особенности структурированные, могут способствовать валидности самоотчетов тремя путями. Во-первых, интервьюер имеет возможность выразить свою озабоченность ситуацией, в которой находится подросток. Когда клиент боится обследования или не хочет отвечать на вопросы, проявление эмпатии благоприятно влияет на его/ее готовность раскрыться. Во-вторых, дополнительная информация может быть почерпнута из наблюдений за невербальными проявлениями — такими, как эмоциональные или физические характеристики. Наконец, открытые вопросы позволяют получить сведения, которые трудно было бы извлечь при использовании опросников с принудительным выбором ответов (закрытых).

*Отчеты родителей.* С изложенными соображениями связан и вопрос о валидности родительских свидетельств, подтверждающих самоотчеты подростков. Хотя литературные данные по подростковой психопатологии позволяют заключить, что отчеты родителей и их детей-подростков в некоторых проблемных областях, особенно в том, что касается внешних поведенческих проявлений (Ivens & Rehm, 1988), в значительной мере совпадают друг с другом, публикации, касающиеся злоупотребления подростками психоактивными веществами, рисуют противоречивую картину. Клинический опыт говорит о том, что родители обычно не предоставляют значимой информации о поведении детей в отношении алкоголя или наркотиков. Эмпирические данные свидетельствуют о значительном разбросе диагностического совпадения сообщений матери и ребенка о заболеваниях, связанных с приемом наркотиков. Так, К.С. Эделброк (Edelbrock, 1986) сообщает, что в среднем согласие матери и ребенка относительно симптомов таких заболеваний обнаружено в 63 % случаев, в то время как М.М. Вейсман и коллеги (Weissman et al., 1987) отмечают его лишь в 17 % случаев. Недавнее исследование совпадений отчетов подростков и их матерей, касающихся широкого спектра проявлений аддиктивного поведения и его последствий (Winters et al., 2000), показало, что матери в 70 % случаев подтверждают полученную от детей информацию об общей частоте употребления наркотиков последними. Однако на вопрос о специфических деталях вовлеченности ребенка в прием наркотиков почти треть матерей ответили «не знаю», а в тех случаях, когда все же были получены содержательные ответы, они лишь в умеренной степени совпадали с данными о ребенке. Совпадение между отчетами подростков и матерей о последствиях приема наркотиков оказалось весьма незначительным ( $r = 0,35$ ) (Winters, Stinchfield & Henly, 1996).

*Анализ мочи как средство валидации самоотчета о потреблении наркотиков.* Анализ мочи — широко применяемый клиницистами и исследователями инструмент определения валидности самоотчетов подростков по поводу приема психоактивных веществ. Однако, хотя он и имеет определенную ценность как критерий валидности, особенно применительно к выявлению употребления марихуаны и гашиша, в целом исследования свидетельствуют о низкой корреляции между самоотчетами и результатами анализа (McLaney, Del-Voca & Babor, 1994). Любопытно отметить, что это не является следствием низких показателей признания в приеме наркотиков; скорее дело в разноречивости негативных результатов тестирования при соотнесении их с данными самоотчетов. На результаты анализов влияют несколько факторов, в том числе степень и частота приема наркотиков, чувствительность теста и промежуток времени между приемом психоактивных веществ и забором пробы. Более того, ложноположительные результаты анализа (говорящие о наличии наркотика, который не принимался) могут быть следствием использования обычных пищевых добавок или противоотечных препаратов. С другой стороны, ложноотрицательные результаты (говорящие об отсутствии наркотика, который принимался) могут быть вызваны приемом диуретиков, разведением пробы или добавлением в нее большого количества соли.

Какие же выводы могут быть сделаны на основании анализа мочи? Положительный результат указывает на присутствие выявленного наркотика в моче подростка, однако из него нельзя извлечь специфической информации о наркотизации испытуемого — ни о дозе конкретного наркотика, ни о регулярности или способе его приема. Кроме того, положительный результат анализа сам по себе не является свидетельством злоупотребления или зависимости. Таким образом, включение анализа мочи в программу скрининга приводит лишь к предположительным суждениям об аддиктивном поведении подростка. В случае получения отрицательного результата могут быть сделаны три вероятных заключения (Mappo, 1986). Во-первых, возможно, подросток не принимает наркотики. Во-вторых, анализ мочи может не обладать достаточной чувствительностью для выявления вещества, о котором идет речь. Лучшим примером этого служит вопрос о том, в течение какого времени с помощью анализа мочи можно достоверно выявить употребление алкоголя. Как правило, присутствие алкоголя в моче обнаруживается лишь в случае его приема за 6—10 часов до забора пробы. Таким образом, анализ мочи может дать отрицательный результат, даже если подросток пьет чуть ли не ежедневно. Период, в течение которого результат анализа мочи показателен, довольно ограничен для многих препаратов: для ЛСД — 8 часов, для амфетаминов и героина — 1—2 дня, для кокаина — 2—4 дня и для барбитуратов — 2—10 дней. Лучшие возможности ана-

лиз мочи предоставляет для обнаружения марихуаны, гашиша и бензодиазепинов — до 6 недель после приема. Наконец, в-третьих, отрицательный результат анализа мочи может быть следствием того, что наркотик употребляется в слишком малых дозах или редко, а также если подросток соответствующим образом обработал пробу.

Хотя изучение вопроса о применимости разного рода анализов для выявления наркотизации необходимо, главное достоинство этих методик не столько возможность с их помощью точно диагностировать аддиктивное поведение, сколько понимание пациентом или испытуемым того, что для проверки достоверности его ответов может быть использован объективный метод. Это обстоятельство как свидетельство недоверия может вызвать враждебность подростка, но в равной степени может обеспечить честность ответов, поскольку испытуемый будет считать, что анализ покажет правдивую картину.

## **Выбор адекватных инструментов оценки**

### **Психометрические понятия**

Существует два психометрических атрибута, применительно к которым оцениваются диагностические методики: надежность и валидность. Понятие надежности относится к способности инструмента измерять относительно стойкую характеристику с достаточным уровнем постоянства во времени в различных обстоятельствах и в руках разных исследователей. Если данная методика устойчиво измеряет определенный феномен, ее называют надежной. Стандартной мерой надежности служит стабильность (или ретестовая надежность), выражающая ожидание того, что отклики испытуемого на один и тот же тест на протяжении короткого периода времени (например, день ото дня, неделя от недели) различаются мало или не различаются совсем. Таким образом, если тест применяется вторично вскоре после первого применения, полученные результаты должны быть вполне согласованными. Если на основании теории симптом рассматривается как относительно стабильный, различия в оценке могут интерпретироваться как случайная ошибка измерений.

Другими показателями надежности являются внутренняя согласованность, отражающая степень непротиворечивости откликов на задания данной шкалы, и совпадение оценок исследователей, отражающее тенденцию разных экспертов оценивать ответы одного и того же испытуемого одним и тем же количеством баллов (этот показатель надежности применим лишь для интервью). Коэффициент надежности, равный или превосходящий 0,70, обыч-

но считается достаточным, хотя в одних случаях бывают приемлемы более низкие значения, а в других требуются более высокие (коэффициент надежности колеблется в пределах от  $-1$  до  $+1$ ).

Валидность определяет способность методики измерять именно то, что измеряется, а не что-нибудь другое. Другими словами, валидность выражает точность измерения при помощи данного теста той характеристики, для измерения которой он предназначен (Goldstein & Simpson, 1995). К основным видам валидности принадлежит очевидная, или внешняя, валидность. Как обычно понимается, очевидная валидность означает, что инструмент, на взгляд неспециалиста, измеряет то, что должен измерять. Другими видами валидности являются критериальная, конвергентная и конструктивная. Критериальная валидность методики говорит, например, о том, что с помощью данной методики можно отличить подростков, страдающих выраженной наркотической зависимостью, как от тех, кто злоупотребляет наркотиками, так и от тех, кто их почти не принимает. Конвергентная валидность, как свидетельствует само ее название, определяется сравнением результатов теста с независимой оценкой той же характеристики. Методика обладает конвергентной валидностью, если полученные с ее помощью результаты измерения определенного параметра имеют достаточно высокую корреляцию с данными независимого измерения оцениваемого данной методикой параметра. Наконец, конструктивная валидность рассматривается только после того, как достигнуты другие виды валидности, а интерпретация полученных результатов (т. е. наличие или распространенность феномена — такого, например, как патологическая тяга к азартным играм) отражает пользующиеся широкой поддержкой теории относительно феномена, данной методикой измеряемого.

Валидность не является ни статичной, ни неизменно наличествующей характеристикой психологической методики. Определение валидности инструмента или конструкта — никогда не завершающийся динамический исследовательский процесс. Например, нельзя просто заключить, что какой-то тест валиден для всех целей и во всех обстоятельствах. «Показатель (например, такой инструмент, как тест, оценка или интервью) может быть валиден для одной цели, но не валиден для другой»<sup>1</sup>.

### **Практика оценки**

Как считают эксперты в области тестирования (Eyde et al., 1988), применение следующих мер дает возможность адекватно использовать опросники и интервью.

---

<sup>1</sup> Goldstein J. M., Simpson J. C. Validity : definitions and applications to psychiatric research // Textbook in psychiatric epidemiology / M. T. Tsuang, M. Tohen, Y. E. Zahner (Eds.). — New York, 1995. — P. 230.



1. *Правильное использование теста.* Для ответственного и компетентного применения теста необходима уверенность в том, что тест измеряет то, для измерения чего создан. Руководство к тесту должно исчерпывающе описывать особенности и характеристики, которые тест должен измерять, типы обследуемых и условия, в которых применение теста адекватно.

2. *Психометрические знания.* Пользователи теста должны обладать определенными знаниями о его надежности и валидности. Психометрические данные должны быть релевантны предполагаемому использованию теста. Полученные результаты следует интерпретировать с осторожностью, если условия тестирования не совпадают с теми, в которых проводилась психометрическая оценка теста. Если шкалы предполагается использовать для сравнения ситуаций «перед» и «после», то особенно важно учитывать стандартную ошибку измерения.

3. *Уместное использование норм и критериев.* При использовании теста, оценивающего совпадение или отклонение от нормы, нужно убедиться, что используемая норма соответствует обследуемой выборке. Для критериально-ориентированных тестов (например, диагностических интервью) важно убедиться, что все значения критериев, принятые при разработке теста, подходят для испытуемых. Также необходимо убедиться, что условия, при которых были собраны данные для выработки норм и критериев, сходны с условиями настоящего применения теста.

4. *Точность оценки.* Исследователь, использующий тест, несет ответственность за проверку точности оценки результатов, если они подсчитываются вручную. Компьютеризованные оценки, сопровождающиеся кратким резюме и рекомендациями по вмешательству, должны интерпретироваться с осторожностью, поскольку основываются на утверждениях общего характера.

5. *Обратная связь при интерпретации данных.* Пользователь должен обладать достаточной квалификацией для предоставления обследуемому необходимых услуг и корректной интерпретации результатов тестирования.

## **Обзор существующих инструментов**

С финансовой точки зрения весьма эффективным подходом является использование созданных другими исследователями инструментов, для разработки которых потребовались высокая квалификация и значительные ресурсы и время. Хотя имеется множество методов, доступных исследователям и клиницистам, обнаружение и оценка применимости новых инструментов всегда представляют большой интерес. Знакомство с ними, определение их точности и полезности также могут требовать значительного

времени. К счастью, многие новейшие разработки уже изучены, обладают привлекательными психометрическими качествами, а процесс отбора упрощается благодаря наличию руководств и обзорных статей, могущих служить указателями (Allen & Columbus, 1995; Farrow, Smith & Hurst, 1993; Leccese & Waldron, 1994; Center for Substance Abuse Treatment, 1999a). Краткие характеристики наиболее известных и всеобъемлющих тестов (интервью и тестов «карандаш — бумага») приведены ниже.

### **Методики скрининга**

Исследователям доступны несколько методик скрининга злоупотребления подростками психоактивными веществами. Такие инструменты полезны, поскольку позволяют оперативно оценить положение испытуемого относительно континуума выраженности наркотизации. Скринирующие измерения, как правило, дают консервативные оценки (например, «возможное злоупотребление» или «нуждается во всестороннем обследовании») во избежание ошибки в случае признания отсутствия наркотизации при возможном ее наличии (т. е. в случае ложноотрицательного результата). Ценность инструмента заключается в том, что он позволяет выявить ситуации, в которых необходимо более детальное обследование.

**Шкала вовлечения подростков в алкоголизацию (AAIS — Adolescent Alcohol Involvement Scale)** представляет собой самоотчет, включающий ответы по 14 пунктам (Mayer & Filstead, 1979) и определяющий степень и частоту употребления алкоголя. Вопросы касаются таких моментов, как причины начала потребления спиртных напитков, ситуации, в которых происходит распитие, последний алкогольный эпизод, непосредственные и долгосрочные последствия употребления алкоголя, взгляды подростка на алкоголь, отношение окружающих к тому, что он/она пьет. Общая балльная оценка (от 0 до 79 баллов) говорит о тяжести алкоголизации — непьющий / нормальный потребитель, пьющий, злоупотребляющий / страдающий алкогольной зависимостью. Число баллов значимо коррелирует с диагнозом и с оценками, полученными из других источников, таких как независимое клиническое обследование или мнение родителей. Оценки внутренней согласованности теста составляют от 0,55 для выборки пациентов клиник до 0,76 для общей выборки (Moberg, 1983). Применительно к той и другой выборкам тест нормирован для возрастной группы 13—19 лет.

**Индекс подростковой алкоголизации (ADI — Adolescent Drinking Index)** представляет собой заполняемый испытуемым опросник из 24 пунктов, направленный на выявление алкогольного статуса путем измерения психологических, физических и социальных симп-

томов, а также потери контроля (Hartell & Wirtz, 1989). ADI рассчитан на уровень грамотности, достигаемый к V классу обычной школы, и дает единственную оценку с отрезными точками, а также оценки по двум субшкалам (употребление алкоголя с целью лечения или в качестве протеста), имеющим исследовательское значение. Тест обладает высокой надежностью внутренней согласованности (коэффициент «альфа» в пределах 0,93—0,95) и показал валидность в измерении тяжести алкогольного статуса подростка. Исследования говорят об умеренной корреляции его результатов с уровнем потребления алкоголя и о выявляемых с его помощью достоверных различиях между критериальными группами с разной степенью алкогольных проблем. Кроме того, исследования выявили весьма высокий уровень его классификационной точности (82 %).

**Шкала вовлечения подростков в наркотизацию (ADIS — Adolescent Drug Involvement Scale).** Д. Моберг и Л. Хан (Moberg & Hahn, 1991) модифицировали описанную выше шкалу AAIS для выявления серьезности наркологического статуса подростков. Психометрическое изучение опросника, включающего 13 пунктов, показало высокую внутреннюю согласованность (0,85). Данные о валидности говорят, что ADIS имеет коэффициенты корреляции 0,72 с частотой приема наркотиков и 0,75 с независимой оценкой персонала клиники. Шкала рассчитана на уровень грамотности, соответствующий VIII классу школы.

**Клиентский индекс употребления психоактивных веществ (CSI — Client Substance Index).** Опросник, содержащий 113 пунктов (Moore, 1983), основан на выделенных Желлинеком (Jellinek) 28 симптомах наркотической зависимости. Показатели CSI отражают степень наркотизации обследуемого (отсутствие проблемы, прием психоактивных веществ, злоупотребление психоактивными веществами, химическая зависимость). Было показано, что балл по CSI отличает нормальную выборку от выборки из пациентов наркологической клиники.

**Краткий клиентский индекс употребления психоактивных веществ (CSI-S — Client Substance Index — Short)** был разработан и оценен как часть обширного Протокола скрининга злоупотребления психоактивными веществами Национального центра подростковой юриспруденции. Этот закрытый (предполагающий ответы «да/нет») опросник представляет собой самоотчет из 15 пунктов — адаптированный вариант CSI. Назначение краткого скринирующего инструмента — выделить среди находящихся под судом подростков тех, кто нуждается в дополнительном обследовании на предмет злоупотребления наркотиками. Данные о надежности теста благоприятны (коэффициент «альфа» — 0,84—0,87); его валидность подтверждается совпадением суммарного балла с установленным диагнозом злоупотребления психоактив-

ными веществами, а также способностью различать группы подростков, совершивших преступления разной степени тяжести (Thomas, 1990).

**Быстрый скрининг-тест проблемного употребления наркотиков и алкоголя (DAP — Drug and Alcohol Problem Quick Screen).** Этот скринирующий опросник из 30 пунктов использует формат «да/нет/не уверен». Опросник был протестирован в педиатрической практике (Schwartz & Wirtz, 1990). Авторы сообщают о том, что примерно 15 % опрошенных ответили утвердительно на шесть и более вопросов, что авторы считали пограничным значением для выявления «проблемного» употребления наркотиков. Анализ пунктов говорит о том, что они составляют одномерную шкалу, однако данные о надежности или критериальной валидности теста отсутствуют.

**Пересмотренный скринирующий опросник употребления наркотиков (DUSI-R — Drug Use Screening Inventory — Revised)** включает 159 пунктов и выявляют вовлеченность в прием ряда наркотиков, а также говорит о тяжести последствий, связанных с такой вовлеченностью. Результаты выражаются в баллах по десяти субшкалам (например, употребление наркотика, поведенческие проблемы, психические заболевания) и шкале лжи. Баллы в каждой области были соотнесены с критерием связанных с приемом наркотиков заболеваний обновленного DSM-III на выборке злоупотребляющих наркотиками подростков (Tarter et al., 1992). Дополнительный психометрический обзор задает нормы и свидетельствует о чувствительности теста (Kirisci, Mezich & Tarter, 1995).

**Скринирующий опросник личного опыта (PESQ — Personal Experience Screening Questionnaire)** представляет собой краткий инструмент скрининга из 40 пунктов, включающий шкалу тяжести проблемы (коэффициент «альфа» — 0,91—0,95) и освещающий историю употребления обследуемым наркотиков, некоторые психосоциальные проблемы, а также тенденцию исказить ответы («притворяться хорошим» и «притворяться плохим») (Winters, 1992). PESQ определяет критерии для популяций нормальных испытуемых, подростков-нарушителей и подростков, злоупотребляющих наркотиками. По оценкам, он предсказывает необходимость дальнейшего обследования для выявления злоупотребления наркотиками с точностью до 87 %.

**Ориентированный на проблемы скринирующий опросник для подростков (POSIT — Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers)** представляет собой заполняемые испытуемым закрытый тест из 139 пунктов и является частью Системы оценки и выявления причин наркомании для подростков, разработанной в Национальном институте злоупотребления наркотиками (Rahdert, 1991). Как и DUSI-R, он направлен на выявление десяти функциональных проблем у подростков: употребление психоактивных ве-

ществ, физическое и психическое здоровье, семейные отношения, отношения со сверстниками, образовательный и профессиональный статус, социальные навыки, свободное время и отдых, агрессивное поведение/преступность. Пограничные значения, определяющие необходимость дальнейшего обследования, установлены рациональным путем; некоторые из них подтверждены эмпирическими процедурами (Latimer, Winters & Stinchfield, 1997). Данные о конвергентной и дискриминативной валидности теста приводятся несколькими исследователями (Dembo et al., 1997; McLaney, Del-Voca & Babor, 1994).

**Индекс алкогольных проблем Ратгерса (RAPI — Rutgers Alcohol Problem Index).** Тест содержит 23 пункта и направлен на уточнение последствий употребления алкоголя для семейной жизни, социальных контактов, психологического функционирования, преступности, физических возможностей и нейропсихологических функций обследуемого (White & Labouvie, 1989). Основанный на данных большой общей популяционной выборки, RAPI обладает высокой внутренней согласованностью (0,92); для много пьющих испытуемых обнаружена значительная корреляция (0,75—0,95) с критерием алкоголизма по обновленному DSM-III.

**Опросник для тонкого скрининга злоупотребления психоактивными веществами (SASSI — Substance Abuse Subtle Screening Inventory).** Подростковая версия данного опросника, разработанная Г. Миллером (Miller, 1985), дает оценки по нескольким шкалам: внешней валидности алкоголизации, внешней валидности употребления других веществ, очевидных отличительных черт, тонких отличительных черт и оборонительного поведения. Данные валидизации говорят о высокой корреляции со шкалами MMPI, а пограничное значение для химической зависимости значимо соответствует диагнозу заболевания, связанного с употреблением психоактивных веществ (Risberg, Stevens & Graybil, 1995).

## **Психиатрические интервью**

**Диагностическое интервью для детей и подростков (DICA — Diagnostic Interview for Children and Adolescents)** представляет собой структурированное интервью, включающее 416 пунктов (Hejanic & Campbell, 1977; Reich et al., 1982), версия которого недавно вошла в DSM-IV (Reich, Shayla & Taibelson, 1992). Психометрических данных, касающихся заболеваний, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, применительно к данному инструменту не публиковалось, однако надежность и валидность некоторых других разделов оценивалась (Welner et al., 1987).

**Диагностическое интервью-перечень для детей (DISC-C — Diagnostic Interview Schedule for Children)** претерпел несколько адаптаций (например, Costello, Edelbrock & Costello, 1985; Shaffer,

Schwab-Stone, Fisher & Cohen, 1993), и теперь его версия входит в DSM-IV (Shaffer, Fisher & Dulcan, 1996). Для детей и их родителей существуют различные формы интервью. В качестве раздела большего исследования DISC-C обнаружило высокую чувствительность ( $n = 8$ ) в правильном выделении подростков, имеющих клинический диагноз заболевания, связанного со злоупотреблением психоактивными веществами (Fisher et al., 1993). Обе формы интервью (для детей и для родителей) имели чувствительность в 75 %. В случае, когда было установлено несогласие между родителем и ребенком, первый заявил, что не знает никаких подробностей насчет приема ребенком психоактивных веществ. Диагностический интервью-перечень для детей продемонстрировал умеренную ретестовую устойчивость («каппа» равна 0,46) для заболеваний, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами (Roberts et al., 1996).

**Перечень признаков аффективных нарушений и шизофрении для детей (K-SADS — Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia).** Это хорошо известное полуструктурированное интервью основано на исследовательских диагностических критериях и адаптировано для юных клиентов (Endicott & Spitzer, 1978). Выявленные K-SADS данные из нескольких источников затем соотносятся с наиболее соответствующим им диагнозом. Вопросы, касающиеся алкоголя и наркотиков, включены в раздел, посвященный продолжительности жизни (Orvaschel, 1985); существует также вариант, соответствующий DSM-IV — K-SADS-E-5 (Orvaschel, 1995). Новейшая версия включает изменения, внесенные по результатам изучения ретестовой надежности (Puig-Antich & Ryan, 1986), однако психометрические данные по разделу, касающемуся заболеваний, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, не публиковались.

**Структурированное клиническое интервью для выявления психических нарушений (SCID — Structured Clinical Interview for the DSM).** SCID обладает направляющей свободной структурой, в которой вопросы тем не менее формулируются дословно. Для каждого симптома включены специфические операциональные определения и критерии тяжести. Каждый симптом оценивается как отсутствующий, субклинический или клинически присутствующий. SCID широко используется в целях оценки наркотизации у взрослых и обнаружил высокую надежность в полевых исследованиях (например, Williams et al., 1992). К. С. Мартин, Н. А. Кажински, С. Ф. Маисто, О. М. Букштейн и Х. Б. Мосс (Martin et al., 1995) модифицировали версию интервью обновленного DSM-III для оценки заболеваний, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, по критериям DSM-IV для подростков (Spitzer, Williams, Gibbon, 1987). Была выявлена хорошая конкурентная валидность для симптомов и диагнозов, а предварительный анализ

свидетельствуют о высокой надежности интервью при интерпретации его результатов разными исследователями.

### **Интервью для выявления заболеваний, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами**

**Диагностическое интервью для подростков (ADI — Adolescent Diagnostic Interview).** Тест (Winters & Henly, 1993) оценивает симптомы, ассоциирующиеся с заболеваниями, связанными со злоупотреблением психоактивными веществами, в соответствии с обновленным DSM-III и DSM-IV. Структурированное интервью также характеризует социодемографические показатели, историю приема наркотиков и особенности психосоциального функционирования обследуемого, включая психическое здоровье. Имеются данные (Winters & Henly, 1993; Winters et al., 1993) о согласии при интерпретации интервью разными исследователями («каппа» — 0,66—0,96) ретестовой надежности («каппа» — 0,53—0,79), конкурентной (соответствие различным измерениям тяжести проблемы) и критериальной (соответствие независимо поставленному диагнозу) валидности.

**Протокол привычного употребления алкоголя и наркотиков (CDDR — Customary Drinking and Drug Use Record)** представляет собой разработанное в исследовательских целях (Brown et al., 1998) структурированное интервью, выявляющее употребление алкоголя и других наркотиков как в недавний период (до трех месяцев), так и на протяжении жизни. CDDR оценивает соответствующие обновленному DSM-III и DSM-IV симптомы зависимости от психоактивных веществ (включая детальную оценку симптомов замыкания в себе) и несколько видов последствий алкоголизации или наркотизации. Психометрические исследования свидетельствуют о том, что инструмент обладает надежностью при применении в разное время и разными интервьюерами (средний ретестовый коэффициент для периода в одну неделю для большинства содержательных областей составляет 0,91), отделяет подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, от общей популяции и дает результаты, совпадающие с альтернативными оценками.

**Диагностический перечень признаков заболеваний, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами (SUDDS — Substance Use Disorders Diagnostic Schedule)** представляет собой список диагностических вопросов, основанный на критериях обновленного DSM-III (Hoffmann & Harrison, 1989). При обследовании подростков данный инструмент должен применяться с осторожностью: некоторые пункты не соответствуют опыту этой возрастной группы, а содержательный объем недостаточен в отношении послед-

ствий для школьного обучения и вопросов приема наркотиков сверстниками. Интервью сопровождается другими методиками, помогающими определить уровень медицинской помощи клиенту на основе критерия госпитализации Американского общества аддиктивной медицины — Level of Care Index and Recovery Attitude and Treatment Evaluator (Mee-Lee & Hoffmann, 1992). Полученные с помощью SUDDS оценки недавнего и на протяжении жизни приема наркотиков показали высокое соответствие независимым клиническим диагнозам на взрослой популяции: общее совпадение составляет от 71 до 100 % (Davis et al., 1992), хотя психометрической оценки интервью на подростковой популяции не проводилось.

### **Интервью на основе индекса тяжести аддиктивного состояния ASI**

Несколько интервью для подростков представляют собой адаптации хорошо известного Индекса тяжести аддиктивного состояния (ASI — Addiction Severity Index), разработанного для взрослых (McLellan et al., 1980).

**Индекс подросткового злоупотребления наркотиками (ADAD — Adolescent Drug Abuse Index)** является структурированным интервью из 150 пунктов, направленным на получение информации в следующих областях: медицинский статус, употребление наркотиков и алкоголя, статус в отношении соблюдения законов, семейное положение и связанные с этим проблемы, обучение/работа, социальная активность и отношения со сверстниками, психологический статус. Для оценки необходимости обследования в каждой из указанных областей используется десятибалльная шкала; затем полученные данные переводятся в оценку тяжести проблемы: отсутствует, незначительная, умеренная, значительная, чрезвычайная. Раздел, посвященный наркотикам, содержит подробные сведения о частоте приема, контрольный перечень препаратов и краткий обзор наркотического статуса (например, прием нескольких наркотиков, попытки отказаться от наркотиков, симптомы абстиненции, прием наркотиков в школе). Психометрическая оценка ADAD основана на обследовании большой выборки направленных на лечение подростков и свидетельствует о надежности и валидности данного инструмента (Friedman & Utada, 1989). Создана также его краткая форма (из 89 пунктов), предназначенная для оценки исхода лечения.

**Индекс тяжести проблемы для подростков (APSI — Adolescent Problem Severity Index)** разработан сотрудниками университета Пенсильвании и Вирджинского медицинского центра Д. Метцгер с соавторами (Metzger, Kushner & McLellan, 1991). APSI предо-



ставляет общую информацию по поводу причин обследования и того, кто является его инициатором, а также об уровне понимания подростком оснований для интервью. Дополнительный раздел касается приема наркотиков/алкоголя, семейных отношений, образования/работы, приспособленности к законодательным, медицинским, психосоциальным требованиям, личных контактов. Эмпирическим путем установлена некоторая конкурентная валидность инструмента; проводится оценка предсказательной валидности.

**Всесторонний Индекс тяжести аддиктивного состояния для подростков (CASI-A — Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents)** представляет собой структурированное интервью, разработанное К. Мейерсом (Meyers, 1991). Оно охватывает несколько областей, включая следующие: образование, прием психоактивных веществ, использование свободного времени, виды отдыха, отношения со сверстниками, семейный анамнез (в том числе историю семейных отношений и злоупотребления наркотиками членов семьи), психиатрический статус, историю контактов с правоохранительными органами. Предусмотрено место для комментариев лица, проводившего интервью, оценки тяжести состояния подростка и качества его ответов. Интересной особенностью является то, что CASI-A содержит результаты скрининга по анализу мочи на содержание наркотиков и наблюдения специалиста, проводящего тестирование. Психометрическая оценка теста осуществлена его автором.

**Индекс тяжести аддиктивных состояний подростков (T-ASI — Teen Severity Index)** является другой адаптацией ASI, также предназначенной для подростков (Kaminer, Bukstein & Tarter, 1991). В интервью семь содержательных разделов: прием психоактивных веществ, школьный статус, статус занятости/иждивения, семейные отношения, статус в отношении соблюдения законов, отношения со сверстниками/социальные контакты, психиатрический статус.

Раздел, касающийся медицинского статуса, не был включен как менее значимый для подростков, злоупотребляющих наркотиками. По каждому из содержательных разделов выводятся оценки респондента и интервьюера по пятибалльной шкале. Психометрические данные говорят о весьма хорошей согласованности выводов разных исследователей и валидности (Kaminer et al., 1993).

### **Опросники «Карандаш — бумага»**

**Профиль самооценки подростков (ASAP — Adolescent Self-Assessment Profile).** Этот заполняемый респондентом многошкальный опросник, содержащий 225 пунктов (Wanberg, 1992), был разработан на основе серии исследовательских программ, изучав-

Мелодиянская б-ка  
1991гг.

ших многие переменные, которые проводили К. У. Ванберг с сотрудниками. ASAP позволяет глубоко проанализировать вовлеченность подростка в наркоманию, в том числе частоту и последствия (как отрицательные, так и положительные) приема наркотиков, а также основные факторы риска (девиантное поведение, влияние сверстников). Может быть получена также балльная оценка по дополнительным шкалам, основанным на общих факторах, характеризующих психосоциальную сферу и тяжесть проблемы. В руководстве к инструменту приводятся многочисленные свидетельства его надежности и валидности, полученные при обследовании нескольких нормативных групп.

**Профиль оценки химической зависимости (CDAP — Chemical Dependency Assessment Profile).** Этот опросник-самоотчет состоит из 235 пунктов и позволяет оценивать 11 характеристик приема наркотиков, в том числе ожидаемые положительные последствия (например, снижение напряжения), физиологические симптомы, величину дозы и частоту приема, а также отношение к лечению. Может быть получено компьютерное заключение. В настоящий момент имеются только ограниченные нормативные данные по группе из 86 испытуемых (Harrel, Honaker & Davis, 1991).

**Подростковый профиль Хилсона (HAP — Hilson Adolescent Profile)** содержит 310 вопросов с ответами «верно/неверно» и состоит из 16 шкал, две из которых измеряют уровень употребления алкоголя и наркотиков. Остальные шкалы содержательно совпадают с психиатрическими диагностическими категориями (например, антисоциальным поведением, депрессией) и характеристиками психосоциальных проблем (например, наличием конфликтов в семье). Нормативные данные имеются для выборок пациентов клиники, малолетних правонарушителей и для нормальных подростков (Inwald, Brobst & Morissey, 1986).

**Автоматизированная оценка злоупотребления наркотиками подростками (JASAE — Juvenile Automated Substance Abuse Evaluation)** представляет собой компьютерный опросник (ADE. Inc., 1987) из 108 пунктов (с ответами «верно/неверно»), созданный на основе сходного опросника для взрослых (SALCE). JASAE дает оценку по пяти категориям (от «не употребляет» до «злоупотребление наркотиками»), включая предположительную классификацию по DSM-IV и краткое заключение по истории приема наркотиков. Инструмент включает оценку жизненных стрессов и имеет шкалу отношения к тестированию. Было показано, что JASAE показывает различия между группами подростков, являющимися и не являющимися пациентами клиники.

**Опросник личного опыта (PEI — Personal Experience Inventory)** представляет собой многошкальный опросник из 276 пунктов, оценивающий степень вовлеченности подростка в прием химических веществ (10 шкал), психосоциальные факторы риска или

защиты (12 шкал) и тенденцию искажать ответы (5 шкал). Дополнительные скринирующие измерения говорят о степени диетических отклонений, суицидальном потенциале, физическом/сексуальном перенапряжении, наркологическом анамнезе родителей. Компьютерная программа выдает заключение, включающее краткие выводы и стандартизованные оценки по каждой шкале, а также разнообразную клиническую информацию. Имеются нормативные и психометрические оценки инструмента, включая ретестовую надежность и конвергентную и предсказательную валидность (Winters & Henly, 1989; Winters et al., 1993, 1996).

**Система оценки руководства профилактикой (PMES — Prevention Management Evaluation System)** — структурированное интервью и опросник, предназначенные для планирования вмешательства и последующей его оценки (Simpson, 1991). PMES состоит из трех частей: бланка приема препаратов клиентом (включающего историю приема психоактивных веществ), бланка, содержащего сведения о семье и друзьях, и последующего интервью. Планирование вмешательства основывается на информации о семье, школьном обучении, наличии проблем с правоохранительными органами, семейных отношениях, общении со сверстниками и самоуважении (Barret, Simpson & Lehman, 1988). Исследователи свидетельствуют о хорошей согласованности оценок разных интервьюеров (Simpson, 1991), но сведения о внутренней валидности отсутствуют.

### **Оценка ожидаемых исходов**

**Опросник ожидаемых эффектов от потребления алкоголя (подростковая версия) (AEQ-A — Alcohol Expectancy Questionnaire — Adolescent Version).** Содержащий 90 пунктов опросник выявляет ожидаемые или предвкушаемые эффекты от потребления алкоголя (существуют версии для марихуаны и кокаина — Brown, Christiansen & Goldman, 1980). Измеряются шесть позитивных ожиданий (общий положительный эффект, изменение поведения в обществе, улучшение когнитивных/двигательных способностей, увеличение сексуальной потенции, усиление возбуждения и релаксация/уменьшение напряжения, а также одно негативное (ухудшение когнитивного/поведенческого функционирования). Имеются благоприятные свидетельства в отношении надежности и валидности данного инструмента (Brown, Christiansen & Goldman, 1987; Christiansen et al., 1989).

**Шкала баланса решений (DBC — Decisional Balance Scale).** Эту шкалу из 16 пунктов разработали Дж. Миньо, Ю. Палонен и У. Веллер (Migneault, Pallonen & Velicer, 1997) на популяции не направлявшихся на лечение пьющих и злоупотребляющих алкоголем подростков. Она измеряет два фактора — преимущества и ущерб

от употребления спиртных напитков. Обе субшкалы обладают хорошей внутренней надежностью (0,81 и 0,87).

**Шкала ожидаемой пользы от приема алкоголя и наркотиков (PBDDUS — Perceived-Benefit of Drinking and Drug Use Scales).** Этот инструмент, включающий 10 пунктов, был создан для скрининга по признаку не угрожающей здоровью тяжести проблемы (Petchers & Singer, 1987). Предполагалось, что представления об употреблении наркотиков, в особенности ожидаемая личная польза, отражают истинный уровень потребления. Испытуемому задаются 5 вопросов об ожидаемых преимуществах потребления алкоголя, затем то же самое повторяется применительно к наркотикам. Инструмент обладает умеренной внутренней надежностью (0,69—0,74) и оказывается связан с несколькими ключевыми показателями аддиктивного поведения при тестировании в школе и на выборках подростков — пациентов психиатрических клиник (Petchers & Singer, 1990).

### **Оценка готовности к изменению поведения**

В отличие от интенсивной разработки методик для оценки переменных, характеризующих понимание взрослыми пациентами проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ, для подростков подобных исследований проводилось сравнительно мало. В литературе удалось обнаружить всего два таких примера.

**Опросник понимания проблемы (PRQ — Problem Recognition Questionnaire).** Предназначенная для подростков шкала из 24 пунктов выявляет два отдельных фактора, касающихся понимания проблем наркомании и готовности к лечению (т. е. ориентации на действие). Для ее разработки использовалась специальная комбинация логических и эмпирических процедур. Факторы PRQ обладают адекватной внутренней надежностью и в определенной мере предсказывают поведение после лечения подростков из популяции злоупотребляющих психоактивными веществами (Cady et al., 1996).

**Шкалы обстоятельств, мотивации, готовности и соответствия (CMRS — Circumstances, Motivation, Readiness and Suitability Scales).** Шкалы, изначально предназначенные для взрослых, образующих имеющую терапевтическое назначение общину, были адаптированы для злоупотребляющих наркотиками подростков (Jainchill, Bhattacharya & Yagelka, 1995). Опросник включает четыре шкалы и дает суммарную оценку, предназначенную для предсказания длительности эффекта лечения. Шкалы обстоятельств (внешняя мотивация), мотивации (внутренняя мотивация), готовности (к ле-

чению) и соответствия (предполагаемая пригодность методов лечения) обладают внутренней согласованностью («альфа» от 0,77 до 0,80) и с умеренной достоверностью предсказывают кратковременную (до 30 дней) длительность эффекта лечения.

### **Измерение самооффективности**

**Шкала самооффективности избегания наркотизации (DASES — Drug Avoidance Self-Efficacy Scale)** представляет собой самоотчет о самооффективности ранее злоупотреблявших наркотиками подростков в ситуациях избегания наркотизации (Martin, Wilkinson & Paulos, 1995). Испытуемых просят предсказать, будут ли они избегать приема наркотиков/алкоголя в 16 различных, связанных с высоким риском, ситуациях; уверенность в своих предсказаниях они оценивали по 7-балльной шкале. Тест обладает прекрасной внутренней надежностью (0,91), а его предсказательная валидность подтверждается тем, что балльная оценка в значительной мере совпадает с последующим аддиктивным поведением (более высокая самооффективность коррелировала с более низким уровнем будущего приема наркотиков).

### **Лабораторные исследования**

Наркотики могут быть обнаружены в крови или в моче несколькими лабораторными методами (Schwartz, 1988). Тонкослойная хроматография используется для скринирующих исследований употребления алкоголя или наркотиков. Добавление определенных химикалий в образец вызывает различную его окраску, соответствующую разным психоактивным веществам. Радиоиммунная проба — трудоемкий, но чувствительный метод выявления наркотиков в организменных жидкостях с помощью радиоактивных меток и антител. При поляризационном флуоресцентном иммунологическом анализе, используя один химикат, в организменных жидкостях обнаруживают амфетамины, барбитураты и кокаин. Иммуоферментный анализ и множественный иммуоферментный анализ мочи — недорогие и широко используемые методики. Молекулярная структура наркотиков выявляется также спектрометрией.

Положительные результаты любого из перечисленных выше анализов требуют подтверждения по одной из трех дополнительных методик. Газовая хроматография — дорогой и требующий значительных затрат времени способ определения наличия алкоголя и вдыхаемых веществ в организменных жидкостях с использованием инертных газов для разделения компонентов образца. Хроматография с использованием сильнодействующих жидкостей

выявляет составляющие образца благодаря их сепарации жидкими растворителями. Сочетание газовой хроматографии с масс-спектрометрией значительно повышает чувствительность теста, благодаря чему наркотики в организменных жидкостях выявляются на молекулярном уровне.

## **Заключение и направления будущих исследований**

Практики и исследователи сейчас располагают большим выбором инструментов для скрининга популяции подростков, злоупотребляющих наркотиками. Многие из них разработаны на основе предназначенного для взрослых Индекса тяжести аддиктивных состояний (McLellan et al., 1980). Хотя эмпирическое сравнение разных методик, предназначенных для обследования подростков, не проводилось, обзор, который опубликовали М.Леккис и Х.Б.Уолдрон, свидетельствует о том, что некоторые из них обладают многообещающими психометрическими характеристиками; отмечается, что недавний прогресс в этой области обнадеживает (Leccese & Waldron, 1994).

Если рассматривать содержательную сторону, то имеющиеся методики уделяют необходимое внимание проблеме тяжести аддиктивных состояний у подростков и связанным с нею биопсихосоциальному риску и защитным факторам. Тем не менее будущие исследования должны распространяться на области, в которых имеются наработки методов диагностики и лечения взрослых. Например, требуется направлять больше усилий на изучение соответствия методов вмешательства таким характеристикам популяции подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, как готовность к изменениям, самоэффективность, восприятие риска и необходимость принудительного лечения. Другим полем будущих исследований является проблема валидности самоотчетов. В большинстве работ приводятся данные о валидности применительно к тяжелым случаям, но есть основания ожидать, что для случаев средней тяжести и легких ошибка измерения окажется выше. Например, имеются свидетельства того, что отчеты о приеме наркотиков, предшествующем обследованию, менее надежны в случаях небольшой частоты приема (Single, Kandel & Johnson, 1975). Тем не менее на основании клинических наблюдений логично предположить, что минимизация приема в самоотчете более вероятна, если его автор умеренно употреблял наркотики и еще не испытал тяжелых последствий. Необходимы также исследования валидности шкал искажения ответов для выявления недобросовестных самоотчетов. Многие из существующих оценок оборонительного поведения подростков основаны на ме-

тодиках, разработанных для взрослой популяции, и могут не подходить для подростковых выборок. В результате бывает трудно судить о том, выявляют ли шкалы истинное отрицание или просто отражают естественное для подростка стремление представить себя в более выигрышном виде. Наконец, недостаточно исследованной областью является влияние метода оценки на степень достоверности выявления употребления наркотиков. В некоторой степени изучена сравнимость компьютерного предъявления тестов и применения инструментов «карандаш—бумага», но о различительных особенностях самоотчетов в формате «карандаш—бумага» и интервью известно недостаточно.

## **Формирование жизненных навыков: теория, методы, эффективность профилактического подхода к злоупотреблению наркотиками**

Гилберт Дж. Ботвин, Кеннет У. Гриффин

### **Введение**

На протяжении подросткового возраста употребление наркотиков, как правило, увеличивается как в отношении частоты и доз, так и числа используемых препаратов (Millman & Botvin, 1992). Для каждого отдельного психоактивного вещества доза и частота употребления обычно растут с переходом от приема от случая к случаю к более частому употреблению. В этот же период отмечают изменения в типе употребляемого наркотика.

Для большинства подростков первыми испробованными психоактивными веществами оказываются алкоголь и табак, хотя некоторые довольно рано обращаются к ингалянтам в силу их доступности. Позднее часть молодежи переходит к марихуане, а затем к стимуляторам, опиатам, галлюциногенам, кокаину и другим запрещенным законом наркотикам. В настоящее время признано, что раннее экспериментирование с психоактивными веществами увеличивает риск злоупотребления ими и других связанных с приемом наркотиков проблем в будущем. Поэтому программы профилактики наркомании среди подростков ставят своей целью предотвращение ранних *стадий* вовлеченности в прием психоактивных веществ для уменьшения риска злоупотребления ими в дальнейшем. Профилактика в начальной и средней школе должна включать меры противодействия приобщению к наркотикам или увеличению случаев их регулярного приема с особым упором на курение, употребление спиртных напитков и марихуаны.

К счастью, за последние два десятилетия было разработано надежное концептуальное обоснование для создания эффективных подходов к профилактике злоупотребления наркотиками. Многие исследования проводились в школах; таким образом, было



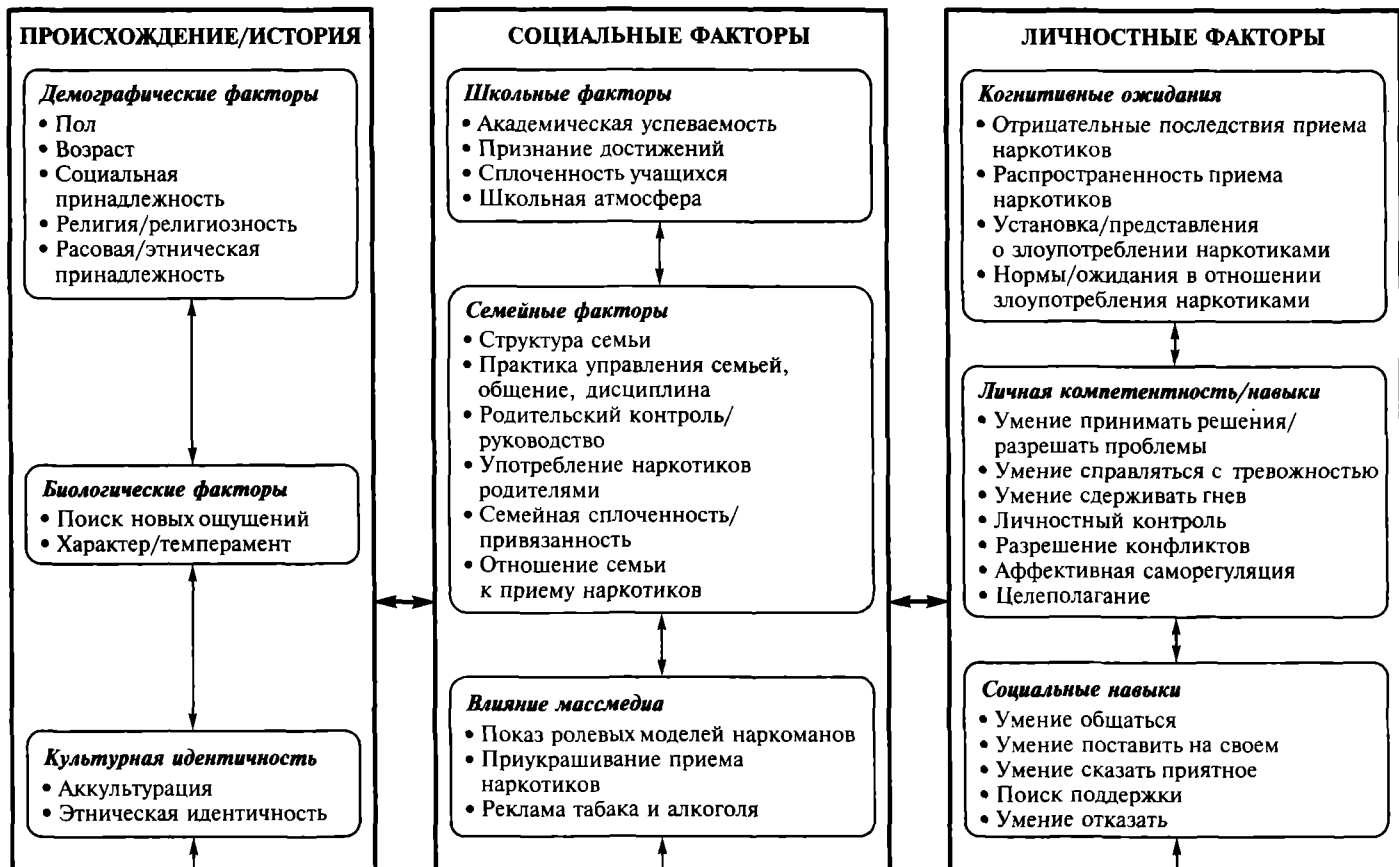
проверено воздействие превентивных программ на психологические факторы, связанные с началом и ранними стадиями наркотизации. Самые ранние из этих ориентированных на профилактику психологических исследований имели своей мишенью курение, но в последующие годы усилия по предотвращению злоупотребления наркотиками были сосредоточены на более широком спектре психоактивных веществ. Недавние работы, оценивающие психологические подходы к профилактике, имели более широкий охват, были лучше спланированы и в большей мере опирались на теоретические разработки. Эти исследования показали, что профилактические подходы к злоупотреблению наркотиками могут быть эффективными (см. обзоры Botvin & Botvin, 1992; Goodstadt, 1986).

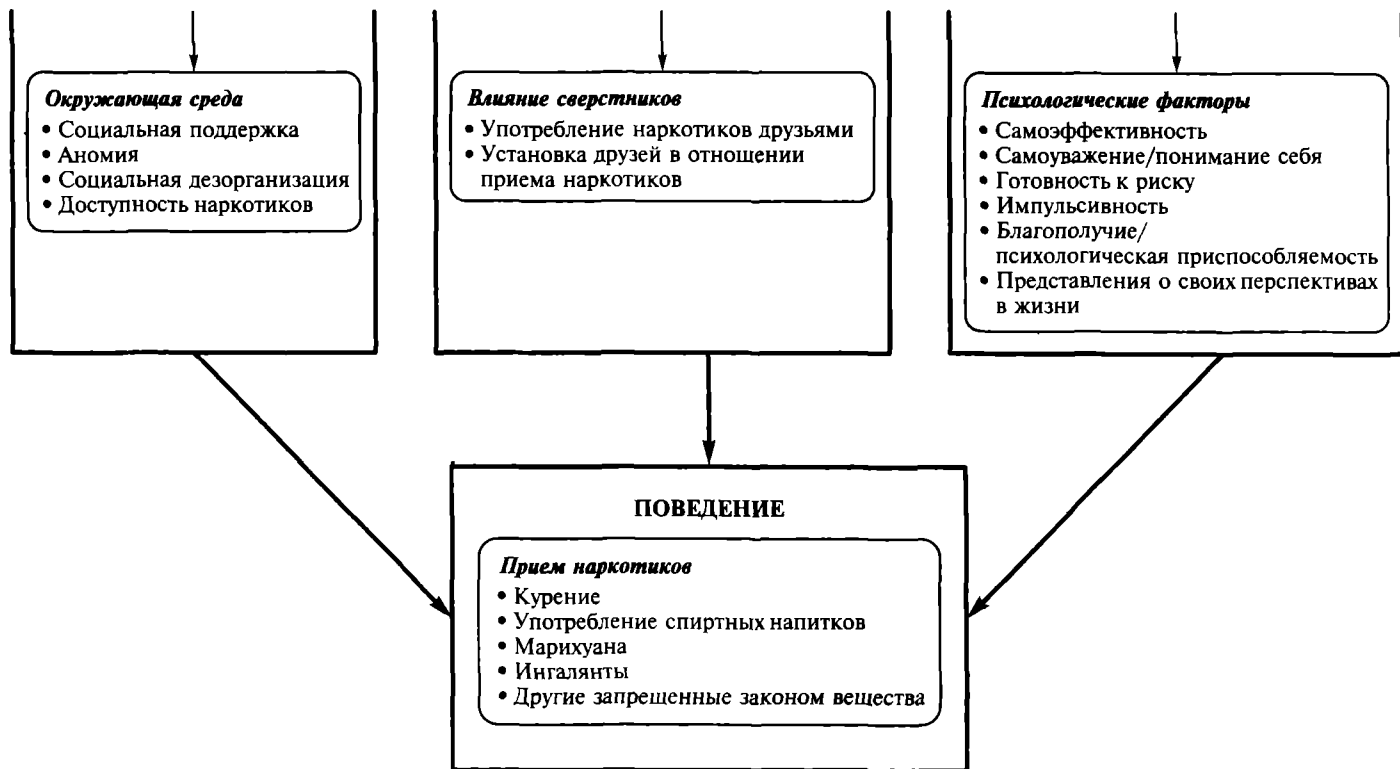
Задачей настоящей главы является описание подхода к профилактике и вмешательству в злоупотребление наркотиками, называемому «Формирование жизненных навыков» (Life Skills Training — LST), — одной из наиболее известных профилактических программ, ориентированных на школу. Мы обсудим теоретические основания программы и свидетельства ее эффективности, в том числе данные о ее воздействии на различные популяции. Будут также рассмотрены направления будущих исследований в области профилактики, особенно применительно к распространению тех методов, которые уже обнаружили свою эффективность.

## Теоретические обоснования

Этиологические исследования выявили ряд важных факторов риска приобщения подростков к наркотикам и факторов защиты, играющих существенную роль в противостоянии этим риском (Hawkins et al., 1992). Объединенная модель наиболее важных из них представлена на рис. 2.1.

Все переменные могут быть сгруппированы в три широкие категории. Категория «*Происхождение/история*» включает демографические (например, возраст, пол, социальное положение), биологические и культурные (темперамент, аккультурация, этническая идентичность) факторы и факторы влияния среды (социальная дезорганизация, доступность наркотиков). В категорию «*Социальные факторы*» входят параметры, относящиеся к школьному обучению (например, школьная атмосфера, сплоченность учащихся), семье (практика семейного руководства, дисциплина, контроль, употребление наркотиков родителями), влиянию средств массовой информации (например, телепрограмм, кинофильмов, рекламы, побуждающей к употреблению наркотив) и влиянию сверстников (прием наркотиков друзьями и положительное отношение к психоактивным веществам). Категория «*Личностные факто-*





43 Рис. 2.1. Объединенная модель аддиктивного поведения

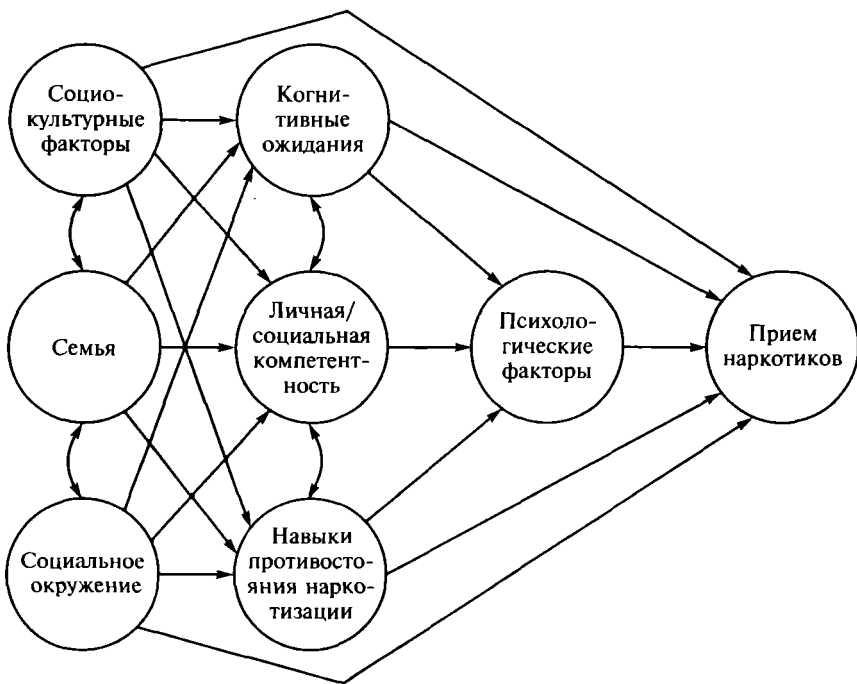


Рис. 2.2. Гипотетическая модель начала приема наркотиков

ры» включает когнитивные ожидания (установки, мнения, нормативные ожидания последствий приема наркотиков), навыки социальной компетентности (например, принятия решений, самоконтроля), социальные навыки (умение общаться, умение поставить на своем), а также некоторые психологические характеристики (самоэффективность, самоуважение, психологическое благополучие).

Общая модель приобщения к приему наркотиков, объединяющая эти ключевые показатели в целостную концептуальную систему, приведена на рис. 2.2. Она содержит главные элементы наиболее известных этиологических теорий, касающихся приема наркотиков, включая теорию социального научения (Bandura, 1977), теорию проблемного поведения (Jessor & Jessor, 1977), самоуничтожения (Kaplan, 1980), убеждения (McGuire, 1968) и теории объединений сверстников (Oetting & Beauvais, 1987). Данная модель рассматривает употребление наркотиков как результат динамического взаимодействия факторов среды и личностных факторов, при котором воздействие родителей, сверстников и других источников социального влияния накладывается на индивидуальную психологическую уязвимость, создавая благо-

приятные условия для аддиктивного поведения. Например, некоторые подростки могут получить начальный толчок к приему наркотиков благодаря рекламе; для других таким толчком оказывается употребление или положительное отношение к наркотикам со стороны родителей или друзей. Подобные социальные воздействия в наибольшей мере влияют на индивидов, социальная и личная компетентность которых довольно низкие; следствием их совокупного воздействия может стать определенная психологическая уязвимость, проявляющаяся в низком самоуважении, социальной тревожности, психологическом дистрессе. Чем больше факторов риска воздействует на подростка, тем выше шанс того, что он или она станет принимать наркотики или злоупотреблять ими.

Кроме четкого выделения ключевых факторов, ассоциируемых с началом приема наркотиков, и указания на взаимодействие между ними предлагаемая модель может быть полезна для выявления возможных точек вмешательства в целях профилактики аддиктивного поведения. Например, профилактическая программа, улучшающая личную и социальную компетентность, может оказать положительное воздействие на различные психологические факторы, связанные с уменьшением риска злоупотребления наркотиками. Впрочем, модели такого типа свойственны некоторые ограничения: они не отражают динамики и рекурсивного характера рассматриваемых явлений; не содержат исчерпывающего перечня значимых этиологических факторов.

## **Описание программы LST — «Формирование жизненных навыков»**

«Формирование жизненных навыков» (LST) — программа профилактики злоупотребления наркотиками среди подростков, рассчитанная на применение в школе. Она в первую очередь предназначена для воздействия на *личностные факторы*. Это прежде всего программа первичной профилактики, нацеленная на популяцию, в которой еще не возникли проблемы, связанные со стойким злоупотреблением наркотиками. Ее задачи достигаются воздействием на факторы риска, ассоциирующиеся с ранними стадиями наркотизации. Предполагается, что профилактическое вмешательство в отношении более юной популяции (например, учеников младших классов) приведет к уменьшению распространенности злоупотребления наркотиками в более старшем возрасте. «Формирование жизненных навыков» — это универсальная программа, предназначенная для всех индивидов в данной популяции, а не селективное или целенаправленное вмешательство, адресованное только группе риска.

## Обзор программы

Профилактическая программа «Формирование жизненных навыков» состоит из трех компонентов. Первый из них предназначен для того, чтобы научить школьников владеть собой в различных обстоятельствах; второй основное внимание уделяет выработке социальных навыков. Эти два компонента нацелены на то, чтобы увеличить личную и социальную компетентность, а также уменьшить мотивацию к приему наркотиков и уязвимость подростков по отношению к благоприятствующим наркотизации социальным влияниям. Третий компонент программы включает информацию о психоактивных веществах и направлен на привитие навыков, непосредственно их касающихся; его цель — выработать умение противостоять наркотизации, создать антинаркотическую установку и антинаркотические нормы.

Программа включает 15—17 занятий (примерно по 45 минут каждое) и предназначена для учеников средних и старших классов. В дополнение к годичному вмешательству в VII классе данный подход предусматривает два года усиленного подкрепления знаний, полученных подростками в первый год, — 5 занятий в VIII классе и 5 — в IX. Для тех округов, где имеются младшие средние школы<sup>1</sup>, программа может быть модифицирована с расчетом на учащихся VI, VII и VIII классов. Ниже приводится краткое изложение основных компонентов программы «Формирование жизненных умений».

### Компоненты программы

**Личные навыки владения собой.** Этот раздел программы предназначен для усовершенствования широкого спектра навыков, необходимых для того, чтобы управлять собственным поведением. Для достижения этой цели раздел включает:

1) развитие умения принимать решения и разрешать проблемы (например, обнаруживать проблемы, определять цели, находить альтернативные решения, предвидеть последствия);

2) обучение школьников идентификации, анализу и противостоянию влиянию массмедиа;

3) выработку самоконтроля, позволяющего справляться с тревогой (например, с помощью тренировок релаксации) и гневом/фрустрацией (например, благодаря торможению импульсивных реакций, умению посмотреть на проблему с иной точки зрения, использованию самовнушения);

4) ознакомление школьников с основными принципами изменения собственного поведения и самосовершенствования (например, постановкой цели, самоконтролем, самоусилением).

---

<sup>1</sup> Младшая средняя школа в США включает VII—IX классы. (Прим. пер.)

**Социальные умения.** Второй компонент программы предназначен для воздействия на важнейшие социальные навыки и улучшения общей социальной компетентности. Он включает помощь подросткам в решении таких личностных проблем, как стеснительность, неумение выслушивать похвалу и самим хвалить других. Данный раздел программы особое внимание уделяет навыкам общения, общим социальным навыкам (проявлению инициативы в социальных взаимодействиях, умению вести разговор), навыкам поведения на свидании, вербальным и невербальным навыкам защиты собственной позиции.

### **Информация и навыки, непосредственно касающиеся наркотиков.**

Третий компонент программы ориентирован на информирование подростков относительно приема наркотиков, создание у них антинаркотических установок, правильных нормативных ожиданий и развитие умения противостоять нежелательному влиянию массмедиа и сверстников. Используемый в этой части материал в значительной мере сходен с содержанием многих психосоциальных программ профилактики наркотизации, направленных на обучение навыкам противодействия социальному давлению. Он включает:

- 1) информацию о последствиях приема наркотиков;
- 2) знания об истинном распространении приема наркотиков среди взрослых и подростков, необходимые для корректировки нормативных ожиданий;
- 3) информацию о растущем общественном неприятии курения и использования других психоактивных веществ;
- 4) обсуждение и демонстрацию на занятиях в классе непосредственного физиологического эффекта выкуривания сигареты;
- 5) информацию о давлении, которое оказывают СМИ, рекламирующие табак, спиртные напитки и прием наркотиков;
- 6) информацию о методах, используемых в рекламе табака и спиртных напитков для увеличения сбыта продукции, описание способов противостояния такому влиянию;
- 7) описание способов противостояния прямому давлению сверстников, побуждающих подростка курить, пить или принимать наркотики.

### **Материалы программы**

Разработаны специальные учебные пособия для стандартизации применения программы «Формирование жизненных навыков» и облегчения ее использования: «Руководство для учителя» и «Пособие для учащихся», предназначенные для последовательного применения в каждом классе (все они опубликованы издательством Princeton Health Press).

«Руководство для учителя» содержит детальные планы занятий, описывает цели и задачи каждого урока, а также соответ-

ствующее им содержание и наглядные примеры. «Пособие для учащихся» включает упражнения, выполняемые в классе, домашние задания, подготавливающие к следующим занятиям и закрепляющие уже пройденный материал, а также список литературы по каждой теме. В нем также перечислены основные принципы постановки цели и направляемых самим учащимся изменений поведения; кроме того, оно содержит материал для рассчитанного на семестр «проекта самосовершенствования».

## **Методы профилактики**

Программа «Формирование жизненных навыков» включает тренинг когнитивно-поведенческих навыков, направляемые групповые дискуссии, наглядные демонстрации в классе, а также традиционные дидактические методы. Большая часть материалов, входящих в программу, лучше всего усваивается в процессе направляемых групповых дискуссий и тренинга навыков, хотя для освещения некоторых тем можно прибегать к лекциям и обычным педагогическим приемам. Поскольку основной упор делается на обучение общим навыкам самостоятельности, социальным навыкам и умению противостоять наркотизации, наибольшую значимость имеет *тренинг навыков*. Когнитивно-поведенческие навыки в рамках программы прививаются благодаря использованию обучения, наглядных демонстраций, поведенческих репетиций, обратной связи, социального подкрепления и интенсивной практики в форме поведенческих домашних заданий.

### **Обучение и наглядные демонстрации**

Первым шагом в процессе тренировки навыков являются обучение и наглядные демонстрации. *Обучение* включает детальное объяснение учащимся сущности определенного навыка и ясное изложение ситуаций, в которых он должен применяться. *Наглядная демонстрация* заключается в показе учащимся того, как пользоваться данным навыком. В качестве наглядной демонстрации могут выступать действия лица, проводящего занятие, просмотр видеозаписей или даже пример сверстника, уже освоившего изучаемый навык.

### **Поведенческий тренинг**

После того как определенный навык описан ведущим занятием и наглядно показан ученикам, им предоставляется возможность попрактиковаться в его применении в рамках соответственно подобранных поведенческих сценариев. С этой целью ученики по очереди участвуют в короткой ролевой игре, предполагающей ис-



пользование осваиваемого навыка. Возможно также деление класса на небольшие группы, каждая из которых выполняет подобное задание; ведущий переходит от группы к группе, наблюдая за поведенческими репетициями. Разыгрываемый сценарий сначала излагается ведущим или лидером группы; упражнения должны быть краткими (не более минуты каждое), чтобы как можно большее число подростков получили возможность принять в них участие.

### **Обратная связь**

После того как ученики поупражнялись в осваиваемом навыке, им объясняют сильные и слабые стороны их действий. Учитель или ведущий занятие делает это доброжелательно и ободряюще, но тщательно, так, чтобы ученики поняли, какие аспекты навыка они усвоили, а какие требуют совершенствования. Важно дать учащимся специфические рекомендации о том, как им исправить недочеты. Упор должен делаться на конструктивной обратной связи, которая направляла бы подростков в их стремлении к самосовершенствованию и приближала к освоению навыка.

### **Социальное подкрепление**

Поскольку главная цель программы — снижение риска злоупотребления наркотиками, задача тренинга — улучшить соответствующие навыки и самоэффективность каждого ученика. Поэтому для каждого подростка индивидуально оценивается достигнутый относительно исходного уровня прогресс, каким бы низким он ни был. Во время и после поведенческих репетиций учитель или ведущий программы с целью подкрепления хвалит достижения каждого ученика в отношении одного-двух элементов осваиваемого навыка; в случае если успехи сомнительны, можно просто выделить наиболее положительный элемент в поведении подростка.

### **Расширенная практика**

Целью расширенной практики является дополнительное применение осваиваемого навыка во внешкольной обстановке, способствующее его усвоению и закреплению. Средством для этого служат поведенческие «домашние задания», которые, например, могут включать ежедневное применение нового умения справляться с тревожностью или проявлением настойчивости в трех различных ситуациях на протяжении недели. В добавление к дополнительным возможностям освоения навыка расширенная практика способствует применению его во внешкольной обстановке, а также побуждает учеников пользоваться им в повседневной жизни.

## **Персонал, осуществляющий вмешательство, его отбор и подготовка**

Очень важную роль в эффективности вмешательства играет осуществляющий его персонал. Программа «Формирование жизненных навыков» успешно применялась на практике различными ведущими — школьными учителями (Botvin, Renick & Baker, 1983; Botvin et al., 1980, 1984), лидерами-старшеклассниками (Botvin & Eng, 1982; Botvin et al., 1984), приглашенными со стороны работниками здравоохранения (Botvin, Eng & Williams, 1980; Botvin et al., 1994). Есть несколько причин для того, чтобы считать учителей лучшими ведущими для проводимых на базе школы профилактических программ (таких, как «Формирование жизненных навыков»). Преподаватели уже работают в школе; они, как правило, обладают большим педагогическим опытом и умением держать класс в руках, чем другие потенциальные ведущие. Лидеры из числа школьников (сверстники или более старшие подростки) могут помогать учителям в изложении материала, а также осуществлять важную неформальную функцию — служить положительными ролевыми моделями в отношении навыков и поведения, изучаемых на занятиях. При отборе ведущих программы важно учитывать проявляемый ими интерес, энтузиазм, наличие опыта и преданность профилактике злоупотребления наркотиками. Помимо прохождения подготовительного курса ведущие должны стремиться и обладать возможностями для тщательного и полного выполнения программы в соответствии с руководством, заполнять нужные для оценки успешности вмешательства формы, служить подросткам положительной ролевой моделью.

Подготовка ведущего обычно осуществляется на однодневных или двухдневных занятиях, предназначенных для ознакомления с целями программы и ее содержанием, а также для практики в навыках, требующихся для успешного ее осуществления (Tortu & Botvin, 1989). Тренинг для лидеров-подростков предполагает начальную подготовку в течение половины учебного дня, которая позволила бы им ориентироваться в требованиях программы, усвоении их роли в ее проведении и снабдила бы их необходимой информацией и умениями. Ведущие должны встречаться с лидерами-подростками перед каждым занятием, чтобы подготовить их к нему, а также дать оценку их участию в предыдущем занятии.

## **Свидетельства эффективности**

Главным вызовом в области профилактики злоупотребления психоактивными веществами является необходимость показать, что превентивные программы работают и, главное, могут влиять на свя-

занное с наркотизацией поведение подростков. В то время, как благодаря некоторым подходам в профилактике удастся воздействовать на представления молодежи и формирование установок в направлении, соответствующем уменьшению употребления наркотиков, их все чаще рассматривают как неадекватные. Для доказательства эффективности необходимы свидетельства того, что участие в профилактической программе уменьшает частоту вовлеченности в прием наркотиков в группе вмешательства по сравнению с контрольной группой. За последние два десятилетия постепенно накопились эмпирические данные, говорящие об эффективности базирующихся на школе программ профилактики аддиктивного поведения.

С начала 1980-х гг. несколькими исследованиями была подтверждена эффективность программы «Формирование жизненных навыков» в отношении поведения подростков, связанного с приемом наркотиков. Было выявлено, что программа работает в условиях привлечения разных ведущих, на различных популяциях, в отношении разных форм проблемного поведения. Первые оценочные исследования касались борьбы с курением и проводились преимущественно на белых представителях среднего класса. В последующие годы спектр расширился, были охвачены и другие формы проблемного поведения, включая потребление алкоголя, марихуаны, запрещенных законом наркотиков; начато изучение потенциала профилактических программ в отношении агрессивности и проявлений насилия. Все больше внимания стало уделяться возможностям программы «Формирование жизненных навыков» в отношении городских популяций национальных меньшинств. Наконец, изучаются долговременные следствия профилактических программ и их воздействие на предполагаемые переменные-медиаторы.

### **Профилактика курения**

Программа «Формирование жизненных навыков» изначально создавалась для профилактики курения. Пилотное исследование (Botvin, Eng & Williams, 1980) было предназначено для изучения кратковременного эффекта этого подхода в профилактике курения сигарет. Участниками его были ученики VIII—X классов (всего 281 человек) двух сравнимых друг с другом пригородных школ, одна из которых случайным образом была выбрана для вмешательства (проведено 10 занятий по программе), а учащиеся второй составили контрольную группу. Занятия проводили медицинские работники из персонала проекта. Результаты показали, что сразу по окончании программы число курильщиков снизилось на 75%; через три месяца такое снижение составило 67%.

**Роль лидеров-сверстников.** Во втором исследовании (Botvin & Eng, 1982) изучалась эффективность программы «Формирование жиз-

ненных навыков» в VII классах (участвовали 426 школьников). В качестве ведущих выступали старшие соученики (учащиеся XI и XII классов). Для объективной оценки статуса курения и для проверки достоверности самоотчетов проводился анализ слюны на тиоцианат. Обследование по окончании программы показало, что в группе вмешательства произошло снижение числа новых курильщиков на 58 % по сравнению с контрольной группой. Эти данные были также подтверждены анализами слюны на тиоцианат, которые выявили значительный рост частоты курения в контрольной группе при неизменном его уровне в экспериментальной. При обследовании через год было выявлено уменьшение числа регулярно (не реже раза в неделю) курящих подростков на 56 %. Программа оказала также значимое воздействие на некоторые предположительно связанные с курением переменные-медиаторы, такие как знания о вреде табака, понимание роли рекламы, социальная тревожность.

**Роль школьных учителей и поддерживающих занятий.** Третье исследование (Botvin, Renick & Baker, 1983) ставило своей целью оценку эффективности программы «Формирование жизненных навыков», проводимой школьными учителями, в сочетании с поддерживающими занятиями, направленными на сохранение достигнутого первоначального эффекта профилактики. В нем участвовали 902 ученика семи школ из пригородов Нью-Йорка. Как и в предыдущем случае, для повышения достоверности самоотчетов применялся анализ слюны. Значимый эффект был достигнут в отношении ежемесячного потребления сигарет (при обследовании сразу по окончании программы); через 12 и 18 месяцев эффект вмешательства применительно к ежемесячному, еженедельному и ежедневному количеству выкуриваемых сигарет сохранился. Среди школьников, с которыми проводились поддерживающие занятия, число регулярно (ежедневно или еженедельно) курящих оказалось вдвое меньше, чем среди тех, с кем таких занятий не велось.

Таким образом, эмпирические результаты показали эффективность программы «Формирование жизненных навыков», осуществляемой силами школьных учителей, а также усиление ее воздействия при сочетании исходного вмешательства с поддерживающими занятиями. Данное исследование выявило эффективность вмешательства как осуществляемого регулярно (в форме еженедельных занятий), так и в виде краткого курса (несколько занятий в неделю).

### **Профилактика употребления алкоголя**

Вслед за изучением эффективности профилактических программ в отношении курения было осуществлено несколько исследований действенности такого подхода в противодействии злоупо-

треблению другими психоактивными веществами. Первой из них было изучение влияния программы «Формирование жизненных навыков» на частоту употребления алкоголя, эпизоды опьянения и тяжелые случаи пьянства. Исследование проводилось среди 239 учеников VII классов двух муниципальных школ Нью-Йорка, из учеников которых случайным образом были сформированы группы вмешательства и сравнения (Botvin et al., 1984). Программа была модифицирована так, чтобы включать данные о возможных последствиях потребления алкоголя, а обучение жизненным навыкам происходило применительно к ситуациям, провоцирующим употребление спиртных напитков. Хотя сразу по окончании программы эффект не был зафиксирован, значимые результаты оказались выявлены при обследовании ее участников через 6 месяцев. Было обнаружено достоверное снижение числа школьников из экспериментальной группы, сообщивших об употреблении спиртных напитков за предшествующий месяц (на 56 %), о случаях потребления больших количеств алкоголя (на 73 %) и об опьянении хотя бы раз в месяц (на 79 %).

### **Профилактика употребления алкоголя и марихуаны**

Более масштабным было исследование, направленное на изучение возможностей распространения опыта предыдущего применения данной программы на профилактику приема марихуаны. Изучалась также эффективность проведения занятий старшими соучениками-лидерами (X- и XI-классниками) и учителями (Botvin et al., 1984). В исследовании приняли участие 1311 семиклассников из 10 младших средних школ пригородов Нью-Йорка, которые случайным образом были разделены на группы, где программа реализовывалась учителями (1); старшими соучениками (2); учителями с последующими поддерживающими занятиями (3); старшими соучениками с последующими поддерживающими занятиями (4). Из учащихся двух школ были сформирована группа сравнения.

Результаты первого года вмешательства показали значимый профилактический эффект в отношении табака, алкоголя и марихуаны. Подростки, участвовавшие в программе «Формирование жизненных навыков», достоверно меньше, чем в контрольной группе, потребляли спиртных напитков во время каждого алкогольного эпизода и реже пили так, чтобы опьянеть. Более того, этот эффект оказался более выраженным в группах, где занятия вели старшие соученики-лидеры, по сравнению с теми, кто занимался с учителями. В отношении приема марихуаны также был обнаружен значительный прогресс: в группе, где профилактическая программа осуществлялась старшими соучениками-лидерами, меньше школьников сообщали о еженедельном или еженедельном ее употреблении, экспериментирование с марихуаной снизилось

на 71 %, а регулярное (еженедельное или ежедневное) — употребление — на 83 %. Через год в группе, где программу вели старшие соученики с последующими поддерживающими занятиями, число курильщиков снизилось на 82 %, употребляющих марихуану — на 78 %; в группе, с которой работали учителя, число курильщиков снизилось примерно на 50 %, экспериментирующих с марихуаной — на 47 %, пьющих — на 51 % (Botvin et al., 1990).

### **Результаты широкомасштабного профилактического вмешательства**

Одна из самых крупных и методологически строгих программ по профилактике злоупотребления психоактивными веществами была начата в 1985 г. и включала около 6 000 учеников 56 младших средних школ штата Нью-Йорк (Botvin et al., 1984). Изучалась эффективность подхода в отношении профилактики курения, употребления алкоголя и марихуаны на выборке подростков, на 52 % состоявшей из мальчиков и на 91 % — из представителей белого населения.

Предшествовавшая исследованию оценка распространенности курения служила определяющей переменной при случайном разделении школ на три группы: в первой реализация программы осуществлялись исследовательским персоналом; во второй профилактика и поддержка осуществлялись без привлечения исследовательского персонала; третья группа служила контрольной. Первоначальное обследование, профилактика и обследование после ее окончания проводились, пока испытуемые учились в VII классе. Процент охвата обследованием сразу после окончания вмешательства составил 93 % от числа участников обследования, предшествовавшего программе профилактики, к моменту окончания IX класса — 75 %, к моменту окончания X класса — 67 % и был практически одинаков для всех трех групп школ.

Единицами двух независимых серий анализа результатов служили данные как об индивидах, так и о школах. Профилактический эффект в отношении аддиктивного поведения и некоторых предположительно существующих промежуточных переменных был обнаружен в IX классе и при последующем обследовании в X классе для тех учеников, которые присутствовали по крайней мере на 60 % занятий. Результаты анализа на уровне индивидов при исследовании в IX классе показали значимое снижение курения и употребления марихуаны в двух группах вмешательства и меньшую частоту потребления спиртных напитков в группе, где профилактика и поддержка осуществлялись без привлечения исследовательского персонала по сравнению с контрольной группой. Анализ на уровне школ при последующих исследованиях в IX классе выявил значимое снижение курения в обеих группах вмешательства по

сравнению с группой сравнения. При обследовании в X классе обнаружилось достоверное снижение употребления марихуаны в группе вмешательства, где профилактика и поддержка осуществлялись исследовательским персоналом, и меньшее потребление алкоголя в обеих группах вмешательства по сравнению с контрольной группой.

### **Свидетельства долговременной эффективности**

Хотя все больше исследований, оценивающих результаты программ профилактики злоупотребления наркотиками, показывают их эффективность, основная часть таких работ посвящена кратковременному воздействию. С целью определения длительности влияния профилактической программы на злоупотребление наркотиками в целом и подхода «Формирование жизненных навыков», в частности, было проведено обследование 3597 учеников 56 школ штата Нью-Йорк, участвовавших в описанной выше программе (Botvin et al., 1995). Данные были собраны к концу их обучения в XII классе (непосредственно в школе, по телефону или по почте). Интервал между первичным и отсроченным обследованиями составил в среднем 6 лет. Результаты показали, что среди тех школьников, кто участвовал в программе в VII и посещал поддерживающие занятия в VIII и IX классах, оказалось значительно меньше курильщиков, пьющих или употребляющих марихуану, чем в контрольной группе.

Чтобы выявить воздействие профилактической программы на более глубокие уровни вовлеченности в прием психоактивных веществ, группы вмешательства и контрольная были сопоставлены также по признаку множественной наркотизации: курения и потребления алкоголя и марихуаны ежемесячно или еженедельно. К концу обучения в XII классе среди участников программы по сравнению с контрольной группой было на 44 % меньше тех, кто сообщал о ежемесячном употреблении всех трех психоактивных веществ, и на 66 % меньше тех, кто употреблял их еженедельно. Эффект профилактики был также обнаружен применительно к нескольким переменным, предположительно играющим роль медиаторов в снижении риска злоупотребления наркотиками. Самым значительным эффектом профилактики оказался среди тех подростков, кто принимал в программе наиболее полное участие.

### **Профилактика употребления запрещенных законом наркотиков**

Дополнительным результатом долговременного изучения эффективности описанной выше широкомасштабной профилактической программы явились свидетельства того, что использова-

ние подхода «Формирование жизненных навыков» может снизить и употребление запрещенных законом наркотиков. Первичная профилактика осуществлялась с предположением, что если принятые меры смогут предупредить либо уменьшить потребление табака, алкоголя и/или марихуаны, то они окажут соответствующее влияние и на прием других наркотических препаратов, к которым подростки переходят в процессе возрастного развития. Иными словами, профилактика «начальной» наркотизации приведет к позднему сокращению приема таких запрещенных законом наркотиков, как кокаин или героин. Тем не менее хотя это логическое рассуждение широко используется для обоснования нацеленности программ первичной профилактики на табак, алкоголь и марихуану, оно никогда не подвергалось эксплицитной проверке.

Воздействие программы «Формирование жизненных навыков» на употребление запрещенных законом наркотиков оценивалось путем анализа сведений, полученных от анонимной подвыборки участников описанного долговременного исследования. Данные были получены при помощи почтового опроса 447 молодых людей (средний возраст 19 лет), с которыми связались после окончания ими школы, по прошествии в среднем 6,5 лет с момента первичного обследования. Исследование включало оценку приема 13 категорий запрещенных законом наркотических веществ в соответствии с программой Мичиганского университета «Мониторинг будущего» (Johnston, O'Malley & Bachman, 1994). Было обнаружено, что среди тех, кто участвовал в программе, уровень приема запрещенных законом наркотиков значимо ниже, чем в контрольной группе, по категориям «общее употребление запрещенных законом наркотиков» и «употребление запрещенных законом наркотиков, кроме марихуаны» (Botvin et al., 2000), а также галлюциногенов, героина и некоторых других.

## **Популяции, требующие вмешательства**

Для оценки возможности распространения программы «Формирование жизненных навыков» на молодых представителей этнических меньшинств было предпринято несколько исследований. Такая работа очень важна, поскольку направлена на устранение существенного пробела в профилактике злоупотребления наркотиками. Как правило, при профилактическом вмешательстве, когда дело касается этнических меньшинств, используются две стратегии. Одна из них учитывает национальную специфику, основываясь на предположении, что этиология аддиктивного поведения различна для разных популяций. Другая предполагает вмешательство, которое может быть генерализовано в отношении



представителей самых разных этнических групп: ее сторонники исходят из допущения, что этиология злоупотребления наркотиками в различных популяциях имеет больше сходства, чем различий. Ученые, разработавшие программу «Формирование жизненных навыков», изначально придерживались второй стратегии и пытались создать инструмент широкого спектра действия, хотя и признавали, что для достижения максимальной культурной восприимчивости, релевантности и приемлемости для разных этнических групп может понадобиться некоторая модификация подхода. Имеется несколько оснований для того, чтобы считать «Формирование жизненных навыков» универсальной программой, пригодной для молодежи самой различной национальной принадлежности. Во-первых, имеется достаточно много свидетельств совпадения факторов, способствующих потреблению наркотиков членами разных расовых/этнических групп (Bettes et al., 1990; Botvin et al., 1993, 1994; Dusenbury et al., 1992; Epstein et al., 1995). Во-вторых, даже если бы строго ориентированные на определенные этнические меньшинства программы оказались успешными, было бы чрезвычайно трудно организовать отдельные вмешательства для разных подгрупп школьников, поскольку в большинстве школ учатся дети различной расовой и этнической принадлежности.

Исследования, направленные на выяснение возможности генерализации профилактической программы «Формирование жизненных навыков», проводились в такой последовательности: 1) ориентировочный этап, состоявший в тестировании находящейся в центре внимания группы и интервью с ключевыми информаторами; 2) экспертная оценка материалов и методов вмешательства; 3) оценка материалов и методов вмешательства с точки зрения испытуемых; 4) ограниченные пилотные исследования; 5) широкомасштабные полевые обследования случайных выборок. Необходимая модификация материалов и методов вмешательства производилась в процессе оценок и тестирования, хотя эти изменения не затрагивали основополагающие принципы профилактики или стратегии. Корректировка скорее касалась таких факторов, как уровень соответствия изложения материалов навыкам чтения испытуемых, использование подходящих рисунков (т.е. иллюстраций и изображений членов соответствующей этнической группы), языка, сценариев тренировки навыков, примеров, приемлемых для данной культуры.

### **Профилактические программы среди испаноязычных подростков**

Первое исследование эффективности подхода «Формирование жизненных навыков» применительно к популяции представителей этнических меньшинств — его осуществимости, приемлемо-

сти и действенности — касалось профилактики курения на выборке из преимущественно испаноязычных подростков (Botvin et al., 1989). Выборка включала учащихся VII классов восьми муниципальных школ Нью-Йорка, принадлежащих в основном к малообеспеченным слоям населения (471 школьник), и на 74 % состояла из выходцев из латиноамериканских стран и на 11 % — из афроамериканцев. Школы случайным образом были разбиты на группу вмешательства и группу сравнения. Обследование после вмешательства показало значимые различия в распространении курения в экспериментальной и в контрольной группах, стандартизованных по признакам табачного статуса, пола, курения друзей и аккультурации. Эффективность вмешательства проявилась в повышении знаний о непосредственных последствиях, распространении, социальной приемлемости курения, в способности принятия решений и в нормативных ожиданиях по поводу курения взрослых и сверстников.

Данные, полученные при проведении широкомасштабного рандомизированного обследования городских школьников преимущественно латиноамериканского происхождения, также показали значимый эффект программы (Botvin et al., 1992). В нем участвовал 3501 ученик 47 муниципальных и приходских школ района Большого Нью-Йорка; школы случайным образом были отнесены к группам вмешательства и сравнения. Как единица анализа использовались средние данные по школам; к концу учебного года (VII класса) было выявлено значимое снижение распространения курения среди подростков, участвовавших в программе, по сравнению с контрольной группой: в первой распространенность курения по месяцам и число новых курильщиков оказались почти на 30 % ниже, чем во второй. Отсроченные исследования подтвердили сохранение профилактического эффекта до окончания подростками X класса (Botvin, 1994).

### **Профилактические программы среди афроамериканцев**

Перед испытанием подхода «Формирование жизненных навыков» на афроамериканской подростковой популяции материалы и методы программы были подвергнуты тщательному рассмотрению с точки зрения их культурного соответствия. Затем было проведено ограниченное исследование, включавшее учеников девяти городских младших средних школ северных районов Нью-Джерси (Botvin et al., 1989). Из обследованных перед проведением программы 608 семиклассников 221 вошел в группу вмешательства и 387 составили группу сравнения. Выборка на 87 % состояла из афроамериканцев и на 10 % — выходцев из латиноамериканских стран. Школы в пределах каждой из трех общин случайным обра-

зом были отнесены к группам вмешательства и сравнения. Первые участвовали в программе; во вторых проводилась профилактика курения, предусмотренная обычным учебным курсом. На протяжении всего исследования собирались наблюдения в классе и оценки учителей. Мультифакторный статистический анализ с учетом данных предварительного обследования, возраста, класса, курительного статуса друзей показал, что после завершения программы ежемесячно курящих подростков в группе вмешательства стало на 57 % меньше, чем в группе сравнения. Значимый эффект программы также был обнаружен в отношении знаний о последствиях курения и нормативных ожиданий распространенности курения среди взрослых и подростков.

Крупномасштабное профилактическое вмешательство среди преимущественно афроамериканских подростков в 46 городских школах северного Нью-Джерси дало дополнительные эмпирические доказательства эффективности программы «Формирование жизненных ценностей» применительно к данной популяции (Botvin & Cardwell, 1992). После разделения по признаку общей распространенности курения школы были случайным образом разбиты на группу вмешательства и группу сравнения. В первой все ученики отобранных классов участвовали в профилактической программе «Формирование жизненных навыков» и на следующий год, в VIII классах, в поддерживающих занятиях; в контрольной группе школьникам преподавался обычный курс здорового образа жизни, включая информацию о курении. В выборку из 2512 подростков вошли 78 % афроамериканцев и 13 % выходцев из латиноамериканских стран. Обследование после окончания программы показало значимое уменьшение числа курящих учеников тех VII классов, где проводилась профилактическая программа с поддерживающими занятиями осенью следующего года, по сравнению с группой вмешательства, не участвовавшей в поддерживающих занятиях, и с контрольной группой. При окончательном обследовании было обнаружено, что среди тех подростков, которые участвовали в исходной профилактической программе и поддерживающих занятиях, оказалось на 92 % меньше куривших в течение последнего месяца, чем в контрольной группе.

Относительно недавнее исследование эффективности программы «Формирование жизненных навыков» в отношении профилактики курения касалось выборки девочек, принадлежащих преимущественно к этническим меньшинствам, из 29 муниципальных школ Нью-Йорка (Botvin et al., в печати). Участницы исследования происходили в основном из экономически неблагополучных семей; 60 % из них составляли афроамериканки и 23 % — латиноамериканки. Группа из 1278 школьниц, участвовавших в программе, сравнивалась с контрольной группой (931 человек). Результаты проведенного через год обследования показали, что

вероятность начала курения в группе вмешательства была значительно ниже, чем в группе сравнения; тех, кто стал курить чаще (ежемесячно), оказалось на 30 % меньше. Эти поведенческие перемены отчасти были обусловлены значимым эффектом программы в отношении намерений курить, знаниями о курении, об ожидаемых нормах курения среди взрослых и сверстников, о навыках отказа от наркотиков и снижении склонности к риску.

### **Адаптация программы «Формирование жизненных навыков» для подростковой популяции представителей этнических меньшинств**

Хотя проведенные исследования показали возможность распространения подхода «Формирование жизненных навыков» на представителей национальных меньшинств, часто высказывается мнение, что наибольший эффект могут дать программы, разработанные специально для популяции, на которую нацелено вмешательство. Для выяснения относительной эффективности этих двух подходов было проведено изучение результатов их применения на выборке афроамериканской и латиноамериканской молодежи (Botvin et al., 1994). Обе программы были сходны в том, что основывались на обучении школьников набору общих жизненных навыков и навыков, позволяющих отклонять предложения попробовать наркотические вещества; однако культурно-ориентированная программа при разработке материалов занятий предусматривала опору на мифы и легенды, позаимствованные из афроамериканской и латиноамериканской культур. Шесть младших средних школ, в которых по преимуществу (95 %) учились дети, принадлежащие к этническим меньшинствам, были разделены на те, где проводилась программа «Формирование жизненных навыков», те, где реализовывалась культурно-ориентированная программа, и те, где сообщалась только информация. Выборка состояла на 48 % из афроамериканцев и на 37 % из латиноамериканцев.

Результаты показали, что по сравнению с контрольной группой, где ученики получали только информацию, в обеих группах, где проводилось профилактическое вмешательство, школьники высказывали меньше намерений пить пиво или вино, а дети, посещавшие занятия по программе «Формирование жизненных навыков», проявляли меньше стремления пить крепкие напитки и принимать запрещенные законом наркотики. Профилактические вмешательства в обоих случаях также повлияли на некоторые временные, способствующие отказу от применения наркотиков. Согласно данным исследования, обе программы оказались в равной мере эффективными и привели к значимому снижению поведенческих показателей, характеризующих наркотизацию. Таким образом, было показано, что общий подход к профилактике зло-

употребления психоактивными веществами дает не менее высокие результаты, чем культурно-ориентированная профилактическая программа для определенного этнического меньшинства, что подтверждает гипотезу о возможности применения единой профилактической стратегии в мультиэтнических популяциях.

Изучение эффективности программ, проведенных двумя годами позже, в которых участвовали 456 подростков в период окончания ими IX класса, также выявило значимый эффект обоих подходов (Botvin et al., 1995). Школьники из обеих групп вмешательства реже пили спиртные напитки, реже испытывали опьянение, выпивали меньше в пределах одного алкогольного эпизода и высказывали меньшие намерения пить в будущем, чем представители контрольной группы. Выраженность этого эффекта была достаточно заметной. Например, оказалось, что за предшествовавший обследованию месяц потребляло алкоголь на 50 % меньше подростков из групп вмешательства, чем из группы сравнения. Вместе с тем было обнаружено, что культурно-ориентированная программа оказала значимо более сильное влияние на переменные-медиаторы, чем общий профилактический подход программы «Формирование жизненных навыков». Эти результаты особенно интересны тем, что, хотя и говорят о возможности разработки профилактического подхода, эффективного для достаточно широкой популяции школьников, они в то же время указывают на возможность увеличения эффективности вмешательства применительно к городским популяциям этнических меньшинств за счет разработки для них специальных культурно-ориентированных программ.

## **Направления будущих исследований**

На протяжении многих лет перед исследователями и практиками здравоохранения стояла задача найти перспективные подходы в профилактике, тщательно их опробовать и показать, что они эффективны. Этот вызов был принят. Многого стало известно о причинах злоупотребления наркотиками и о том, как его предотвратить. Хотя требуется еще немало усилий для усовершенствования имеющихся методов и разработки новых, главной целью теперь стало преодоление разрыва между исследовательскими программами и практикой, внедрение найденных учеными эффективных профилактических подходов в повседневную жизнь.

Распространение накопленного опыта особенно важно потому, что даже успешные профилактические программы едва ли окажут реальное влияние на здоровье общества, если не будут использоваться в большинстве школ: ведь многие подходы, доказавшие свою действенность, как, например, «Формирование жизненных навыков», все еще не нашли широкого применения. Вме-

сто них в школьной практике оказываются более востребованными программы профилактики наркотизации, эффективность которых еще не доказана или которые не прошли должной проверки (Silvia & Thorne, 1997). Неясно даже, в какой степени научно апробированные эффективные подходы используются в тех школах, на базе которых проводились исследования, после окончания периода наблюдения. Хотя школьная администрация чаще всего проявляет готовность и способность пользоваться ими в течение ограниченного времени, мотивации и ресурсов может не хватить на то, чтобы продолжать профилактическое вмешательство после завершения исследовательской программы.

Таким образом, важнейшей областью приложения усилий в дальнейшем должна стать разработка методов распространения, адаптации и внедрения научно обоснованных программ профилактики наркотизации.

Существует ряд препятствий на пути широкого применения эффективных профилактических программ в школах, к ним относится отсутствие необходимой инфраструктуры (Elias, 1997). По инициативе Министерства образования США проведено изучение 19 предназначенных для школ «реальных» профилактических программ; было охвачено около 10000 школьников в 19 школьных округах, получивших финансирование по закону о свободных от наркотиков школах (Silvia & Thorne, 1997). Исследователи выделили несколько факторов, способствовавших применению профилактических программ, в том числе: 1) преданность делу лиц, осуществляющих программу; 2) должное руководство со стороны координатора программы и наличие у него необходимого персонала; 3) участие в осуществляемых мероприятиях местных жителей; 4) понимание администрацией округа важности поддержки профилактических программ на школьном уровне, назначение координаторов и организация адекватной подготовки персонала.

Кроме того, даже при наличии средств распространения программы и организационной поддержки для успеха необходимо искреннее стремление школ осуществлять профилактику. Чтобы это произошло, профилактические программы должны быть «дружелюбными» и привлекательными для школьной администрации, учителей, учеников и даже их родителей. Разработанные университетскими учеными программы, хоть и весьма эффективные и прошедшие строгую проверку, редко оказываются способны конкурировать с коммерческими программами профилактики злоупотребления наркотиками. Поскольку исследователи делают упор на оценке научной обоснованности и эффективности подхода, на это уходит большая часть денег, в то время как коммерческий курс обучения антинаркотическим мерам обычно ориентирован на подачу материалов в привлекательном и замаскированном виде.

Чтобы наиболее действенные программы профилактики смогли успешно распространяться, адаптироваться и вводиться в школах по всей стране, необходимо вкладывать больше средств в придание их материалам привлекательности и в маркетинг.

## **Заключение**

Последние статистические данные говорят о том, что в США употребление подростками наркотиков снова стало расти. Этиология злоупотребления психоактивными веществами носит комплексный характер, включая многие детерминанты и направления развития.

Чтобы быть эффективными, профилактические подходы должны как можно более всеобъемлюще учитывать эти детерминанты и воздействовать на них.

Методы, ориентированные на ознакомление с вредными для здоровья последствиями приема наркотиков или изменение установок, равно как и тактика запугивания, оказались неспособными изменить аддиктивное поведение подростков. Наибольший успех приносят профилактические программы, обучающие навыкам сопротивления социальному давлению как в отдельности, так и в сочетании с общими жизненными навыками.

В настоящее время программа «Формирование жизненных навыков» представляет собой наиболее апробированный, предназначенный для школ профилактический подход. Полтора десятилетия исследований показали ее эффективность в отношении курения, употребления алкоголя и марихуаны, вовлеченности в прием нескольких «начальных» психоактивных веществ, употребления запрещенных законом наркотиков, а также предположительно играющих роль медиаторов переменных. Большинство исследований показали изначальное снижение наркотизации в группе вмешательства по сравнению с контрольной группой на 50 % и более, уменьшение эпизодического и экспериментального употребления наркотиков, а также воздействие на более серьезные случаи вовлеченности в прием психоактивных веществ. Оценка метода «Формирование жизненных навыков» выявила его как непосредственный, так и долговременный эффект, применимость разных способов проведения, особенно в сочетании с поддерживающими занятиями, возможность участия различных ведущих и эффективность в отношении разных популяций. Исследования проводились как в форме ограниченных пилотных проектов, в которых участвовали две школы и всего несколько сотен учеников, так и в виде широкомасштабных рандомизированных полевых программ, вовлекавших более 50 школ и несколько тысяч подростков.

В настоящей главе изложены теоретические основания и методы вмешательства, применяемые программой «Формирование жизненных навыков», а также приведен обзор почти 20-летних исследований по оценке ее эффективности. Полученные данные свидетельствуют о том, что применение этого профилактического подхода приводит к снижению употребления наркотиков почти на 80 % в группе вмешательства по сравнению с контрольной, а поддерживающие занятия помогают сохранить и даже усилить данный эффект. Снижение наркотизации подростков, которые проходили профилактическое воздействие в младшей средней школе, сохранялось и к моменту окончания школы; такое снижение также имело следствием более низкие показатели тяжелых форм наркотизации (например, приема больших доз, регулярного употребления нескольких психоактивных веществ, приема запрещенных законом наркотиков помимо марихуаны). Наконец, эффект профилактики имел место для достаточно широкой категории учащихся, включая белых учеников пригородных школ и городские популяции представителей этнических меньшинств (афроамериканцев и латиноамериканцев). Тем не менее, несмотря на многочисленные свидетельства эффективности этого и других сходных профилактических подходов, необходимы дальнейшие исследования, направленные на их усовершенствование и поиск наиболее совершенных способов распространения, адаптации и внедрения.



## **Роль программы «Объединение юных» в профилактике злоупотребления наркотиками, уходов из школы и суицидального поведения для групп высокого риска**

*Леона Л. Эггерт, Элейн А. Томпсон,  
Джералд Р. Хертинг, Брук П. Рэнделл*

### **Введение**

Исследования в области профилактики необходимы для успешного применения профилактических универсальных и селективных программ и программ по медицинским показаниям. Такая их классификация (Gordon, 1987; IOM, 1994) недавно принята Национальным институтом наркологии США (NIDA, 1997).

*Универсальные* программы профилактики наркотизации касаются каждого представителя популяции. Например, универсальные школьные программы ставят своей первоочередной задачей сделать школы свободными от наркотиков и предохранить учащихся от начала употребления алкоголя, табака или других наркотиков (АТДН).

*Селективные* программы профилактики наркотизации, напротив, рассчитаны на помощь группам риска употребления АТДН: например, их цель уберечь от приобщения к АТДН детей родителей-алкоголиков, которые подвергаются высокому риску вовлечения в прием наркотиков.

Наконец, профилактические программы *по медицинским показаниям* предназначены для тех индивидов, у которых уже появились ранние признаки вовлеченности в прием наркотиков и/или других сопряженных с этим факторов риска. Главной задачей таких программ является воспрепятствование развитию наркотизации и/или снижение вовлеченности в прием АТДН среди представителей группы риска.

В отличие от универсальных профилактических программ, когда все ученики школы или класса становятся объектами профилактического вмешательства, программы по медицинским показаниям адресованы тем, кто в наибольшей мере нуждается в по-

моши. Затраты на каждого участника такой программы выше, а воздействие является более интенсивным, чем это требуется большинству школьников. Профилактические программы по медицинским показаниям предусматривают получение их участниками большей «дозы» воздействия, достаточной для того, чтобы исправить проблемное поведение. Чтобы обеспечить высокую эффективность, такие программы бывают рассчитаны на прямое влияние на выявленные факторы риска и факторы защиты. Таким образом, профилактические программы по медицинским показаниям требуют выявления и оценки указанных факторов для конкретных школьников.

Задачей данной главы является обзор профилактической программы по медицинским показаниям «Объединение юных» (ОЮ) — RY (Reconnecting Youth). Обзор предназначен для практических работников, в обязанности которых входит предотвращение высокого отсева учащихся из школ и борьба с вовлеченностью подростков в прием наркотиков. Информация также адресована лицам, определяющим образовательную политику, включая законодателей, членов школьных советов, администрацию школ, в компетенцию которых входит отбор эффективных профилактических программ, адресованных группам высокого риска.

В начале главы будут описаны теоретические основания программы ОЮ. Мы покажем эффективность ее проведения в выбранных для вмешательства школах, влияние на поддержку сверстников, действие индивидуальных стратегий на промежуточные переменные, которые, по нашему мнению, способствуют изменениям в наркотизации подростков из группы риска, в школьной преступности и/или эмоциональном дистрессе и суицидальном поведении. Будут также описаны специфические элементы программы при ее применении в школах и представлены эмпирические свидетельства ее воздействия на подростков, для которых она предназначена. В заключение мы выскажем предложения по будущим исследованиям и сделаем обобщающие выводы.

## **Цели программы**

Прежде чем обсуждать теоретические основания ОЮ, рассмотрим ее цели и задачи для понимания общей философии программы и ее назначения. Снижение факторов риска и усиление сопротивляемости им и формирование факторов защиты (Hawkins, Catalano & Miller, 1992) представляют собой ключевые моменты профилактической программы по медицинским показаниям (Eggert & Kumpfer, 1997; Eggert, Nicholas & Owen, 1995).

Программа ОЮ включает три основных направления, обладающих специфическими задачами, результаты которых могут быть измерены.

1. Снижение вовлеченности в прием наркотиков, свидетельством чего служит более редкое употребление алкоголя и других психоактивных веществ; уменьшение трудностей при внутреннем контроле над приемом наркотиков; ослабление его негативных последствий.

2. Повышение школьной успеваемости, что проявляется в более высокой посещаемости занятий и лучших средних оценках по всем предметам, а также увеличении числа зачетных единиц<sup>1</sup>, набранных к окончанию школы.

3. Снижение эмоционального дистресса, выражающееся в уменьшении агрессивности, снижении уровня депрессии и суицидальных наклонностей.

Меры, направленные на решение этих задач, включают следующее: изменение личностных факторов риска (например, импульсивности при принятии решений) и поведения благодаря тренировке навыков личных стратегий контроля и межличностного общения; снижение взаимосвязанных межличностных и школьных факторов риска (главным образом контактов с ровесниками-делинквентами) благодаря усилению поддержки со стороны группы положительно влияющих сверстников и учителей. Одним из средств, увеличивающих личную сопротивляемость и способствующих достижению целей программы, является укрепление *личностных ресурсов* — например, выраженного чувства собственного достоинства, веры в свою способность разрешать жизненные проблемы, положительного взгляда на будущее (Powell-Cope & Eggert, 1994). Другим таким средством служит усиление социальных факторов защиты или факторов окружающей среды — помощь со стороны друзей и семьи, создания большей связи со школой благодаря целенаправленной поддержке любимых учителей, а также поддержке усилий школы родителями (Eggert et al., 1994; Powell-Cope & Eggert, 1994). Действие профилактической программы ОЮ направлено также на снижение факторов риска и увеличение сопротивляемости не только самого подростка, но и его ближайших друзей, семьи, школы, общины (Eggert & Parks, 1987; Hansen, 1992; Hawkins, Catalano & Miller, 1992). Достижение этих целей увеличивает эффективность реализации программы.

---

<sup>1</sup> Зачетные единицы («кредиты») — баллы, засчитываемые учащемуся за прослушанный в школе или в высшем учебном заведении курс, объем которого обычно составляет один час в неделю в течение семестра. Для получения удостоверения о прохождении курса в учебном заведении по какой-либо специальности требуется получить определенное минимальное число «кредитов». Кредитный (зачетный) час — единица измерения учебного времени (один академический час) аудиторных занятий, проводимых в течение семестра в школе или высшем учебном заведении. (Примеч. пер.)

Для выполнения указанных задач профилактической программы по медицинским показаниям ОЮ необходимо решить следующие основополагающие проблемы:

- выделить и охватить вмешательством уклоняющихся от обследования и входящих в группу высокого риска подростков, тех, для кого потенциально велика опасность школьного отсева;
- осуществлять предлагаемые меры в школах, атмосфера в которых не всегда благоприятна для исследований;
- опробовать основанные на теории профилактические вмешательства, предназначенные для усиления положительных факторов и снижения факторов риска (Eggert, 1996).

## **Теоретические основания профилактической программы «Объединение юных»**

Данная программа отражает модель поддержки социальным окружением (Eggert, 1987; Eggert, Seyl, Nicholas, 1990). В ее основе лежит эксплицитное положение о том, что индивидуальное поведение не проявляется в вакууме: для него необходим определенный социальный контекст. Это означает, что вовлеченность в прием наркотиков, эмоциональное благополучие, школьная успеваемость — все это возникает и существует под влиянием среды, которая окружает подростка и которую составляют сверстники, семья, школа. Таким образом, например, для изменения аддиктивного поведения в желательном направлении профилактическое вмешательство должно вписываться в социальный контекст.

Применительно к программе ОЮ социальный контекст включает следующее.

1. *Компонент социальных контактов*, охватывающий ключевых партнеров в школьном сообществе — родителей или опекунов подростка, учителя, осуществляющего программу ОЮ, группу сверстников, вовлеченных в эту программу. Это те лица, между которыми существуют социальные и межличностные отношения в типичной ситуации реализации программы.

2. *Социальную поддержку и процессы социального научения*, в том числе взаимную социальную поддержку среди ключевых партнеров по участию в программе, а также когнитивное и поведенческое научение.

На рисунке 3.1 приведена схема факторов поддержки социальным окружением, на которой основывается программа ОЮ; и структура оказывающего поддержку социального окружения, и происходящие в нем процессы имеют первостепенное значение для поощрения когнитивных и поведенческих изменений у подростков, участвующих в программе ОЮ.

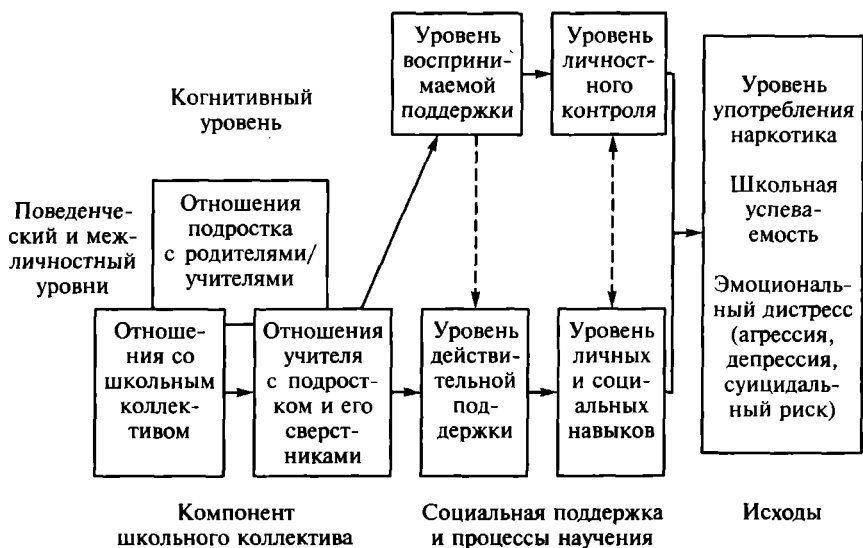


Рис. 3.1. Теоретическая модель программы ОЮ: социальные связи, процессы социальной поддержки и возможные исходы

В левой части рисунка отражена структура социальной поддержки, включающая школьные связи, семейные узы, межличностные отношения между учеником и учителем и между сверстниками, налаживанию которых способствует программа ОЮ. Благодаря этим контактам подростки получают социальную поддержку, что благоприятно сказывается на возможностях научения. В средней части рисунка отображены процессы, задействованные программой, и включающие *экспрессивную поддержку*, или установление связей (заботу, принадлежность к группе, позитивное подкрепление), и *инструментальную поддержку* (специальную помощь — например, обучение участвующим в программе ОЮ учителем или тренировку навыков). Эта взаимная социальная поддержка создает те необходимые условия, благодаря которым достигается запланированное научение. Основная предпосылка успеха программы — восприятие ее участниками поддержки на когнитивном уровне, благодаря чему формируется мотивация и возникают перемены в уровне ощущаемого личностного контроля усвоения личностных и социальных навыков. В свою очередь предполагается, что эти непосредственные следствия благоприятствуют достижению целей программными по изменению указанных параметров (правая часть рисунка).

Положительные последствия социальной поддержки признаны всеми. Изучение сопротивляемости (Blaney & Ganellen, 1991; Jessor, 1993; Resnick et al., 1997) и социальной поддержки (Cohen & Syme,

1985; Cutrona & Russel, 1991; Dunkel-Schetter & Bennett, 1991; Sarason, Pierce & Sarason, 1991) указывает на то, что лица, обладающие большими личностными и социальными ресурсами, многое выигрывают в плане здоровья (Botvin & Dusenbury, 1989; Cauce & Srebnik, 1989; Eggert, 1987; Lin, Dean & Ensel, 1986; Rainer & Slavin, 1992). Таким образом, вмешательство, увеличивающее социальную поддержку, укрепляющее межличностный контекст и помогающее подростку обрести основные жизненные навыки, является решающим в разрешении проблемы отклоняющегося поведения в группе высокого риска.

Следующие разделы главы содержат более подробное изложение специфических особенностей вмешательства, целью которого является усиление социальной поддержки. Принимаемые меры имеют три адресата — школа, сверстники, сам подросток. Профилактические стратегии для каждого из них описаны в соответствующих разделах. Далее приводятся теоретические предпосылки для понимания того, почему такое вмешательство работает — уменьшает вовлеченность в прием наркотиков, эмоциональный дистресс и школьный отсев. Наконец, теоретические механизмы, иллюстрируемые рис. 3.1, объясняются в терминах влияния вмешательства на промежуточные факторы внутреннего контроля и оказываемой поддержки.

### **Ориентированное на школу профилактическое вмешательство ОЮ**

**Стратегии профилактики.** В модель программы, предназначенной для применения в школе, входит несколько ключевых видов вмешательства. Теоретически они улучшают для подростков из группы риска школьную ситуацию в целом. Эти подходы представлены в таблице 3.1 и включают задание норм школьной жизни, усиление поддержки школьным коллективом подростков, подвергающихся риску, содействие возникновению положительных социальных связей и в школе, и в обществе.

**Теоретические предпосылки.** Ориентированные на школу стратегии усиливают мотивацию подростка и обеспечивают ему социальную поддержку со стороны определенных взрослых из школьного окружения. В результате для него становится более открытым *доступ к помощи* в естественном для него школьном окружении. Считается, что достаточно легкое получение помощи разрушает барьеры и предоставляет больше возможностей для установления тесных связей в школьном коллективе, тем самым усиливая навыки самоэффективности (Pentz, 1993; Weissberg, Caplan & Sivo, 1989). Подростки, у которых появляется интерес к школе, получают более широкие возможности налаживания контактов и вхождения в группу сверстников (что является для тинэйджеров глав-

Таблица 3.1. Система профилактического вмешательства на базе школы

<p>Задание школьных норм и мониторинг:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(а) улучшения посещаемости всех уроков;</li> <li>(б) повышения успеваемости по всем предметам;</li> <li>(в) отсутствия вовлеченности в прием наркотиков в школе</li> </ul>
<p>Усиление поддержки школьного коллектива благодаря:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(а) получению постоянной поддержки участвующего в программе ОЮ учителя;</li> <li>(б) поощрению учителей на уроках;</li> <li>(в) обеспечению индивидуального руководства</li> </ul>
<p>Поощрение просоциальной деятельности, а именно:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(а) контактов в классе, школьном клубе, участия в спортивных и других играющих позитивную роль мероприятиях;</li> <li>(б) участия в жизни общины</li> </ul>

ной заботой); они меньше страдают от одиночества, приобщаются к здоровым формам отдыха, обретают цель в жизни (Harlow, Newcomb & Bentler, 1986).

**Теоретический аппарат.** Основной задачей осуществляемых в школе вмешательств, направленных на обеспечение социальной поддержки, является усиление внутреннего контроля и ощущаемой школьной поддержки/принадлежности — двух известных опосредствующих факторов защиты. Теоретически предоставление подростку поддержки школьного коллектива благодаря созданию и мониторингу возможностей участия в значимых отношениях с заботливыми взрослыми в социально позитивных школьных мероприятиях и в жизни общины прямо способствуют (1) формированию личной компетентности и контроля, усиливающих положительное отношение к школе и учителям; (2) укреплению обычных школьных уз, порождающему чувство сопричастности и цели (Bandura, 1977; Botvin & Dusenbury, 1989; Catalano et al., 1991; Schinke & Gilchrist, 1984; Schrinke, Botvin & Orlandi, 1991). Увеличение внутреннего контроля и укрепление обычных школьных уз должны приводить к желательным исходам и достижению целей программы ОЮ (Brendtro, Brokenleg & Van Bockern, 1990; Kellam & Rebok, 1992; Kellam et al., 1991).

### **Ориентированное на сверстников профилактическое вмешательство в рамках программы ОЮ**

**Стратегии профилактики.** В силу возрастных и этиологических характеристик сверстники играют важнейшую роль в успешности профилактического вмешательства в рамках программы ОЮ.

Ее ключевые стратегии направлены на то, чтобы вовлечь в профилактику и создать соответствующую мотивацию у группы сверстников, воздействующих друг на друга, а также нивелировать негативное влияние молодежной компании. Эти стратегии (табл. 3.2) включают: 1) задание и поддержание групповых норм для участников программы ОЮ благодаря созданию личной приверженности ее целям: повышению успеваемости, снижению приема наркотиков, большему контролю над своими настроениями; 2) ежедневное укрепление норм положительной групповой культуры благодаря преодолению отклоняющихся форм поведения (Brendtro et al., 1990; Eggert et al., 1995; Vograth & Brendtro, 1985; N. Tobler, 1992); 3) замещение делинквентных групповых связей просоциальными узами в классе, участвующем в программе ОЮ.

**Теоретические предпосылки.** Ориентированные на сверстников стратегии программы ОЮ включают создание и поддержание позитивной культуры в группе сверстников (Vograth & Brendtro, 1985) для противодействия факторам риска, наблюдаемым среди социально ущемленной молодежи. Теоретически такая просоциальная культура положительно влияет на обычные контакты между сверстниками и снижает распространение приема наркотиков, агрессивность/депрессию и школьные откло-

**Таблица 3.2. Профилактическое взаимодействие группы участвующих в программе ОЮ сверстников**

<p>Формирование норм персональной и групповой приверженности целям программы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(а) посещение школы и успеваемость;</li> <li>(б) управление своими эмоциями;</li> <li>(в) снижение вовлеченности в прием наркотиков</li> </ul>
<p>Ежедневное подкрепление норм позитивной культуры группы сверстников:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(а) активная поддержка/помощь в достижении целей программы каждым членом группы;</li> <li>(б) создание «клёвого» имиджа для равнодушия, восприятие проблем как возможности роста, ответственность за создание и поддержание просоциальных групповых связей</li> </ul>
<p>Замена принадлежности к девиантной группе на принадлежность к просоциальной группе:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(а) поощрение групповых связей между участниками программы ОЮ;</li> <li>(б) создание климата заботы и участия;</li> <li>(в) замещение отклоняющихся действий и отношений на просоциальные</li> </ul>



нения (Eggert et al., 1990, 1994). Главным в стратегии ОЮ является поощрение просоциальных действий и создание рекреационных возможностей для группы риска. Такие ежедневные мероприятия и многочисленные поддерживающие занятия на протяжении всего учебного года положительно сказываются на результатах осуществления программы (Brendtro, 1990; Eggert et al., 1995; Tobler, 1986; 1992).

**Теоретический аппарат.** Просоциальные объединения сверстников являются первым промежуточным звеном, имеющим предсказательное значение для успеха программы ОЮ. Позитивные отношения со сверстниками служат основой здорового развития тинэйджеров (Cauce & Srebnik, 1989; Moskowitz, 1988). В моделях социального влияния (Botvin & Dusenbury, 1989; Dorn, 1984) просоциальные объединения противодействуют девиантной ориентации (Elliott, Huizinga & Ageton, 1985). Таким образом, экспрессивная и инструментальная поддержка со стороны участвующих в программе ОЮ сверстников отвечает потребностям подростка в принадлежности к группе. К тому же такая поддержка укрепляет просоциальные нормы и создает возможность обретения новых, не принимающих наркотики друзей, тем самым устраняя негативное влияние сверстников-делинквентов (Eggert et al., 1994b). Кроме того, совместное участие в программе группы сверстников способствует лучшему освоению ими необходимых навыков в повседневной жизни, напрямую воздействуя на внутренний контроль и самооффективность (Bandura, 1977). Такие результаты ожидаемы, поскольку роль участвующего в программе учителя заключается в активном создании и поддержании группового взаимодействия в классе с помощью моделирования и положительного подкрепления взаимной поддержки членов группы и одновременного противодействия отклоняющимся связям и действиям (Eggert & Herting, 1991; Vorrath & Brendtro, 1985).

### **Ориентированное на индивида профилактическое вмешательство ОЮ**

**Стратегии профилактики.** В ориентированной на индивида части программы ОЮ главным профилактическим вмешательством является тренировка навыков. Тренинг социальных и жизненных навыков предоставляет подростку ежедневную возможность осваивать и использовать новые умения в значимых для формирующейся личности областях (см. табл. 3.3). Центральными элементами данной стратегии являются: 1) предоставление лично значимой информации и обратная связь, касающаяся обретения и применения каждым подростком жизненных навыков; 2) инструктаж в том, как применять приобретаемые навыки для преодоления личностных барьеров, препятствующих достижению

Таблица 3.3. **Тренинг личностных и социальных навыков в рамках программы ОЮ**

1. Усиление самоуважения Обучение выражению уважения к себе и к другим в классе, где проводится программа ОЮ
2. Принятие решений Обучение использованию программы STEPS <sup>1</sup> и приложение ее к принятию здоровых решений в отношении приема наркотиков, поведения в школе и управления настроениями
3. Личностный контроль Овладение навыками управления стрессом, гневом и депрессией; освоение умения справляться с «пусковыми механизмами» приема наркотиков, прогулов, неконтролируемых настроений
4. Межличностное общение Освоение умения оказывать и принимать поддержку друзей, овладение навыками общения с учителями и родителями

целей программы ОЮ — улучшения успеваемости, управления собственными настроениями, внутреннего контроля над употреблением наркотиков.

**Теоретические предпосылки.** Раздел программы ОЮ, касающийся навыков, описывает ядро личностных и межличностных социальных навыков, благодаря которым подросток может эффективно справляться с трудностями и адаптироваться. Такие факторы защиты противодействуют злоупотреблению наркотиками и другим проявлениям проблемного поведения (Botvin, & Dusenbury, 1989; Botvin & Tortu, 1988; Eggert, 1995). Тренинг навыков в рамках программы ОЮ, основанный на интегрированном социальном научении и теории контроля (Elliott, Huizinga & Ageton, 1985), предоставляет возможность обретения навыков в контексте поддерживающего межличностного и ценимого подростками влияния группы сверстников. Социальное научение углубляется благодаря выполнению учителем функций ролевой модели, индивидуальной практике и подкреплению со стороны сверстников с про-социальным поведением во время занятий и развлечений. В разделах программы, связанных с тренингом, особое внимание уделено главным факторам риска и защиты, влияющим на сопутствующие проявления проблемного поведения, в том числе школьный отсев, вовлеченность в прием наркотиков, агрессивность и суицидальные наклонности.

<sup>1</sup> STEPS — Stop, Think, Evaluate, Perform, Self-praise — «Остановись, подумай, оцени, действуй, похвали себя». (Прим. пер.)

**Теоретический аппарат.** Личностный контроль (или самооффективность) — промежуточный фактор, прямо влияющий на употребление подростками психоактивных веществ, агрессию, депрессию, школьные нарушения (Eggert et al., 1994; 1995; Thompson, Eggert & Herting, 2000). Личностно значимая безоценочная обратная связь связана с усилением мотивации (Janis, 1983) и с уменьшением отрицания, сопротивления и ростом мотивации самосовершенствования (Miller & Rollnick, 1991; Miller & Sanchez, 1993; Miller & Sovereign, 1989). Таким образом, программа ОЮ оказывает на подростков воздействие через тренинг и практику в специальных жизненных навыках, что снижает неуверенность, повышает самооффективность и способность к внутреннему контролю. Все это, в свою очередь, уменьшает число негативных исходов (Botvin & Dusenbury, 1989; Eggert & Herting, 1991).

## **Описание профилактической программы «Объединение юных»**

В данном разделе описываются применение программы ОЮ, ее структура, адресаты, четыре основных элемента и особенности ежедневного применения в классе. Это описание показывает, как знания о представителях группы высокого риска определяют структуру программы, планирование и применение программы во многих городских школах.

### **Структура программы**

Организация программы ОЮ уникальна в нескольких отношениях. Во-первых, она основывается на партнерстве между учениками, персоналом школы, родителями и проводящими профилактику врачами/исследователями. Кроме того, программа рассчитана на использование в средней школе: ее основным элементом является факультативный курс, связанный с учебным планом. Во-вторых, преподают его прошедшие отбор подготовленные учителя, для которых это является частью должностных обязанностей. В-третьих, реализующую программу команду возглавляет координатор, в функции которого входит контроль над добросовестностью проведения мероприятий и коллективной поддержкой и консультированием учителей.

Введение этой программы в любой школе требует эффективного административного руководства, поддержки общины и наличия заинтересованного школьного персонала, подготовленного для исполнения роли лидера/учителя. Такая системная поддержка необходима для того, чтобы программа ОЮ осуществлялась в соответствии со своим замыслом и могла в полной мере реали-

зовать заложенный в ней потенциал воссоединения молодежи со школой и достижения поставленных целей. Успех зависит от поддержки и подготовки всех участников. Сильное, преданное делу руководство необходимо для: 1) развития модели партнерства; 2) создания группы поддержки из местных жителей; 3) создания школьной команды для разрешения кризисных ситуаций; 4) содействия внедрению программы подбором учителей и координатора, организацией их подготовки и помощи в отборе учащихся в соответствии с моделью (Egger, Nicholas & Owen, 1995).

**Предполагаемые участники.** Программа предназначена для выявления и помощи учащимся IX—XII классов, которым грозит опасность не закончить школу. Практикуются персональные приглашения к участию в программе, так как этнографические исследования свидетельствуют, что именно персональные приглашения имели место, когда подросткам предлагалось прогулять уроки или попробовать наркотики (Eggert & Nicholas, 1992). Приглашение представляет собой настоятельный призыв присоединиться к программе ОЮ: это приглашение войти в школьный коллектив вместо того, чтобы выпасть из него. Оно включает обещание помощи во вхождении в группу, обучении тому, как повысить собственную успеваемость и помочь в этом другим, в снижении наркотизации и приобретении умения управлять пагубными настроениями. В нем содержится также информация о том, как участие в программе ОЮ принесло пользу другим, повысив их успехи в школе, на работе, дома и в группе друзей, что может способствовать повышению мотивации потенциальных участников.

Как показывает опыт, эффективное воздействие программа ОЮ оказывала на гетерогенные мультикультурные группы, в которые входили как девочки, так и мальчики, учащиеся IX—XII классов. Образование таких смешанных групп происходило благодаря случайному выбору из контингента подростков, подвергающихся опасности отсева из школы. Менее эффективным оказалось объединение в один класс только тех подростков, которые, по мнению школьной администрации, больше всего нуждаются в помощи.

### **Компоненты программы**

Существуют четыре ключевых компонента программы ОЮ, интегрируемых в школьную среду, а именно: 1) ежедневные занятия по программе; 2) укрепление школьных связей; 3) привлечение к участию родителей; 4) создание в школе системы реагирования на кризисные ситуации (Eggert et al., 1995). Каждый компонент выполняет важную профилактическую функцию, повышает специфические факторы защиты и служит основанием для включения в школьную среду некоторых новшеств.

**Ежедневные занятия.** Они представляют собой ключевое звено программы ОЮ. Занятия имеют форму обычного школьного курса и отличаются следующими особенностями.

- Занятия проводятся ежедневно (по 50 минут в течение учебного дня) на протяжении всего семестра (как правило, 90 дней); они оцениваются определенным количеством зачетных единиц как одна из дисциплин, выбранных учеником, или как обязательный предмет.

- Соотношение учитель — ученики составляет 1/10 (или максимум 1/12) и соответствует модели работы в малой группе, на которой основана программа ОЮ.

- Курс ОЮ как школьный предмет преподается специально отобранными и подготовленными учителями (или другим школьным персоналом: консультантами, медицинскими сестрами, социальными работниками, психологами).

- Курс включает тренинг жизненных навыков, а также развитие и поддержание позитивной культуры группы сверстников.

- Факультативная программа для второго семестра, ОЮ-II, проходит проверку на предмет эффективности в профилактике рецидивов и помощи в продолжении усиления внутреннего контроля и увеличения ресурсов социальной поддержки, а также мероприятий, направленных на укрепление школьных связей.

**Укрепление школьных связей.** Данная часть программы особое внимание уделяет просоциальным рекреационным мероприятиям, способствующим сплочению школьного коллектива. Ее целью является укрепление связи учеников со школой и выработка способствующих здоровому образу жизни привычек, служащих альтернативой приему наркотиков, одиночеству или депрессии. В планировании школьных и внеклассных мероприятий координатор программы ОЮ сотрудничает с осуществляющими ее учителями.

Предлагаемые меры включают: 1) рекреационные поездки за город; 2) проведение «уикендов без наркотиков»; 3) участие в обслуживании школы как возможность для роста; 4) создание школьных клубов или занятия по интересам (Weissberg, Caplan, Sivo, 1989). Поощрения напрямую связываются с просоциальным поведением: например, школьники могут набирать зачетные единицы за общественные услуги, получать признание со стороны организаторов программы в виде похвалы, грамот, рекомендательных писем при устройстве на работу, быть отмечены на уровне школы (в школьной газете или в специальных плакатах). Совместное участие в мероприятиях с подростками, не употребляющими наркотики, способствует возникновению дружеских связей с ними (Brendtro et al., 1990; Eggert et al., 1995).

**Привлечение родителей.** Родители (а также опекуны или другие взрослые, выступающие в этом качестве) являются важными парт-

нерами программы: их участие играет ключевую роль в обеспечении поддержки в домашней обстановке ежедневного применения подростком навыков, полученных на занятиях ОЮ.

Еще до начала осуществления программы учитель, который будет проводить занятия, должен связаться с родителями учеников с целью сделать первый шаг в установлении партнерских отношений; получить их согласие на участие их сына или дочери в программе ОЮ; заручиться поддержкой ими усилий подростка и тем самым обеспечить их помощь ему в домашних условиях.

На всех занятиях по курсу ОЮ подростков учат обращаться к помощи родителей в достижении целей программы. Поддержка и поощрение со стороны родителей подкрепляются тем, что учитель посылает им сообщения о достижениях и прогрессе их сына или дочери в отличие от информации о проступках или низкой успеваемости. Поскольку для многих подростков из группы высокого риска характерны депрессии и суицидальные наклонности, содержащийся в ОЮ план кризисного реагирования дает школьному персоналу возможность замечать тревожные признаки и оказывать помощь нуждающимся в ней ученикам.

Суммируя сказанное, можно утверждать, что ежедневные занятия по программе ОЮ развивают в ее участниках чувство принадлежности, прививают им необходимые жизненные навыки, а компоненты укрепления школьных связей, привлечения родителей и введение плана разрешения кризисных ситуаций способствуют развитию целой системы поддержки, помогая подвергшимся высокому риску подросткам закрепить желательные поведенческие перемены и научиться пользоваться своими новыми умениями в школе и дома.

### **Решающие моменты в ежедневных занятиях по программе ОЮ**

Программа объединяет модели групповой работы и тренинга жизненных навыков. Эта интеграция содержания и процесса и ее приложение к достижению целей программы ОЮ иллюстрируются рисунком 3.2 и таблицей 3.4.

Различные компоненты программы вступают в действие по очереди. Следует обратить внимание на особенности проведения программы в двух семестрах: ОЮ-I представляет собой курс, рассчитанный на целый семестр и изложенный в руководстве для учителя (Eggert et al., 1995); ОЮ-II является более поздним дополнением и включает поддерживающие занятия, индивидуальную работу и занятия малыми группами. В целом можно сказать, что ОЮ-I помогает подростку развить необходимые жизненные навыки в поддерживающей группе сверстников, а ОЮ-II дает

## Модель «ОБЪЕДИНЕНИЕ ЮНЫХ»

### Интегрированная работа в группе и тренинг навыков

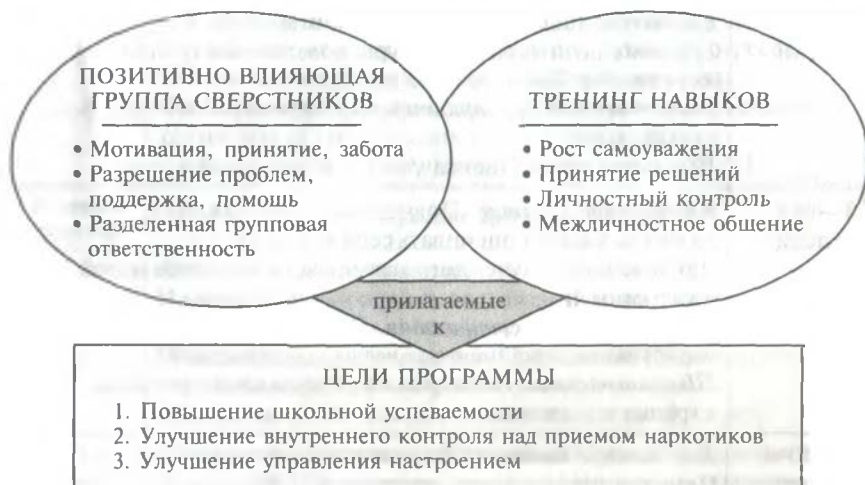


Рис. 3.2. Основная модель вмешательства на занятиях ОЮ

возможность укрепить и расширить полученные умения, подготавливая подростка к их применению в повседневной жизни, и помогает предотвратить рецидивы.

**Объединение групповой работы и тренинга навыков.** Эти две составляющие неразрывно связаны. Проведение программы ОЮ является одновременно и искусством, и наукой. Искусство требуется для объединения моделей групповой работы и тренинга навыков.

Таблица 3.4. Уникальность интеграции групповой работы и тренинга навыков в программе ОЮ

- Цели и основные концепты для каждого урока должны быть стандартизированы. Работа на уроке должна отвечать этим целям, однако если какие-то действия могут привести к лучшим результатам, то ими можно заменить уже намеченные при условии, что они соответствуют целям и концептам
- Примеры и ситуации, используемые для развития навыков и их приложения, должны соответствовать индивидуальному опыту учеников, делая занятия лично релевантными и приложимыми к их культуре и системе ценностей
- Программа ОЮ соответствует уровню развития учеников IX—XII классов и рассчитана на использование в мультикультурных группах

Таблица 3.5. Распределение занятий по программе «Объединение юных»

Осенний семестр	Содержание программы ОЮ-1
1—2-я недели	<p><b>Ежедневное занятие.</b> Начало работы. Создание позитивной культуры поведения в группе сверстников. Главные цели программы.</p> <p><b>Общественные мероприятия.</b> Проведение «Уик-энда без наркотиков».</p> <p><b>Школьные связи.</b> Оценка участия в школьной жизни</p>
3—6-я недели	<p><b>Ежедневное занятие.</b> Повышение самоуважения. Развитие умений оценивать себя и других. Приложение полученного навыка к достижению целей программы.</p> <p><b>Общественные мероприятия.</b> Проведение «Уик-энда без наркотиков»; лазание по канату.</p> <p><b>Школьные связи.</b> Поддержка при вхождении ученика в группу соучеников</p>
7—10-я недели	<p><b>Ежедневное занятие.</b> Умение принимать решения. Применение для этого стратегии STEPS. Приложение полученного навыка к достижению целей программы.</p> <p><b>Общественные мероприятия.</b> Проведение «Уик-энда без наркотиков»; добровольная помощь (4 часа).</p> <p><b>Школьные связи.</b> Выбор и введение в действие проекта школьного сервиса</p>
11—14-я недели	<p><b>Ежедневное занятие.</b> Личностный контроль. Выявление стресса и реакций на него. Использование разумных стратегий управления стрессом. Приложение полученного навыка к достижению целей программы.</p> <p><b>Общественные мероприятия.</b> Участие в общешкольном мероприятии; продвинутый курс лазания по канату.</p> <p><b>Школьные связи.</b> Участие в деятельности школьного клуба или занятия спортом по выбору; одобрение группы</p>
15—18-я недели	<p><b>Ежедневное занятие.</b> Межличностные контакты. Выражение заботы и беспокойства. Умение помогать в освоении стратегии STEPS и навык ведения переговоров. Умение выслушивать и высказывать конструктивную критику. Приложение полученного навыка к достижению целей программы.</p> <p><b>Общественные мероприятия.</b> Проведение «Уик-энда без наркотиков»; добровольная помощь (4 часа)</p> <p><b>Школьные связи.</b> Участие в деятельности школьного клуба или занятия спортом по выбору</p>



Осенний семестр	Содержание программы ОЮ-I
19 – 20-я недели	<p><b>Ежедневное занятие.</b> Завершение программы и выпуск. Оценка полученных навыков и достигнутого прогресса. Празднование приближения к целям программы.</p> <p><b>Общественные мероприятия.</b> Празднование без наркотиков.</p> <p><b>Школьные связи.</b> Общешкольное празднование и поздравления (презентация, освещение в прессе)</p>
Весенний семестр	Содержание программы ОЮ-II
1 – 3-я недели	<p><b>Поддерживающее занятие.</b></p> <p>Индивидуальная оценка достижений и постановка целей. Начало программы «Мониторинг достижения целей».</p> <p><b>Общественные мероприятия.</b> Проведение «Уик-энда без наркотиков»; добровольная помощь (4 часа).</p> <p><b>Школьные связи.</b> Оценка участия в школьной жизни</p>
4 – 12-я недели	<p><b>Продвинутый тренинг групповой поддержки и навыков.</b></p> <p><b>Занятие 1:</b> самоуважение и использование его подтверждения; борьба с автоматическими возникающими мыслями.</p> <p><b>Занятие 2:</b> самоуважение, его визуализация и образ «я»; умение высказывать и выслушивать доброжелательную критику.</p> <p><b>Занятие 3:</b> принятие решений, их оценка, использование программы STEPS.</p> <p><b>Занятие 4:</b> принятие решений; повседневные решения, управление собственным временем; индивидуальная оценка, постановка целей и мониторинг.</p> <p><b>Общественные мероприятия.</b> Продвинутый курс лазания по канату; добровольная помощь (4 часа).</p> <p><b>Школьные связи.</b> Участие в деятельности школьного клуба или занятия спортом по выбору</p>
13 – 20-я недели	<p><b>Продвинутый тренинг групповой поддержки и навыков.</b></p> <p><b>Занятие 1:</b> личный контроль; понимание механизмов, запускающих стресс; получение поддержки.</p> <p><b>Занятие 2:</b> личный контроль; избавление от стресса; внутренний контроль над гневом и/или депрессией.</p> <p><b>Общественные мероприятия.</b> Участие в общешкольном мероприятии; проведение «Уик-энда без наркотиков».</p> <p><b>Школьные связи.</b> Групповая деятельность на базе школы, пропаганда проекта ОЮ</p>

«Это сложный танец», как выразился один из участвующих в программе учителей. Наука определяет общую схему, содержание и очередность стадий процесса. Ключевые моменты интеграции двух моделей отражены в таблице 3.5 и более подробно описаны ниже.

Сочетание групповой работы, тренинга навыков и ежедневного мониторинга необходимо для достижения специфических задач программы. Поддержка и забота группы усиливают в каждом участнике чувство принадлежности. Тренинг жизненных навыков способствует обретению личностных и социальных умений. Назначение мониторинга — помощь подросткам в определении направлений движения к цели и в лучшем понимании ситуации благодаря собственным оценкам и конструктивной обратной связи с учителем и с группой сверстников (Eggert et al., 1995).

Групповая работа и тренинг жизненных навыков по программе ОЮ также совершаются в определенной последовательности.

1. *Когнитивная/мотивационная подготовка* заключается в побуждении учащихся принять участие в программе. Она включает стадию формирования группы как единого целого (занятие «Начало работы»), а также поддержание на каждом следующем занятии мотивации группы к совместной работе.

2. *Выработка навыков* включает обучение определенным умениям, их демонстрацию и предъявление ролевой модели. Действуя как единая команда, группа начинает вырабатывать нормы овладения навыками аналогично тому, как это происходит в спорте.

3. *Применение навыков на практике* предоставляет каждому подростку многочисленные возможности стать компетентным в осваиваемом навыке и получить соответствующую оценку группы. Для этого требуется более зрелая работающая группа, члены которой чувствуют себя комфортно при совместной практике, помогают друг другу и поощряют лучшее овладение навыком.

4. *Использование навыков и их передача другим* требует от подростка применения освоенного не только на занятиях по программе ОЮ, но и вообще в школьной жизни, в общении с друзьями и дома. По мере достижения группой зрелости ее члены совместно поощряют собственные поведенческие изменения как внутри, так и за пределами группы (Eggert et al., 1995).

После вхождения в поддерживающее групповое окружение и освоения основных жизненных навыков школьники практикуются в их применении к проблемам реальной жизни. Поддерживающие меры, действия, направленные на лучшее понимание и применение новых навыков, осуществляются как в группе, так и вне ее. Подчеркивается и одобряется понимание и терпимость в отношении других культур. На примерах разрешения возникающих проблем, а также на основе обретенных знаний и ценностей данная программа развивает чувствительность к культурным особенностям членов группы.

**Ежедневное применение программы ОЮ.** Программа работы на день, такая, например, как это показано в таблице 3.6, помогает объединять групповую работу и тренинг навыков. Учитель начина-

ет с проверки продвижения учеников: как у них дела в школе? каковы успехи в ограничении приема наркотиков и в управлении настроением? «Это похоже на измерение температуры у членов группы» — сказал один из учителей. Такая проверка перетекает в повторение пройденного накануне: ученикам предлагается рассказать о своих успехах в применении вновь освоенных навыков. При этом применяется правило поддержки: для подкрепления мотивации учеников учитель хвалит их за шаги в сторону достижения ближайших целей.

Затем учитель спрашивает, не нуждается ли кто-нибудь из учеников в обсуждении своей персональной проблемы, поддержке и совете группы. Такое обсуждение служит введением к изучению намеченной на этот день темы. Как только ведущий составит представление о возникших у учеников трудностях, он/она использует эту информацию для показа того, как трудности могут быть преодолены с использованием осваиваемого навыка.

Ученики помогают составить повестку дня и по очереди ведут запись групповых дискуссий и принятых решений на доске. Такой порядок дает возможность всем участвовать в обсуждении и помо-

Таблица 3.6. Примерный план урока по программе «Объединение юных»

Составляющие урока	Время проведения
<p>Проверка и повторение:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• мониторинг успехов в школе, тренинг внутреннего контроля над приемом наркотиков и управления настроением</li> <li>• «Расскажи и похвались»: отчет о задании на дом и практическом применении навыков</li> </ul>	10 мин
<p>Опрос: Кто не успел усвоить навык? Кому нужна поддержка?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Т р и ш а. Вчера попалась на приеме наркотиков. Хотела бы обсудить это на сегодняшнем уроке.</li> <li>• М а р к. Я застрял. Хорошо бы группа устроила мозговой шторм и помогла сделать выбор.</li> <li>• Что предлагают остальные?</li> </ul>	10 мин
<p>Тема урока на сегодня: навыки STEPS в применении ко внутреннему контролю над приемом наркотиков</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Оценка решений, принятых в отношении наркотиков</li> <li>• Применение STEPS для улучшения внутреннего контроля над приемом наркотиков</li> <li>• Поддержка отказа от наркотиков — как она выглядит?</li> </ul>	25 мин
Практическое задание	10 мин

гает распределить время и работу. На данном уроке тема «STEPS в применении к внутреннему контролю над приемом наркотиков» следует за имевшим место ранее тренингом, на котором отрабатывалось понимание STEPS как модели принятия решений, включающей следующие стадии — «Остановись», «Подумай о возможном выборе», «Оцени варианты как полезные или вредные»; «Действуй в соответствии со сделанным выбором», «Похвали себя за то, что принял здоровое решение».

Приведем пример того, как учитель может использовать вопросы Марка и Триши для изучения темы данного урока.

• Учитель. *На первой стадии модели STEPS — «Остановись и подумай» — полезно применять стратегию разговора с самим собой. Что, по вашему мнению, может сказать себе Марк, чтобы найти правильное решение?* — Проводится групповое обсуждение, на доске записываются предлагаемые варианты на основании знаний, полученных на предыдущих занятиях. Учитель высказывает одобрение: *Молодцы, здорово поработали! А теперь давайте сделаем плакат с позитивными высказываниями и передадим его Марку.*

• Повысив таким образом мотивацию группы, учитель привлекает Марка к обсуждению: *Марк, какие из этих вариантов, по-твоему, тебе подойдут? Бен, не возьмешь ли теперь ты за ведение записей?* — Ведущий занятие учит группу оказывать помощь любому из своих членов, одновременно вводя в рассмотрение первый шаг стратегии STEPS.

• В продолжение тренинга навыка учитель вводит вопрос, поднятый Тришей: *Поскольку у нас на этой неделе изучается применение стратегии STEPS ко внутреннему контролю над приемом наркотиков, Триша, ты не будешь возражать, если мы на твоём примере поучимся применять этот навык?* — Триша соглашается.

• Учитель. *Прекрасно! (Пауза.) Нам нужно, чтобы ты рассказала о том, как пришла к решению принять наркотик. Пока ты будешь готовиться к этому, мы все тоже подумаем и вспомним о своих решениях насчет наркотиков за последние две недели — решали ли мы их принимать или не принимать.* Учитель использует пример Триши для намеченного на этот день тренинга и привлекает всю группу к выполнению цели урока: оценке решений, принятых в отношении приема или отказа от наркотиков.

На занятиях ученики рассказывают о своих личных проблемах и связанных с ними чувствах относительно разных сторон жизни, в том числе относительно приема или отказа от наркотиков. Ключевые принципы, используемые в ежедневной работе, таковы: *каждая проблема — это возможность роста; мы можем расти и добиваться цели с помощью друзей и семьи.* Многие подростки уже понимают, что их личные и школьные трудности связаны с вовлеченностью в прием наркотиков и/или чувством депрессии и одиночества. Учитель, проводящий занятия, помогает им оценить

ближайшие задачи в школьной жизни, во внутреннем контроле над приемом наркотиков, в управлении своим настроением и вводит мониторинг мини-шагов, сделанных в сторону достижения целей программы. При этом учитель не должен допускать разговоров о положительных сторонах приема наркотиков, чтобы избежать возможного подкрепления такой привычки. Он поощряет ведущую роль в группе тех ее членов, которые наркотиков не употребляют, и пользуется их помощью в приведении оснований для отказа от наркотизации и в использовании соответствующих стратегий. Положительное подкрепление и похвала за отказ от наркотиков способствуют «эффекту заражения» в группе. Отказ от наркотиков поощряется на занятиях группы как здоровое решение и стоящая усилий цель (Eggert et al., 1995).

### **Осваивание других компонентов программы ОЮ**

Следует помнить, что занятия в классе — это лишь один из четырех важнейших компонентов этой профилактической программы по медицинским показаниям, перечисленных выше. Без установления связи между подростком и школой, без школьного плана реагирования на кризисные ситуации, без привлечения родителей программа ОЮ была бы неполной. Изолированные занятия не могли бы дать положительный результат. Учитель и подростки, участвующие в программе, нуждаются в поддерживающей структуре, которая содействовала бы восстановлению связей со школой, семьей и обществом.

### **Эмпирические исследования, подтверждающие значимость профилактической программы по медицинским показаниям «Объединение юных»**

Программа предназначена для тех школьников, которым грозит исключение из школы; они выявляются с помощью модели контролируемого отбора (Herting, 1990), основанной на школьной отчетности и характеристиках, которые дает учащимся школьный персонал. Наши исследования показывают, что такие подростки значительно отличаются от «типичных» школьников: им свойственны большая вовлеченность в прием наркотиков и эмоциональный дистресс; им угрожает опасность отсева из школы. Около 30—40 % из них обнаруживают склонность к суицидальному поведению и более высокий уровень агрессивности и депрессии (Thompson et al., 1994; 2000). Другими словами, в юношеской популяции высокого риска наркотизация, агрессия, депрессия и суицидальная

предрасположенность связаны друг с другом. Поэтому профилактические меры программы предусматривают воздействие на все эти проблемные виды поведения одновременно при помощи усиления общих для них факторов защиты и снижения факторов риска, что, как утверждает теория, ведет к желательным исходам.

Наши многочисленные работы с подростками проводились по следующей логической схеме:

1) мы прослеживали этнографические корни обследуемых (Eggert & Nicholas, 1992);

2) оценивали их вовлеченность в прием наркотиков (Eggert & Herting, 1991; Eggert, Herting & Thompson, 1989, 1995, 1996) и риск суицида (Eggert & Nicolas, 1992; Eggert et al., 1994; Powell-Cape & Eggert, 1994; Thompson et al., 1994; Thompson & Eggert, 1999);

3) развивали и оценивали исходную модель программы ОЮ (Eggert et al., 1990; Eggert & Herting, 1991; Eggert et al., 1994; 1995; Thompson et al., 1997, 2000);

4) вносили в программу усовершенствования, основываясь на результатах исследований ее эффективности (Eggert, 1994, 1995, 1996; Eggert et al., 2001; Randell, 1999; Randell, Eggert & Pike, 2001).

В данном разделе мы сосредоточимся на первых двух направлениях, поскольку они были главными для разработки и совершенствования наших профилактических подходов. Кроме того, детально рассмотрим результаты проведенных в школах профилактических вмешательств по программе ОЮ.

### **Характеристики подростков из группы высокого риска**

Был проведен ряд описательных исследований, как этнографических, так и опросных, с использованием разнообразных исследовательских методов для улучшения нашего понимания подростков, которым потенциально грозит исключение из школы. В начале работы главным было выявление причинных факторов риска, связанных с отчислением школьников. Другими нашими задачами были точная идентификация подростков, которые могут не окончить школу, и скринирование на предмет потенциального риска суицидального поведения.

Мы неоднократно обнаруживали, что уязвимость подростков из группы риска и «типичных» старшеклассников значительно различается (Eggert & Herting, 1993; Eggert & Nicolas, 1992; Powell-Cape & Eggert, 1994; Thompson et al., 1994; 2000). Первые имеют более негативный школьный опыт, большую вовлеченность в прием наркотиков, больший эмоциональный дистресс (гнев, депрессию, стресс, суицидальное поведение), чаще оказываются связаны со сверстниками, отличающимися отклоняющимся пове-

дением, испытывают большую напряженность в семье, получают меньшую социальную поддержку со стороны школьной администрации и других значимых лиц из социального окружения. Для многих подростков из группы риска негативное отношение к школе бывает уже давно сложившимся. Прием наркотиков, по признаниям самих школьников, ими не контролировался. По их собственным словам, вовлеченность в прием наркотиков бывала связана с отрицательным школьным опытом, с депрессией, с суицидальными наклонностями. Более чем для двух третей таких подростков характерны негативное влияние сверстников, семейный дистресс, жизнь в условиях социальной дезорганизации. В число факторов, оказывавших наиболее пагубное влияние в отношении наркотизации, входили неприязненная обстановка в школе, семейная напряженность и контакты со сверстниками-делинквентами. Ключевыми предикторами суицидальных наклонностей оказывались депрессия, вовлеченность в прием наркотиков, семейный дистресс и вероятность исключения из школы (Thompson et al., 1994).

### **Изучение релевантных показателей эффективности программы ОЮ**

Начиная с 1985 г. и по настоящее время исследовательским коллективом профилактической программы ОЮ проводились крупные инструментальные исследования для выявления валидных, надежных и кратких шкал для изучения всех конструктов, входящих в профилактическую модель (анамнез, вмешательство, промежуточные переменные, исходы). Такие шкалы должны обладать следующими свойствами: 1) облегчать нагрузку, связанную с заполнением опросника, поскольку подростки из группы риска, как правило, отличаются малым объемом внимания; 2) соответствием структурному уравнению модели, включающей многие показатели; 3) измерять необходимую «дозу» вмешательства. Этот процесс включал разработку основного инструмента — опросника «Школьный профиль переживаний» (HSQ — High School Study Questionnaire) и его альтернативных форм, пригодных, например, для телефонного опроса (Eggert, Herting & Thompson, 1989, 1995). Использовалось предварительное тестирование школьников для определения ясности вопросов, их соответствия уровню грамотности респондентов, чувствительности к этническим и гендерным различиям, приемлемости для данной возрастной группы.

**Измерение вовлеченности в прием наркотиков как многомерная шкала.** В качестве составной части исследовательской программы ОЮ была разработана шкала «Подростковая вовлеченность в прием наркотиков» (ПВПН) (DISA — Drug Involvement

Scale for Adolescents) (Eggert, Herting & Thompson, 1996; Herting, Eggert & Thompson, 1996) — инструмент для оценки потребления алкоголя, табака и других психоактивных веществ и соответствующего поведения. Согласно оценкам, это оказался существенный прорыв в измерении такого многомерного понятия, как подростковая вовлеченность в прием наркотиков. В основу ее построения была положена гипотеза о пятимерной структуре наркотизации: 1) *доступность* (легкость приобретения различных психоактивных веществ); 2) *частота употребления алкоголя*; 3) *частота приема других психоактивных веществ*; 4) *проблемы с внутренним контролем над приемом наркотиков* (например, прием больших количеств АТДН, чем это входило в намерения подростка) и 5) *отрицательные последствия приема наркотиков* (например, чувство вины, драчливость, прогулы в школе). Выявление этих параметров было важным для различения потребляющих наркотики «экспериментаторов» (тех подростков, которые находятся на начальных стадиях наркотизации) (Eggert & Herting, 1993).

Вкупе с измерениями частоты приема наркотиков многомерная шкала ПВПН дает возможность оценить, как работает профилактическая программа ОЮ. Самый значительный эффект достигнут в отношении снижения приема запрещенных законом (сильнодействующих) наркотиков, отрицательных последствий наркотизации и усиления внутреннего контроля над приемом наркотиков; можно говорить об обращении вспять или остановке типичного нарастания злоупотребления наркотиками (Eggert & Kumpfer, 1997; Eggert et al., 1994). ПВПН предоставляет более полную картину изменений и помогает понять то, как вмешательство ограничивает или прекращает развитие наркотизации среди подростков из группы высокого риска. Как полная шкала ( $\alpha = 0,90$ ), так и краткие субшкалы ( $\alpha = 0,73 \div 0,85$ ) обладают высокой надежностью и демонстрируют предсказательную и конструктивную валидность (Eggert et al., 1996; Herting et al., 1996).

**Измерение депрессии и риска суицида.** Другое направление исследований связано с разработкой и изучением психометрических свойств «Опросника по риску суицида» (ОРС) (SRS — Suicide Risk Screen) (Eggert et al., 1994; Thompson & Eggert, 1999) и его компьютерного варианта — «Измерение подростковой склонности к суициду» (ИПСС) (MAPS — Measure of Adolescent Potential for Suicide), инструмента, предназначенного для полной психологической оценки риска и факторов защиты (Eggert et al., 1994).

ОРС представляет собой комплекс из 15 пунктов, включенный в «Школьный опросник» (HSQ) (Eggert, Herting & Thompson, 1989; 1995). Его цель — выявление подростков, для которых характерен риск суицида, а также измерение происходящих изменений. Он используется для получения информации о мыслях о само-



убийстве, прямых и косвенных угрозах покончить с собой, попытках суицида, депрессивных аффектах и вовлеченности в прием наркотиков ( $\alpha = 0.90$ ); ОРС обладает критериальной и дискриминативной валидностью (Thompson & Eggert, 1999). Аналогично, изучение ИПСС показало высокие коэффициенты надежности для всех шкал, выявляющих факторы риска суицида, промежуточные факторы риска и факторы защиты. Для всех шкал, составляющих ИПСС, была установлена критериальная и конструктивная валидность, а также высокие коэффициенты надежности. Была разработана также краткая версия интервью ИПСС, названная «Опросник по риску самоубийства для подростков» (ОРСП) — «Screen for Youth Suicide Risk» (SYSR), которая может быть использована школьным персоналом для оценки статуса подростка в отношении риска суицида при первоначальном отборе для участия в программе ОЮ.

### **Эффективность модели «Объединение юных»**

Приступим теперь к обсуждению исследований эффективности программы «Объединение юных», а также тех механизмов, на основании которых была высказана гипотеза о способности этой программы снизить наркотизацию, риск суицида и школьную неуспеваемость. В таблице 3.7 приводятся краткие обзоры этих исследований — сведения об их дизайне, обследуемой выборке, особенностях программы, анализе и исходах.

Наши ранние исследования показали, что данная программа эффективна в отношении улучшения школьных показателей (посещаемости, среднего балла, полученных за семестр зачетных единиц) и снижения отсева. Она также благоприятно воздействовала на проблемы внутреннего контроля над приемом наркотиков и негативные последствия наркотизации (табл. 3.7, исследование 1). Ранние работы также показали важную роль поддержки и заботы со стороны ведущего программу в усилении поддержки сверстников из группы, где проводится программа ОЮ, и снижении вовлеченности в прием наркотиков подростков из группы высокого риска (табл. 3.7, исследование 2). Данные этих двух работ послужили для разработки более полных тестов и улучшения дизайна исследований, выполненных при финансовой поддержке Национального института здравоохранения (Eggert, 1989; 1991).

**Воздействие программы ОЮ на школьные нарушения, вовлеченность в прием наркотиков и связь со сверстниками, отличающимися девиантным поведением.** При поддержке Национального института наркологии США (NIDA) было проведено профилактическое вмешательство, которое подтвердило эффективность программы ОЮ и позволило расширить ее рамки. Анализ тенденций изменения от первоначального обследования к завершению про-

Таблица 3.7. Обзор исследований эффективности программы ОЮ

Авторы исследования, его цель	Выборка/участники	Составные части и особенности программы	Дизайн исследования/анализ
<p>1. Л. Л. Эггерт, К. Сейл, Л. Дж. Николас. Результаты опубликованы в: <i>Int. J. of the Addict.</i> — 1990. — V. 25. — P. 772—801)</p> <p>• Цель: оценить эффект исходной профилактической программы вмешательства по медицинским показаниям в отношении снижения школьного отсева и злоупотребления наркотиками среди неблагополучных подростков</p>	<p>264 подростка из группы высокого риска (124 — группа вмешательства, 140 — группа сравнения), учеников X—XII классов, средний возраст 16—17 лет</p> <p>Возможность школьного отсева определялась по школьной документации. Потенциальный прием наркотиков выявлялся работавшим в школе исследователем персоналом</p>	<p>Один семестр (90 дней) — ежедневные факультативные занятия в школе</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Соотношение численности: 1 учитель — 10—12 школьников</li> <li>• Содержание занятий: постановка цели/принятие решений, тренинг самоконтроля, обучение сверстников и овладение учебными навыками, тренинг противостояния давлению</li> <li>• Достижимая при содействии учителя социальная поддержка группы сверстников/модель социального влияния</li> </ul>	<p>Квазиэкспериментальный дизайн. Исследование учеников одной школы с разделением на две группы:</p> <p>А — обследование перед и после окончания программы при наличии соответственно подобранной группы сравнения с использованием анализа тенденций изменения (двухфакторный смешанный ANOVA) для оценки изменений в школьной успеваемости;</p> <p>Б — обследование группы вмешательства перед и после окончания программы с использованием только парных <i>t</i>-тестов для оценки изменений наркотизации</p>
<p>2. Л. Л. Эггерт, Дж. Р. Хертинг. Результаты опубликованы в: <i>Youth &amp; Society.</i> — 1991. — V. 22. — P. 482—524</p>	<p>124 подростка, которые успешно завершили экспериментальную программу исследования 1</p>	<p>То же, что в исследовании 1</p>	<p>Лонгитюдный дизайн. Моделирование структурного уравнения для анализа результатов вмешательства, осуществленного в исследовании 1</p>

**в профилактике наркомании, школьного отсева и риска суицида**

Вмешательство и промежуточные переменные	Показатели достигнутых результатов	Результаты и комментарии
<p><i>Для группы А:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Экспрессивная и инструментальная поддержка со стороны руководителя группы, а также участвующих в программе сверстников</li> </ul> <p><i>Для группы Б:</i> принадлежность к группе сверстников, участвующих в программе</p>	<p><i>Для группы А:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Школьная успеваемость (официальные данные)</li> <li>• Оценки по отдельным предметам, набранное количество, зачетных баллов</li> <li>• Прогоулы (число пропущенных уроков за семестр)</li> </ul> <p><i>Для группы Б:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Вовлеченность в прием наркотиков (по самоотчету)</li> <li>• Контроль над приемом наркотиков</li> <li>• Последствия приема наркотиков</li> </ul>	<p>Все гипотезы нашли подтверждение</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Значимо большее число участников программы осталось в школе (для групп вмешательства и сравнения — 74 и 61 % соответственно)</li> <li>• Значимые различия в посещаемости уроков: для группы вмешательства она увеличивалась, для группы сравнения — снизилась (<math>F=25,23</math>; <math>p&lt;0,0001</math>)</li> <li>• Значимые различия в оценках по отдельным предметам (<math>F=21,83</math>; <math>p&lt;0,0001</math>) и набранных за семестр зачетных баллов (<math>F=21,35</math>; <math>p&lt;0,0001</math>): в группе вмешательства они росли, в группе сравнения — снижались</li> <li>• Значимое снижение при сравнении ситуации до и после программы трудностей в контроле над приемом наркотиков (<math>t=4,27</math>; <math>p&lt;0,0001</math>) и последствий наркотизации (<math>t=3,96</math>; <math>p&gt;0,0001</math>)</li> </ul> <p><b>Заключение:</b> была продемонстрирована эффективность изначальной программы. Для ее участников были получены положительные результаты, но их механизм остался невыявленным, что обусловило необходимость проведения исследования 2</p>
<p><i>Для группы А:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Экзогенные факторы, предшествовавшие участию в программе</li> <li>• Употребление наркотиков</li> <li>• Отрицательные послед-</li> </ul>	<p><i>Для группы А:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Эндогенные факторы — проблемы над контролем над приемом наркотиков; отрицательные последствия</li> </ul>	<p>По результатам исследования было объяснено 27 % различий в проблемах с контролем над приемом наркотиков и 60 % различий в последствиях приема наркотиков до и после участия в программе. Другими важными результатами явилось следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• После окончания программы проблемы с контролем над прие-</li> </ul>

Авторы исследования, его цель	Выборка/участники	Составные части и особенности программы	Дизайн исследования/анализ
<p>З. Л. Л. Эггерт, Э. А. Томпсон, Дж. Р. Хертинг, Л. Дж. Николас и Б. Г. Дикер</p>	<p>259 школьников (101 — группа вмешательства, 158 — группа сравнения)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 семестр (5 месяцев) факультативный курс ОЮ с начислением зачетных баллов</li> </ul>	<p>Дизайн предполагал наличие двух групп с повторяющейся программой. Выборка из учеников четы-</p>

Вмешательство и промежуточные переменные	Показатели достигнутых результатов	Результаты и комментарии
<p>ствия приема наркотиков; девиантное поведение в школе</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Распад семьи</li> </ul> <p><i>Для группы Б:</i> факторы вмешательства:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Поддержка учителя</li> <li>• Поддержка сверстников</li> </ul>	<p>приема наркотиков</p>	<p>мом наркотиков влияли на наличие отрицательных последствий (<math>\beta = -0,44</math>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Поддержка учителя сказалась на снижении проблем с контролем над приемом наркотиков (<math>\beta = -0,22</math>), тем самым опосредствованно способствуя уменьшению отрицательных последствий приема наркотиков</li> <li>• Поддержка учителя влияла на поддержку со стороны группы сверстников (<math>\beta = 0,34</math>), показывая изменение воспринимаемого уровня поддержки сверстниками; поддержка сверстников не влияла на прием наркотиков</li> <li>• Уровень наркотизации до участия в программе влиял на данный показатель после окончания программы (<math>\beta = 0,51</math>); последствия приема наркотиков до начала программы влияли на поддержку сверстников (<math>\beta = 0,37</math>) и на последствия приема наркотиков после окончания программы (<math>\beta = 0,71</math>)</li> <li>• Наличие матери-одиночки снижало воспринимаемую поддержку (<math>\beta = -0,23</math>) и уменьшало проблемы, связанные с приемом наркотиков (<math>\beta = -0,23</math>)</li> </ul> <p><i>Заключение:</i> средством, благодаря которому программа воздействовала на проблемы с контролем над приемом наркотиков и на его последствия, являлась поддержка учителя</p>
<p><i>Для группы А:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Экспрессивная и инструментальная поддержка со стороны учителя, а также</li> </ul>	<p><i>Для группы А:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Школьная успеваемость (официальные данные):</li> </ul>	<p>Как и было предсказано, анализ тенденций показал значимо различающиеся с течением времени паттерны изменений между группой вмешательства и группой сравнения:</p>

Авторы исследования, его цель	Выборка/ участники	Составные части и особенности программы	Дизайн исследования/ анализ
<p>Результаты опубликованы в: Amer. J. Health Promotion. — 1994. — V. 8. — P. 202—215, а также в: Л. Л. Эггерт и К. Л. Кампфер, 1997  <i>Цель:</i> проверить гипотезу о том, что участники программы по сравнению с контрольной группой продемонстрируют значимое улучшение школьной успеваемости и снижение вовлеченности в прием наркотиков как по завершении программы, так и при отсроченном исследовании через 10 месяцев</p>	<p>из IX — XII классов четырех школ          Также имелась группа сравнения из 509 типичных школьников          Средний возраст 16 лет          Для формирования контингента подростков из группы высокого риска использовалась школьная документация, затем случайным образом отобранным школьникам предлагалось участвовать в программе</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Соотношение численности: 1 учитель — 10—12 школьников</li> <li>• Интегрированная модель социальной поддержки/тренинга жизненных навыков</li> <li>• Тренинг навыков с целью повышение самоуважения, умения принимать решения, внутреннего контроля, межличностного общения</li> <li>• Контрольная группа работала по обычному школьному расписанию</li> </ul>	<p>рех городских школ была разбита на группы случайным образом          Использовался анализ тенденций для оценки предсказанных величины и направления изменений в экспериментальной и контрольной группах          Обследование проводилось перед осуществлением программы, затем через 5 месяцев (по окончании программы) и через 10 месяцев</p>
<p>4. Э. А. Томпсон, М. Хорн, Дж. Р. Хертинг, Л. Л. Эггерт          Результаты опубликованы в: J. Drug Ed. — 1997. — V. 27. — P. 19—41</p>	<p>280 подростков из группы высокого риска, учащихся IX—XII классов; из них 140 человек («ранние») занимались</p>	<p>Те же, что в исследовании 3, с усовершенствованиями для соответствующей группы испытуемых, включающими:</p>	<p>Участвовавшие в исследовании 3 подростки были разделены на «ранних» и «поздних» (с усовершенствованием курса). На основании результатов</p>

Вмешательство и промежуточные переменные	Показатели достигнутых результатов	Результаты и комментарии
<p>участвующих в программе сверстников</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Тренинг жизненных навыков</li> </ul> <p><i>Для группы Б:</i> постулирование наличия промежуточных факторов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Самоуважения</li> <li>• Связи со школой</li> <li>• Связи со сверстниками, отличающимися девиантным поведением</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оценки по отдельным предметам</li> <li>• Пропуск уроков</li> </ul> <p><i>Для группы Б:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Шкала вовлеченности в прием наркотиков ПВПН</li> <li>• Проблемы с контролем над приемом наркотиков и отрицательные последствия такого</li> <li>• Частота приема наркотиков</li> <li>• Прогрессирование наркотизации</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В уменьшении проблем с контролем за приемом наркотиков и отрицательными его последствиями (<math>F=4,85; p&lt;0,03</math>)</li> <li>• В снижении потребления сильнодействующих наркотиков (<math>F=19,82; p&lt;0,001</math>)</li> <li>• В снижении прогрессирования наркотизации (<math>F=3,41; p&lt;0,066</math>)</li> <li>• В улучшении оценок по отдельным предметам (<math>F=5,14; p&lt;0,02</math>), но не посещаемости</li> </ul> <p>Анализ тенденций также показал значимо различные паттерны изменений:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• В самоуважении (<math>F=7,89; p&lt;0,005</math>)</li> <li>• В укреплении связи со школой (<math>F=5,79; p&lt;0,02</math>)</li> <li>• Ослаблении связей со сверстниками, отличающимися девиантным поведением (<math>F=6,32, p&lt;0,01</math>).</li> </ul> <p><b>Заключение:</b> эффективность программы подтверждена снижением вовлеченности в прием наркотиков и ростом средних оценок у участвовавших в программе школьников. Произошли предсказанные изменения в постулированных промежуточных переменных: повысилось самоуважение и связь со школой, ослабли связи со сверстниками, отличающимися девиантным поведением</p>
<p><i>Для группы А:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Усовершенствование программы</li> </ul> <p><i>Для группы Б:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Самоуважение</li> <li>• Стресс</li> <li>• Внутренний контроль</li> </ul>	<p><i>Для группы А:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Школьная успеваемость (официальные данные)</li> <li>• Оценки по отдельным предметам</li> <li>• Прогулы</li> </ul>	<p>Данные о «поздней» группе показали существенные улучшения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижение приема сильнодействующих наркотиков (<math>F=4,28; p&lt;0,05</math>)</li> <li>• Уменьшение депрессии (<math>F=17,84; p&lt;0,0001</math>)</li> <li>• Уменьшение проблем с контролем над гневом (<math>F=19,50; p&lt;0,0001</math>)</li> </ul>

Авторы исследования, его цель	Выборка/участники	Составные части и особенности программы	Дизайн исследования/анализ
<p><i>Цель:</i> исследовать общее воздействие уточненной модели ОЮ, выяснить, привели ли изменения программы к улучшению ситуации с эмоциональным дистрессом, вовлеченностью в прием наркотиков и академической успеваемостью среди школьников, занимавшихся по доработанной программе, по сравнению с теми, кто участвовал в более раннем варианте программы</p>	<p>по более ранней программе и 140 («поздние») — по усовершенствованной (исследование 3); во вторую группу были включены все подростки, прошедшие обследование до и после программы, с которыми удалось связаться</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тренинг навыков усиления внутреннего контроля, а также умения управлять депрессией и гневом</li> <li>• Лучший мониторинг приема наркотиков</li> <li>• Сочетание тренинга навыков с применением навыков на практике ради достижения целей программы</li> </ul>	<p>регрессионного анализа данные о «поздних» испытуемых использовались как ключевой предиктор исходов программы, а промежуточные факторы служили критериями переменными</p> <p>Рассматривались данные только обследования перед началом вмешательства и через 5 месяцев</p>
<p>5. Л. Л. Эггерт, Э. А. Томпсон, Дж. Р. Хертинг, Л. Дж. Николас</p> <p>Результаты опубликованы в: <i>Suicide &amp; Life-Threatening Behavior.</i> — 1995. — V. 25. — P. 276—296.</p> <p><i>Цель:</i> изучить эффективность экспериментальной программы ОЮ в отношении снижения</p>	<p>105 подростков из «поздней» группы исследования 4 — учащиеся IX—XII классов четырех школ</p> <p>Группа сравнения — 509 обычных школьников</p> <p>Средний возраст — 16 лет</p> <p>В группу вмешательства были отобраны учащиеся,</p>	<p><i>1-я экспериментальная группа (N=36):</i> протокол ИПСС + факультативный курс ОЮ-1 в течение одного семестра (5 месяцев), за который начислялись зачетные единицы, с усовершенствованиями, описанными в исследовании 4.</p> <p><i>2-я экспериментальная группа</i></p>	<p>Дизайн предполагал наличие трех групп с повторяющейся программой</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Профилактика по медицинским показателям для подростков с высоким риском суицида (данный эксперимент проводился как часть исследования 3)</li> <li>• Анализ тенденций использовался для оценки предсказанных</li> </ul>



Вмешательство и промежуточные переменные	Показатели достигнутых результатов	Результаты и комментарии
	<p><i>Для группы Б:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Шкала вовлеченности в прием наркотиков ПВПН</li> <li>• Частота приема наркотиков</li> <li>• Проблемы с контролем над приемом наркотиков</li> </ul> <p><i>Для контрольной группы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Эмоциональный дистресс</li> <li>• Депрессия</li> <li>• Гнев/агрессивные тенденции</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшение стресса (<math>F=16,05</math>; <math>p&lt;0,0001</math>)</li> <li>• Повышение самоуважения (<math>F=23,15</math>; <math>p&lt;0,0001</math>)</li> <li>• Гендерный эффект был выявлен для депрессии и стресса — принадлежность к женскому полу характеризовалась более высоким уровнем этих показателей при обследовании по окончании программы.</li> </ul> <p><b>Заключение:</b> исходы для «поздней» группы продемонстрировали большую эффективность усовершенствованной программы ОЮ, что говорит о желательности внесения изменений в курс Усовершенствования не отразились на выявленных ранее улучшении успеваемости и снижении вовлеченности в прием наркотиков (за исключением приема сильнодействующих наркотиков)</p>
<p><i>Характеристики вмешательства:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Экспрессивная и инструментальная поддержка со стороны учителя и группы сверстников</li> <li>• Тренинг жизненных навыков</li> </ul> <p>Постулированные промежуточные факторы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Самоуважение</li> <li>• Внутренний контроль</li> </ul>	<p>Риск суицида; представления о самоубийстве; прямые и косвенные угрозы суицида; суицидальные попытки.</p> <p>Связанные факторы риска:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Депрессия</li> <li>• Безнадежность</li> <li>• Стресс</li> <li>• Гнев</li> </ul> <p>(измеренные с помощью «Школьного</p>	<p>Ниже приводятся основные результаты; гендер не являлся значимым фактором (за исключением особо оговоренных случаев)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Риск суицида снизился во всех трех экспериментальных группах (<math>F=104,14</math>; <math>p&lt;0,001</math>). Более чем у 85 % подростков в первой группе вмешательства и в контрольной группе и у 65 % во второй группе вмешательства частота случаев поведения, говорящего о риске суицида, снизилась не менее чем на 25 %</li> <li>• Депрессивное состояние уменьшилось во всех трех экспериментальных группах (<math>F=88,93</math>; <math>p&lt;0,001</math>). Более чем у 65 % под-</li> </ul>

Авторы исследования, его цель	Выборка/участники	Составные части и особенности программы	Дизайн исследования/анализ
<p>возможности суицида (снижение риска самоубийства, депрессии, безнадёжности, стресса и гнева; а также в отношении усиления внутреннего контроля, самоуважения и социальной поддержки) среди подростков из группы высокого риска</p>	<p>которым грозило исключение из школы; обнаружившие высокий риск суицида при начальном обследовании. Все они получили оценку при помощи компьютеризованного опросника ИПСС</p>	<p>(<math>N = 34</math>): протокол ИПСС + два семестра ОЮ-I (10 месяцев) и ОЮ-II, за которые начислялись зачетные единицы. ОЮ-II включала поддерживающие занятия, профилактику рецидива и меры по укреплению социальных/школьных связей</p> <p><i>Контрольная группа</i> (<math>N = 35</math>): протокол ИПСС + занятия по обычному школьному расписанию</p>	<p>величины и направления изменений при сравнении данных первоначального обследования, обследования через 5 месяцев и результатов через 10 месяцев</p>

Вмешательство и промежуточные переменные	Показатели достигнутых результатов	Результаты и комментарии
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поддержка социального окружения, измеренная с помощью «Школьного опросника — шкалы жизненного опыта»</li> </ul>	<p>опросника — шкалы жизненного опыта»)</p>	<p>ростков степень депрессии снизилась не менее чем на 25 % (в наибольшей мере в первой группе вмешательства и в контрольной группе)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Чувство безнадежности также уменьшилось во всех трех экспериментальных группах (<math>F=55,81</math>; <math>p &lt; 0,001</math>)</li> <li>• Наблюдался гендерный эффект — наибольшее снижение отмечено у девочек из первой группы вмешательства. Более 60 % подростков сообщили об улучшении ситуации</li> <li>• Стресс снизился во всех трех экспериментальных группах (<math>F=27,70</math>; <math>p &lt; 0,001</math>), но лишь у 45% подростков снижение составило не менее 25 %</li> <li>• Снижение степени гнева в группах было различным (<math>F=4,13</math>; <math>p &lt; 0,02</math>): наибольшим в первой группе вмешательства и в контрольной (о снижении не менее чем на 25 % сообщили 65 % и 44 % испытуемых в первой и второй группах вмешательства соответственно)</li> </ul> <p>Результаты, полученные в отношении постулированных промежуточных факторов, были таковы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Внутренний контроль увеличился у испытуемых первой и второй экспериментальных групп в отличие от контрольной (<math>F=3,76</math>; <math>p &lt; 0,03</math>) — соответственно 44 % и 20 %</li> <li>• Самоуважение повысилось у испытуемых всех трех экспериментальных групп (<math>F=60,17</math>; <math>p &lt; 0,001</math>); во второй группе вмешательства оно было ниже, чем при начальном обследовании</li> </ul>

Авторы исследования, его цель	Выборка/участники	Составные части и особенности программы	Дизайн исследования/анализ
<p>6. Э. А. Томпсон, Л. Л. Эггерт, Дж. Р. Хертинг  Результаты опубликованы в: <i>Suicide &amp; Life-Threatening Behavior</i>. — 2000. — V. 30. — P. 252—271.  <i>Цель:</i> изучить процессы воздействия программы ОЮ, проверив гипотезу о том, что на результатах этой программы (снижение депрессии и риска суицида) сказался прямой</p>	<p>То же, что в исследовании 5</p>	<p>Те же элементы, что в исследовании 5</p>	<p>Моделирование с помощью структурного уравнения для оценки постулированных процессов вмешательства, т. е. того, что на результаты программы оказала прямое и косвенное воздействие социальная поддержка учителя опосредствованно через поддержку группы сверстников и воспринимаемый внутренний контроль  Тройственный лонгитюдный</p>

Вмешательство и промежуточные переменные	Показатели достигнутых результатов	Результаты и комментарии
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Показатели социальной поддержки значимо выросли во всех трех экспериментальных группах (<math>F = 32,08</math>; <math>p &lt; 0,001</math>); главную роль в этом играли «любимый» учитель и родители</li> </ul> <p><i>Заключение:</i> эффективность программы ОЮ проявилась и в уменьшении риска суицида среди подростков, которым грозил школьный отсев. Увеличение внутреннего контроля, ключевого промежуточного фактора, свидетельствует о достижении желаемого эффекта благодаря тренингу жизненных навыков</p> <p>Результаты также позволяют говорить о потенциальном терапевтическом воздействии целенаправленных кратких оценок, таких, как ПВПН</p>
<p><i>Переменные вмешательства:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Экспрессивная и инструментальная поддержка учителя и группы сверстников</li> <li>• Тренинг жизненных навыков.</li> </ul> <p>Постулированный промежуточный фактор:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Внутренний контроль, измеренный с помощью «Школьного опросника — шкалы жизненного опыта»</li> </ul>	<p>Поведение, угрожающее суицидом — представления о самоубийстве; прямые и не прямые угрозы самоубийства и попытки суицида</p> <p>Депрессия</p>	<p><i>Подтвердилась гипотеза о том, что:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Поддержка учителя напрямую увеличивает поддержку группы сверстников, что более выражено в первой и второй группах вмешательства (<math>\beta = -0,52</math>; <math>p &lt; 0,001</math> и <math>\beta = 0,72</math>; <math>p &lt; 0,001</math> соответственно), чем в контрольной группе (<math>\beta = 0,40</math>; <math>p &lt; 0,05</math>)</li> <li>• Поддержка сверстников напрямую увеличивала внутренний контроль в первой группе вмешательства (<math>\beta = 0,43</math>; <math>p &lt; 0,05</math>), но не во второй и не в контрольной группах. Это также говорит о непрямом воздействии поддержки учителя</li> <li>• Внутренний контроль оказывал прямое смягчающее воздействие на риск суицида в первой и второй группах вмешательства (<math>\beta = -0,30</math>; <math>p &lt; 0,01</math> и <math>\beta = -0,23</math>;</li> </ul>

Авторы исследования, его цель	Выборка/участники	Составные части и особенности программы	Дизайн исследования/анализ
эффект поддержки со стороны учителя и опосредствованный ее эффект в виде усиления групповой поддержки и внутреннего контроля			дизайн основывался на данных первичного обследования и результатах обследования через 5 и 10 месяцев

граммы (через 5 месяцев) и к концу отсроченного исследования эффективности программы (через 10 месяцев) показал, что у участников программы и в контрольной группе паттерны изменений значительно различались. У подростков, участвовавших в ОЮ, был выявлен рост среднего балла по всем предметам, а также усиление связей со школой (этот промежуточный показатель рассматривался как основополагающий, содействующий желательным переменам, фактор). Важно отметить, что участие в программе было связано с уменьшением проблем внутреннего контроля за приемом наркотиков, снижением употребления сильнодействующих наркотиков, а также тенденцией к снижению роста потребления наркотиков. Поощрение позитивных связей со сверстниками также приводило к значимым переменам во взаимоотношениях со сверстниками, отличающимися девиантным поведением: контакты с ними у подростков из группы, занимавшейся по программе ОЮ, уменьшались, в то время как в контрольной группе росли. Последующее уточнение этого результата показало, что такой эффект сохранялся для девочек, но не для мальчиков. Применения структурного моделирования и «цепной модели» выявили снижение наркотизации от измерения к измерению: в начале иссле-

Вмешательство и промежуточные переменные	Показатели достигнутых результатов	Результаты и комментарии
		<p><math>p &lt; 0,10</math> соответственно) и на депрессию (<math>\beta = -0,29</math>; <math>p &lt; 0,05</math> и <math>\beta = -0,49</math>; <math>p &lt; 0,05</math> соответственно). В контрольной группе имело место воздействие на риск суицида (<math>\beta = -0,40</math>; <math>p &lt; 0,05</math>), но не на депрессию</p> <p><b>Заключение:</b> результаты подтвердили эффективность основанных на теории процессов вмешательства, используемых программой ОЮ, в особенности центральную роль учителя в создании позитивной культуры группы сверстников и в поддержке внутреннего контроля. Повысившийся внутренний контроль и поддержка сверстников приводили к снижению депрессии и риска суицида среди подростков из группы высокого риска</p>

дования, через 5 и через 10 месяцев. В контрольной группе соизмеримых изменений не произошло:  $\beta = -0,267$  и  $\beta = -0,049$  соответственно (Herting & Eggert, 1992) (более подробные сведения приведены в табл. 3.7, исследование 3).

Эти положительные результаты отличаются от выводов, которые делают Т.Дж.Дишион и соавторы (Dishion, French & Patterson, 1995): на основании собственных данных они заключают, что объединение в одну группу подростков, подвергающихся высокому риску, может вести к увеличению их наркотизации.

Создание позитивной групповой культуры, развитие групповых норм, поощряющих достижение поставленных программой целей, в том числе снижения приема наркотиков, является важнейшей особенностью этого подхода. Результаты наших исследований говорят о том, что позитивно влияющая группа сверстников, умело направляемая хорошо подготовленным и компетентным руководителем, обеспечивает своим членам существенные преимущества. Важно отметить, что коллектив Т.Дж.Дишион и соавторы работали с выборкой мальчиков из средних классов школы; программа их исследования и подготовка ведущих также отличались от использованных нами.

**Увеличение эффективности модели ОЮ благодаря ее усовершенствованию.** Тщательный контроль за применением программы показал необходимость изменений, связанных с недооценкой распространения депрессии и склонности к суициду среди подвергающихся высокому риску подростков как из группы вмешательства, так и из группы сравнения. Благодаря финансовой поддержке Национального института психиатрии было проведено третье профилактическое вмешательство (Eggert, 1991), включавшее усовершенствование учебного плана ОЮ-I на один семестр и добавление вмешательства во втором семестре (ОЮ-II).

Оценка усовершенствованной программы ОЮ-I (Thompson et al., 1997) показала, что изменение той части, которая касается управления состояниями депрессии и гнева (Eggert, 1994), а также усиленного мониторинга приема наркотиков, оказало влияние на исход вмешательства. Сравнение данных об испытуемых из более ранних выборок (до усовершенствования программы) и из более поздних (после него) с помощью регрессионного анализа показало, что во втором случае имело место снижение употребления сильнодействующих наркотиков, уровня депрессии и ощущаемого стресса, а также больший рост чувства самоуважения и способности контролировать гнев (см. табл. 3.7, исследование 4).

**Влияние ОЮ-I и ОЮ-II на риск суицида.** В исследовании 5 участвовали подростки, которым грозил школьный отсев, отобранные по признаку высокого риска суицида. Были проведены повторные измерения при разделении испытуемых на три группы для выявления эффективности использования протокола оценки риска суицида при применении: 1) программы ОЮ-I, 2) при сочетании программ с ОЮ-I и ОЮ-II и 3) одной только оценки риска суицида. Во всех трех группах было отмечено значимое снижение частоты случаев суицидального поведения, чувства депрессии, гнева, безнадежности и стресса, повышение самоуважения и социальной поддержки. Усиление внутреннего контроля было отмечено лишь в группах ОЮ-I и ОЮ-I + ОЮ-II.

Данное исследование позволило повысить эффективность программы в отношении снижения частоты случаев угрожающего суицидом поведения и депрессии, а также снижения вовлеченности в прием наркотиков и улучшения школьной успеваемости. Усиление внутреннего контроля — ключевая промежуточная переменная — дает основания предполагать, что тренинг жизненных навыков в рамках реализуемой программы приводит к желаемым результатам. Результаты исследования также говорят в пользу расширенной программы ОЮ-II. Участие в ней школьников, у которых при первом обследовании был выявлен высокий уровень депрессии и безнадежности, привело к благоприятным для них исходам.



Сочетание ОЮ-I и ОЮ-II принесло дополнительные улучшения в четырех областях: школьной успеваемости, вероятности исключения из школы, приеме сильнодействующих наркотиков и депрессии. Эти данные важны, поскольку свидетельствуют о том, что успешное проведение программы во втором семестре может обратить вспять развитие наиболее серьезных проблем и предотвратить рецидивы. К нашему удивлению, полученные результаты также говорят о потенциальном терапевтическом эффекте целенаправленной краткой оценки и стратегий кризисного реагирования вроде ИПСС (Eggert et al., 1995).

**Опосредствующее воздействие элементов программы ОЮ на снижение депрессии и риска суицида.** С учетом полученных результатов было проведено отсроченное исследование описанной выборки с целью изучения процессов вмешательства, касающиеся подростков, для которых существует риск суицида (Thompson et al., 2000). Мы предположили, что на исходы программы ОЮ (снижение депрессии и риска суицида) напрямую влияла социальная поддержка со стороны проводящего занятия учителя и опосредствованно — воздействие этой поддержки через усиление поддержки группой сверстников и улучшение внутреннего контроля.

Мы использовали трехступенчатый лонгитюдный дизайн, оценивая данные первичного обследования и отсроченных обследований через 5 и 10 месяцев. Для трех обследованных групп (где использовались протокол оценки риска суицида в сочетании с ОЮ-I; протокол оценки риска суицида в сочетании с ОЮ-I и ОЮ-II; только оценка риска суицида) было составлено структурное уравнение модели. Как и ожидалось, в соответствии с нашей гипотезой, поддержка учителя, проводящего занятия по программе ОЮ, напрямую увеличивала поддержку группы сверстников; эффект оказался более выраженным в первых двух группах по сравнению с третьей. Гипотеза о том, что депрессии и склонность к суициду смягчаются благодаря увеличению личностного контроля, частично подтвердилась. В усилении поддержки сверстников центральную роль играет учитель; поддержка группы сверстников в свою очередь прямо, а также косвенно (через увеличение внутреннего контроля) влияет на снижение депрессии и склонности к суициду (см. табл. 3.7, исследование 6).

В данном разделе мы рассмотрели выборочные исследования, проведенные исследовательской командой программы ОЮ, выделив некоторые важные особенности и более детально представив те, которые показывают эффективность этой программы. Кроме того, мы описали гипотетические пути достижения целей программы. Ниже мы расскажем о ведущейся работе и приведем рекомендации на будущее.

## **Рекомендации для будущих направлений работы**

Совместные усилия мультидисциплинарной группы создателей программы «Объединение юных» в виде многочисленных описательных и этиологических исследований демонстрируют понимание факторов риска и защиты, влияющих на потенциальный школьный отсеб подростков группы риска. Мы разработали эффективные методы формирования выборок и привлечения испытуемых для участия в проводимой на базе средних школ профилактической программе, предназначенной для подростков из групп высокого риска, а также поддержания их участия. Нами были показаны надежность и валидность нашей модели отбора и методов скрининга подростков, для которых существует высокий риск исключения из школы, употребления/злоупотребления наркотиками и суицида. Нам также удалось убедительно доказать эффективность как исходной модели профилактической программы по медицинским показаниям ОЮ, так и ее усовершенствований.

Несмотря на необходимость научно обоснованных подходов, ОЮ является одной из очень немногих профилактических программ по медицинским показаниям, которые прошли строгую оценку. Поэтому важные направления будущих исследований, которые мы рекомендуем, заключаются в следующем:

- 1) воспроизводство исследований по программе ОЮ;
- 2) апробация вариантов и кратких форм данной программы;
- 3) оценка более полных ее версий, включающих более широкое вмешательство на базе школы и привлечение родителей.

Каждое из этих направлений будет вкратце обсуждено и проиллюстрировано верифицируемыми гипотезами.

### **Воспроизведение исследований по программе «Объединение юных»**

В предыдущих разделах мы рассмотрели данные, полученные в нескольких отдельных исследованиях с использованием программы ОЮ, которые, рассматриваемые совместно, свидетельствуют о ее эффективности в снижении наркотизации, частоты попыток суицида, депрессии, школьного отсева, а также усилении роли промежуточных факторов, таких, как внутренний контроль, школьные связи, ослабление контактов со сверстниками, отличающимися девиантным поведением. Эти испытания эффективности, впрочем, ограничивались одним школьным городским округом. Таким образом, для оценки действенности программы в более широком контексте требовалось воспроизведение исследований в разнообразных условиях и географическом местоположении,

с другими группами подростков, подвергающихся высокому риску, различающихся по этническим показателям. С этой целью в настоящее время проводятся испытания программы ОЮ в многочисленных школах с мультикультурным контингентом учащихся. Хотелось бы надеяться, что к этой работе присоединятся и другие исследователи, что даст возможность определить границы применимости программы. Кроме того, требуются лонгитюдные наблюдения за подростками, участвовавшими в программе ОЮ, для оценки того, сохранится ли полученный эффект по достижении ими взрослого возраста. Совершенно необходимо, чтобы дублирующие исследования точно воспроизводили программу: тогда подростки-испытуемые получают необходимую «дозу» вмешательства и все составляющие его элементы. Ключевым моментом для точности применения программы ОЮ является соответствующий подбор осуществляющих ее учителей, равно как и стандартизованная их подготовка и руководство. Учитывая важность этих факторов при воспроизведении исследований, ниже мы приведем краткое их обсуждение, прежде чем перейти к рекомендациям на будущее.

**Критерии отбора осуществляющих программу ОЮ учителей при воспроизведении исследований.** Такие критерии включают:

- 1) наличие сильного желания работать с подростками из группы высокого риска, приняв на себя соответствующую роль и ответственность;
- 2) искреннюю симпатию и уважение к таким подросткам и их семьям;
- 3) компетентность в поддерживающих контактах и стремление к совершенствованию в этой области;
- 4) стремление к участию в подготовке и проведении программы ОЮ;
- 5) готовность в полной мере участвовать в процессе ее реализации и оценке результатов программы.

Мы разработали простую, но результативную стратегию выявления идеальных кандидатов на роль учителя, осуществляющего программу ОЮ. Мы просим руководство школы, а также работающий в ней исследовательский персонал назвать тех учителей, которые успешно работают с подростками группы высокого риска и проявляют к ним искреннюю симпатию и уважение. Затем мы спрашивали у школьников этой группы, кто их любимые учителя. Те преподаватели, которых называют и те, и другие, оказываются хорошими кандидатами. При необходимой подготовке и поддержке они имеют все шансы добиться успеха в качестве учителей, осуществляющих программу ОЮ.

**Начальная подготовка и непрерывное обучение/поддержка.** Школьные учителя редко оказываются способными участвовать в программе без качественной начальной подготовки с помощью

разработчиков программы и без постоянной поддержки и руководства со стороны квалифицированного координатора. Начальная подготовка учителя состоит из пятидневного стандартизированного тренинга, который включает ознакомление: с протоколом вмешательства и теоретическими основаниями программы ОЮ; знаниями, необходимыми руководителю группы для тренинга жизненных навыков и создания сети групповой взаимоподдержки ее членов; с содержанием входящих в программу единиц тренинга навыков; с методикой использования групповых стратегий/ролевых игр для оценки жизненных навыков; с принципами/стратегиями профилактики злоупотребления наркотиками, с определенными ограничениями возможностей лица, оказывающего помощь, рекомендациями к занятию этой должности, мерами самозащиты.

Индивидуальный еженедельный постоянный тренинг/поддержка со стороны координатора и проводимая раз в две недели консультация для всех участников программы необходимы для строгого выполнения протокола. Они также обеспечивают обратную связь благодаря видеозаписям и прямому наблюдению и предотвращают «выгорание». Как правило, участвующие в программе учителя встречаются с трудностями в опознании тревожных признаков злоупотребления психоактивными веществами и возможности суицида, а также их отражении в подготавливаемых отчетах.

В целом воспроизводящие исследования необходимы для дальнейшего уточнения границ применимости программы ОЮ. Для получения значимых результатов такие работы должны строго соответствовать дизайну программы. Особое внимание следует уделять тщательной подготовке проводящих программу учителей и критериям отбора испытуемых. Кроме того, мы рекомендуем пользоваться более краткими версиями программы ОЮ, описание которых приводится ниже.

### **Выборочные исследования и исследования по медицинским показаниям с использованием более кратких версий программы ОЮ**

Несколько неожиданно при изучении эффективности программы ОЮ на протяжении одного-двух семестров мы обнаружили, что краткие индивидуально ориентированные оценки и протоколы вмешательства оказываются действенными в снижении склонности к суициду и сопутствующих факторов эмоционального дистресса, таких как депрессия и безнадежность. Эти данные послужили основанием для двух исследований эффективности кратких вариантов вмешательства, основанных на модели ОЮ. Их основной вывод был таким: для достижения разных целей (снижения риска суицида, наркотизации, школьных нарушений) необходи-

**Мг**: различная степень интенсивности и «дозировки» вмешательства. Поэтому мы рекомендуем изучить разные компоненты профилактической программы ОЮ для определения «дозировки» и способов подачи материала, необходимых и достаточных для воздействия на различные виды проблемного поведения. Что и для кого оказывается действенным, какие поведенческие нарушения устраняются, какая для этого требуется «доза» — все это важные вопросы, требующие ответа.

В настоящее время мы изучаем эффект двух кратких версий программы, предназначенных для подростков, которым грозит исключение из школы и риск суицида: это проекты CAST — «Тренинг умения справляться и поддержки» и Counselors-CARE — «Забота и консультация» (Eggert, 1995). Мы предполагаем, что эти краткие версии могут быть более действенны в снижении эмоционального дистресса и риска суицида, чем в уменьшении вовлеченности в прием наркотиков. Если упомянутые проекты окажутся эффективными, их осуществление потребует меньших затрат, чем полномасштабная программа ОЮ. Разработка методов кризисного вмешательства принесет большую пользу, создав плотину, которая сдержит волну молодежных самоубийств.

Сказанное свидетельствует о необходимости соотношения профилактических программ с тем, в чем подростки действительно нуждаются. Так, если выявляется склонность школьника к суициду, краткой профилактической программы по медицинским показаниям может быть достаточно. Однако если при скрининге обнаруживается, что подвергающийся риску суицида подросток к тому же и вовлечен в прием наркотиков, он будет нуждаться в более полной версии программы, которая приводится ниже.

### **Изучение эффективности всеобъемлющей профилактической программы по медицинским показаниям — развернутой модели ОЮ**

Третье рекомендуемое нами направление будущих исследований касается использования развернутой модели ОЮ. Возможные дополнения могут включать разработку добавочных мер, например, привлечения родителей или опекунов. Другими возможностями являются летние занятия в школе, выработка учебных навыков, создание школьного отряда волонтеров. Примером подобной программы является осуществляемый в настоящее время проект PAYS — Parents and Youth with Schools («Родители и дети вместе со школой»), который объединяет родительско-школьную социальную поддержку с тренингом жизненных навыков. Опробование этой модели финансируется Национальным институтом наркологии США (Eggert, 1996). Подростки, которым угрожает исключение из школы, в течение всего учебного года участвуют

в программе ОЮ, а их родители привлекаются к программе «Родители как партнеры», рассчитанной на домашнее и школьное применение, в результате увеличивается поддержка подростку, участвующему в программе ОЮ, цели программы получают дополнительное подкрепление, повышается действенность родительского воспитания.

Основанием для разработки развернутых вариантов послужило то, что в наших предыдущих исследованиях несколько факторов продолжали оказывать отрицательное влияние, противодействуя положительному эффекту проводимой программы ОЮ. Главными среди них оказались семейные факторы, включая серьезный дистресс и отсутствие взаимопонимания, а также напряжение, связанное со школьными занятиями, из-за отсутствия поддержки и помощи со стороны семьи (Eggert et al., 1994; Eggert, 1998).

Мы ожидаем, что каждый из компонентов программы (и собственно ОЮ, и «Родители как партнеры») окажет независимое влияние на исходы, но суммарный эффект «Родителей и детей вместе со школой» превзойдет каждый из них в отдельности. Если такая гипотеза подтвердится, профилактическая программа по медицинским показаниям «Родители и дети вместе со школой» позволит нам еще на шаг приблизиться к удовлетворению нужд подростков из группы высокого риска и разработке адекватных подходов к вмешательству. Изучая различные стратегии помощи таким школьникам и оценивая воздействие программы на весь комплекс их проблем, мы сможем лучше понять ценность, выполнимость, приемлемость всесторонних мер, особенно в отношении предотвращения злоупотребления наркотиками. Другим достоинством такого исследовательского подхода является то, что он дает возможность оценить пользу каждого компонента программы в отдельности. Это особенно необходимо в связи с трудностями, возникающими при привлечении родителей. Кроме того, изучая эффективность модели «Родители и дети вместе со школой» в различных гендерных и этнических группах, мы сможем оценить возможность ее более широкого применения.

## **Выводы и заключение**

Общей целью данной главы было представить обзор профилактической программы по медицинским показаниям «Объединение юных». В первом разделе мы описали общие теоретические основания этой модели. Мы стремились показать, что программа ОЮ, будучи осуществлена в соответствии с дизайном, улучшает ситуацию в подростковой группе высокого риска в отношении вовлеченности в прием наркотиков, школьных нарушений, эмоционального дистресса и склонности к суициду. Предполагается,

что при целенаправленной поддержке со стороны школы и сверстников стратегии индивидуального вмешательства окажут положительное воздействие как на личностные, так и на социальные факторы защиты, противодействующие наркотизации и другим видам проблемного поведения.

Мы также изложили ключевые позиции программы и обрисовали специфику ее применения в школе. Было показано, как изучение применения этой программы среди представителей этнических меньшинств помогло усовершенствовать ее структуру и процессы внедрения. В последующих разделах были приведены эмпирические свидетельства эффективности программы и показано, что она делает ее образцовым подходом в профилактике по медицинским показаниям. В заключение мы привели рекомендации на будущее, подчеркнув необходимость воспроизводящих программу исследований, оценки ее более кратких версий, а также возможностей создания развернутых вариантов, что позволит создать более всеобъемлющую ее модификацию. Работа в этих направлениях обещает привести к более полному удовлетворению потребностей подростков с помощью адекватных методов вмешательства и получить обнадеживающие результаты для групп высокого риска.

Трудности и угрозы здоровью, с которыми сталкиваются многие школьники нашей страны, требуют создания и строгой проверки профилактических программ по медицинским показаниям. Существуют многочисленные свидетельства того, что школьники подвергаются серьезному риску вовлечения в прием наркотиков и возникновения сопутствующих проблем, таких как агрессивность, депрессия и склонность к суициду. Программа ОЮ представляет собой один из возможных подходов к предотвращению этой опасности. Она может применяться в школах как средство не только борьбы с ростом наркотизации, но и снижения школьного отсева и риска суицида (Eggert, 1998).

Мы надеемся на то, что теоретические основы и примеры, приведенные в настоящей главе, будут стимулировать дальнейшую работу в этой области и создание новых моделей профилактики по медицинским показаниям. Подростки из группы высокого риска и их семьи заслуживают самых больших усилий и в плане профилактики, и в плане содействия внедрению здорового образа жизни.

## **«All Stars»: профилактика проблемного поведения в школах и по месту жительства**

Уильям Б. Хансен

### **Теоретические предпосылки и логические обоснования**

#### **Начало: создание традиции профилактических исследований**

Первые работы в области профилактики проблемного поведения подростков носили исключительно академический характер. Другими словами, ученые видели свою цель в поисках истины, а не в разрешении проблем общественного здравоохранения. Задача профилактики, всегда считавшаяся важной, не рассматривалась как неотложная. Целью исследований было узнать достаточно, чтобы найти действенные средства достижения целенаправленных и измеримых изменений поведения в контролируемых лабораторных условиях. Поэтому первоначальные профилактические проекты заключались в практическом приложении разделяемых исследователем теорий для изучения того, какие результаты из этого могут происходить. Ранние исследования касались курения подростков, но быстро распространились на употребление алкоголя и марихуаны.

Первые работы имели целью главным образом применить в профилактике популярные психологические теории. В их число входила теория социального научения — и как объяснение роли *социального моделирования* в выражении детьми агрессии (Bandura, 1977), и как созданная впоследствии концепция *самоэффективности* (Bandura, 1984), и как восприятие собственной способности воспользоваться навыком, предназначенным для того, чтобы достичь желаемого.

После своей публикации *теория мотивированных действий* (Ajzen & Fishbein, 1980) стала рассматриваться также как фундаментальная концепция, используемая в профилактике. Эта теория оперировала такими понятиями, как представления о последствиях, ценностях, установках, нормативных мнениях и намерениях, в форме, удобной для использования представителями социальных



**наук, работающими** с такими практическими проблемами, как, например, прием наркотиков.

Однако даже и в те ранние годы существовали свидетельства в пользу того (и готовность признать этот факт), что процессы социального влияния воздействуют, например, на приобщение к курению. Основываясь на представлении о социальном моделировании, исследователи быстро пришли к заключению о важности потенциальной роли *давления сверстников* как главной причины начала наркотизации. Появились данные (Biglan et al., 1983) о том, что приобщение к курению происходит в определенном социальном контексте, и что другие подростки снабжают новичка сигаретами и поощряют к экспериментированию. Тем не менее особенности механизма социального влияния по большей части оставались неисследованными.

### **Программа профилактики курения и употребления алкоголя — TAPP (Tobacco and Alcohol Prevention Program)**

Для применения на практике теории социального научения было разработано и опробовано несколько программ. Программа TAPP (Hansen et al., 1988) была первой попыткой, не ограничиваясь профилактикой курения, воздействовать на потребление другого «начального» психоактивного вещества. Данный проект включал многочисленные элементы, в том числе тренировку сопротивления давлению сверстников, анализ рекламы сигарет и алкоголя, информирование о непосредственных и долгосрочных последствиях курения и употребления спиртных напитков, обучение навыкам принятия решений и приложения их к ситуациям курения и употребления алкоголя. Программа TAPP продемонстрировала определенный долговременный эффект в отношении курения и потребления алкоголя, однако назвать эти результаты всеобъемлющими было нельзя.

### **Проект «Самоконтроль и обучение сопротивлению» — SMART (Self-Management and Resistance Training)**

Проект SMART (Hansen et al., 1988) был продолжением систематических попыток создать эффективную программу профилактики приема нескольких психоактивных веществ. Кроме того, данный проект был нашей первой работой по сравнению конкурирующих подходов к профилактике. Как основу для предотвращения злоупотребления подростками психоактивными веществами мы использовали две теоретические модели. Первая касалась проблем, связанных с социальными влияниями. Эта часть нашей про-

граммы состояла из уроков, посвященных природе давления сверстников, обучению навыкам сопротивления ему, информированию о непосредственных последствиях приема психоактивных веществ, ознакомлению с рекламными приемами, обучению противостоянию рекламе, показу альтернатив приему наркотиков, формированию положительных дружеских связей и созданию стремления противостоять давлению сверстников.

Другой подход — развитие самоконтроля — включал методы, разработанные представителями направления, уделяющего главное внимание аффективному воспитанию (Schaps et al., 1981). Эта часть программы касалась стрессов и управления ими, целеполагания и выработки навыков достижения цели, демонстрации того, как наркотики мешают личным достижениям, овладения умением принимать решения, формирования самоуважения, тренинга настойчивости, нахождения альтернатив приему наркотиков и формированию решимости следовать именно этим альтернативам. Было разработано три программы для разных групп и случайным образом выбрано две школы для их апробации. Кроме того, в четырех школах, где не проводилось вмешательство, были созданы контрольные группы. Вмешательство осуществлялось в VII классе во время уроков здорового образа жизни; мониторинг употребления школьниками сигарет, алкоголя и марихуаны проводился через 12 и через 24 месяца.

Подростки, с которыми занятия велись по программе социальных влияний, имели в целом более низкие показатели приема всех трех психоактивных веществ. Между участниками программы социальных влияний и учениками контрольных школ были обнаружены выраженные статистические различия в отношении значительной наркотизации. Например, о двух или более алкогольных эпизодах в месяц сообщили 6,8 % школьников из группы вмешательства и 10,3 % — из группы сравнения. Употребление марихуаны в группе вмешательства также оказалось ниже, чем в контрольной группе: об ее употреблении при обследовании через 12 месяцев сообщили соответственно 6,8 и 10,9 %, хотя при обследовании через 24 месяца различия не достигли значимого уровня. В группе, где вмешательство велось по программе развития самоконтроля, напротив, показатели употребления психоактивных веществ оказались выше, чем в контрольной группе.

### **Промежуточные переменные — ключевые факторы для понимания эффективности профилактики**

Предыдущие исследования показали, что для создания действительно эффективного профилактического подхода требуется разрешить многие вопросы, касающиеся содержания и структуры программы. Общее мнение многих ученых сводилось к тому, что

самой многообещающей является концепция социальных влияний. В самом деле, стало почти общепризнанным, что сопротивление давлению сверстников — краеугольный камень, на котором можно выстроить эффективную профилактическую программу. На данном положении основывались федеральные кампании «Просто скажи “нет”». Казалось, что проблема решена, и все, что остается сделать научному сообществу, — просто завершить некоторые второстепенные работы. К счастью, делом занялись талантливые и настойчивые исследователи, имевшие самостоятельную точку зрения.

### **Программа профилактики алкоголизма среди подростков — AAPT (Adolescent Alcohol Prevention Trial)**

Задавшись целью выявить роль социальных влияний, Дж. Грехем и я начали программу профилактики алкоголизма среди подростков (Hansen, Graham, 1991). Основной целью программы был ответ на вопрос: как тренинг навыков противостояния давлению сверстников и исправление ошибочных нормативных представлений о распространенности и приемлемости приема наркотиков влияют на результаты программы? Идея, положенная в основу AAPT, родилась из сообщения о профилактической программе, при проведении которой подростки учились умению говорить «нет», и это дало такой эффект, что курение и потребление спиртных напитков перестали считаться «крутыми» занятиями (результат был статистически значимым). Можно ли было рассчитывать на то, что развитие навыков сопротивления давлению также приведет к изменению нормативных представлений? Не были ли такие навыки и нормативные представления отдельными факторами, нуждающимися в независимом вмешательстве?

Задачей AAPT была проверка этих гипотез, поэтому мы исследовали два подхода к профилактике курения, алкоголизма и употребления марихуаны среди подростков. Первый из них был назван «Нормативное образование», и его целью стало выявление представлений о принятых в подростковой среде нормах. Подростков обучали тому, что прием психоактивных веществ на самом деле распространен меньше, чем они могли бы думать, а также тому, что группы их сверстников в целом не одобряют аддиктивное поведение. Второй подход назывался «Тренинг навыков сопротивления». Его целью было выработать у школьников умение противостоять давлению сверстников и другим формам социального принуждения. Подростков обучали техникам выявления социального давления и сопротивления ему. Производился тренинг настойчивости в контактах со сверстниками, и полученные навыки отрабатывались в ролевых играх. Сравнивались варианты программы, включавшие оба элемента вместе («Нормативное обра-

зование» и «Тренинг навыков сопротивления»), каждый из них по отдельности, а также только информирование о последствиях употребления табака, алкоголя и марихуаны.

Результатом подхода «Нормативное образование» явился более низкий рост употребления всех трех психоактивных веществ. Подход «Тренинг навыков сопротивления», напротив, не привел к такому снижению. Результаты обследований (предшествовавшего вмешательству и проведенного после его окончания в классах, где проходило только информирование и только «Тренинг навыков сопротивления»), показали увеличение числа школьников, сообщавших о том, что они бывали пьяными (на 11 %). Прирост этого показателя в классах, где проводилась программа «Нормативное образование», составил 4 %. Среди учеников VII классов лишь 1,4 % сообщили о том, что у них имеются проблемы, которые могли бы быть отнесены на счет употребления алкоголя. К VIII классу такие проблемы среди школьников, не посещавших занятия по программе «Нормативное образование», возросли на 2,4 %, в то время как среди посещавших они снизились на 0,3 %.

В классах, где осуществлялся подход «Нормативное образование», по сравнению с первоначальным обследованием рост алкоголизации составил 11 %, а в остальных — 14 %. Во время предварительного обследования 5 % всех школьников сообщили о том, что пили на предшествовавшей неделе; этот показатель вырос на 5 % в тех классах, где не осуществлялось «Нормативное образование», и всего на 3 % — в тех, где оно проводилось. Прирост употребления марихуаны составил 6,2 и 2,2 % соответственно. Впервые начавших принимать марихуану среди школьников, занимавшихся по программе «Нормативное образование», было меньше. Эти подростки также реже сообщали о том, что курили в последние 30 дней (4,8 %), чем ученики тех классов, где программа «Нормативное образование» не велась (6,5 %).

Мы также рассмотрели исходы вмешательства, осуществляемого программой ААРТ, с учетом специфической роли в изменении приобщения к приему психоактивных веществ медиаторов (Donaldson et al., 1994). Как мы обнаружили, оба варианта программы изменяли изначально намеченные ими промежуточные переменные. «Тренинг навыков сопротивления» значительно повышал умение противостоять давлению у тех школьников, которые занимались по этой программе. Подобным же образом значительно усовершенствовались представления об употреблении табака, алкоголя и марихуаны и о соответствующих нормах в группе их сверстников, которые занимались по программе «Нормативное образование». Существенный интерес представляло и то обстоятельство, что школьники из группы, где проводилась программа «Нормативное образование», отметили меньшее число полученных ими

предложений принять наркотик. Анализ данных не показал наличия связи между изменением навыков сопротивления давлению и снижением потребления наркотиков. В отличие от этого улучшение нормативных представлений и снижение числа предложений наркотика играли значимую роль в отношении меньшего приобретения к приему наркотиков.

### **Среднезападный профилактический проект и проект STAR**

Полученные нами данные подтвердили более ранние результаты, о которых сообщали Д. П. Мак-Киннон и соавторы (MacKinnon et al., 1991) в отношении медиаторов, ответственных за эффект проекта STAR в рамках Среднезападного профилактического проекта. Среднезападный профилактический проект (Pentz et al., 1989a, b) предназначался для применения в школе и по месту жительства. Его целью было предотвратить или замедлить приобретение подростков к «начальным» наркотикам (табаку, алкоголю, марихуане). Проект STAR, основанный на использовании социальных влияний, представлял собой школьный курс и включал в себя многое из программы ААРТ. Объектами вмешательства были восемь медиаторов: укрепление решимости избежать наркотиков; внедрение представлений о негативных последствиях их приема; развенчание представлений о их полезных свойствах; увеличение знаний о социальных влияниях, касающихся приема наркотиков (таких, как давление сверстников и реклама); формирование навыков противодействия социальному давлению; улучшение навыков общения; исправление ошибочных представлений о распространенности приема наркотиков среди сверстников; укрепление веры в то, что друзья не одобряют аддиктивного поведения.

При обследовании после завершения программы меньшее число школьников, участвовавших в проекте STAR, сообщало о курении сигарет и об употреблении марихуаны, чем подростки из контрольной группы. Участники программы также отмечали значимое улучшение своих намерений и решимости не курить, не пить, не употреблять марихуану. Для этих подростков снизилась вероятность веры в положительные следствия курения, потребления алкоголя и марихуаны, в отличие от учеников из контрольной группы. Прошедшие курс STAR школьники чаще считали, что им будет легко поговорить с другом о школьных проблемах или проблемах, связанных с наркотиками, а при обследовании по завершении программы они чаще сообщали о неодобрительном отношении друзей к приему наркотиков. Ученики из контрольной группы, наоборот, проявляли большее безразличие к мнению своих друзей об аддиктивном поведении. Проект STAR не изменил пред-

ставления подростков о негативных последствиях приема психоактивных веществ и их знания о социальных факторах, способствующих приему наркотиков; не изменились также способность подростков сопротивляться социальному давлению (по их отчетам) и воспринимаемые нормы, касающиеся приема наркотиков, среди сверстников.

В анализ медиаторов были включены только те четыре фактора, для которых имели место статистически значимые различия между группами вмешательства и сравнения. Такой показатель, как отношение друзей к приему наркотиков, был в значительной мере ответствен за эффект программы в отношении потребления алкоголя. Эта переменная обуславливала примерно 60 % снижения потребления спиртных напитков. Около 31 % такого снижения объяснялись изменившимися представлениями и решимостью отказаться от алкоголя. Уменьшение распространенности курения также предсказывалось в основном одним фактором: ожидаемые изменения отношения друзей к курению оказались ответственны примерно за 45 % такого уменьшения. Изменения в представлениях о позитивных следствиях курения и в намерениях относительно курения были слишком малы, чтобы отразиться на этом показателе.

### **«Законы» воздействия и поиск медиаторов**

На основании данных проведенного исследования можно заключить, что ожидаемая реакция друзей (т. е. представление о том, что прием наркотиков отвергается дружеской группой) является главным моментом в обучении школьников по программе «Просто скажи “нет”». Этот результат для многих оказался неожиданным. Для нас же он послужил указанием на то, что для выявления эффективных путей профилактики следует более внимательно изучить роль медиаторов.

Выполненный по гранту Национального института наркологии обзор ориентированных на школу профилактических программ (Hansen, 1992) и последующее исследование дали возможность определить, изучение каких промежуточных переменных и какие компоненты профилактических программ являются наиболее многообещающими. Как показали результаты ААРТ и Среднезападного профилактического проекта, воздействие на соответствующие медиаторы и их изменение играют главную роль в достижении профилактического эффекта.

Исследователи, планируя профилактические программы, часто ставят перед собой цель изменить определенные характеристики индивида или его социального окружения. Такие характеристики и носят название медиаторов. Главная идея воздействия на медиаторы заключается в том, что оно дает более непосредствен-

ный эффект, чем программа в целом. Таким образом, именно медиатор, а не программа, влияет на эффективность вмешательства в терминах изменения поведения. Программа, ориентированная на профилактику наркотизации, достигает цели в первую очередь за счет изменения характеристик, ответственных за приобретение к наркотикам при нормальном развитии событий.

Статистические методы, используемые для анализа медиаторов, дают важные уроки тем, кто разрабатывает и осуществляет профилактические программы. Из рассмотрения такого анализа можно вывести два закона (Hansen & McNeal, 1996). Во-первых, изменения в поведении (например, приеме наркотиков) являются следствием изменений, достигнутых применительно к медиаторам. Таким образом, профилактические программы никогда не изменяют поведение напрямую. Они всегда дают результат, воздействуя на какой-то другой фактор. Отсюда и вытекает первый закон профилактики — «закон непрямого воздействия». Согласно ему, желательные изменения в поведении могут быть достигнуты только путем изменения медиаторов.

Второй закон можно назвать «законом максимально возможного ожидаемого эффекта». Как можно заключить на основании результатов проектов AAPT и STAR, программа может оказаться более или менее эффективной в зависимости от двух совместно проявляющихся характеристик медиаторов. Во-первых, те вмешательства, которые вызывают большие изменения медиатора, приводят к большим изменениям поведения, чем те, которые связаны с незначительным его изменением. Во-вторых, программы, воздействующие на медиаторы, имеющие высокую предсказательную ценность, обладают большим потенциалом в изменении поведения, чем те, на которые влияют слабые медиаторы. Это связано с тем, что все медиаторы имеют верхний предел способности вызывать изменения, и у слабых медиаторов этот предел ниже, чем у сильных.

Говоря более конкретно, можно посоветовать разработчикам программ выделять медиаторы, обладающие наибольшей возможной статистической корреляцией с тем видом поведения, которое желательно изменить. Как только эти медиаторы окажутся выявленными, работа исследователя должна заключаться в разработке такой программы, которая в наибольшей мере изменила бы их в желательном направлении. Задачей исполнителей программы является придание программе максимальной эффективности благодаря пониманию динамики медиатора и активным действиям по измерению соответствующих характеристик у подростков, на которых направлено воздействие.

Согласно подготовленному Национальным институтом наркологии обзору, в прошлом для профилактики наркомании использовались следующие 12 стратегий.

- Программы нормативного образования, направленные на создание правильных нормативных представлений о распространенности и приемлемости приема психоактивных веществ.

- Программы преобразования ценностей, направленные на создание психологического диссонанса между желательным стилем жизни и поведением, приводящим к высокому риску.

- Познавательные программы, воздействующие на представления и ожидания в отношении последствий.

- Программы, направленные на выработку ответственности.

- Тренинг навыков противостояния социальному давлению.

- Тренинг умения управлять стрессом.

- Программы формирования самоуважения.

- Программы нахождения альтернатив, удовлетворяющих те же потребности, что и прием наркотиков.

- Тренинг навыка принятия решений.

- Тренинг постановки цели.

- Тренинг таких социальных навыков, как настойчивость, общение и умение разрешать межличностные проблемы.

- Тренинг навыков помощи, предоставляющий информацию и развивающий навыки помощи сверстникам в разрешении конфликтов и возникающих проблем.

Каждая из перечисленных стратегий связана со специфической промежуточной переменной. Например, нормативное образование связано исключительно с нормативными представлениями, а программа преобразования ценностей — с неадаптивностью стиля жизни. Начиная с 1991 г., мы обследовали учащихся местных школ. Мы оценивали значения тех медиаторов, которые должны были подвергнуться воздействию каждой из двенадцати стратегий. Мы также изучали распространенность употребления школьниками табака, алкоголя, марихуаны и ингалянтов. Целью работы являлось определение естественного потенциала каждой из характеристик играть роль медиатора. Правило отбора было достаточно простым: те промежуточные переменные, которые обладают наибольшей предсказательной ценностью в отношении приема наркотиков, претерпев изменения, дают наибольшую надежду на предотвращение наркотизации. Таким образом, при осуществлении программы следует сосредоточить внимание на ограниченном наборе медиаторов, обладающих наибольшим потенциалом влияния на аддиктивное поведение.

Результаты наших исследований (Hansen et al., неопубл.; McNeal, & Hansen, 1999) показали, что наибольшим потенциалом в качестве медиаторов обладают три показателя: нормативные представления, приверженность своим взглядам, неадаптивность стиля жизни (табл. 4.1). Вплотную за ними следовали правильные исходные представления о социальных и психологических (не медицинских) последствиях приема наркотиков. Навыки сопротив-



Таблица 4.1: Перекрестно-отсроченные корреляции и коэффициент стандартизованной регрессии (коэффициент пути) постулированных промежуточных переменных (первый год исследования) и употребления психоактивных веществ (второй год,  $N=2639$ )

Постулированные промежуточные переменные	Алкоголь		Табак		Другие психоактивные вещества	
	$r_{mls2}$	коэффициент пути	$r_{mls2}$	коэффициент пути	$r_{mls2}$	коэффициент пути
Нормативные представления	<b>-0,445</b>	<b>-0,196</b>	<b>-0,390</b>	<b>-0,134</b>	<b>-0,197</b>	<b>-0,145</b>
Приверженность своим взглядам	<b>-0,398</b>	<b>-0,185</b>	<b>-0,369</b>	<b>-0,129</b>	<b>-0,187</b>	<b>-0,155</b>
Неадаптивность стиля жизни	<b>-0,400</b>	<b>-0,170</b>	<b>-0,376</b>	<b>-0,123</b>	<b>-0,198</b>	<b>-0,151</b>
Представления о последствиях	<b>-0,318</b>	<b>-0,085</b>	<b>-0,293</b>	<b>-0,071</b>	<b>-0,176</b>	<b>-0,121</b>
Навыки противодействия	<b>-0,270</b>	<b>-0,093</b>	<b>-0,208</b>	<u>-0,033</u>	<b>-0,134</b>	<b>-0,093</b>
Самоуважение	<b>-0,151</b>	<b>-0,071</b>	<b>-0,169</b>	<b>0,059</b>	<b>-0,079</b>	<b>-0,059</b>
Навыки постановки цели	<b>-0,146</b>	<b>-0,064</b>	<b>-0,141</b>	<u>-0,043</u>	<b>-0,064</b>	<u>-0,043</u>
Навыки принятия решений	<b>-0,115</b>	<u>-0,036</u>	<b>-0,113</b>	<u>-0,027</u>	<b>-0,076</b>	<u>-0,055</u>
Альтернативы	<b>-0,104</b>	-0,019	<b>-0,120</b>	-0,024	<b>-0,066</b>	<u>-0,040</u>
Управление стрессом	<b>-0,079</b>	-0,021	<b>-0,089</b>	<u>-0,033</u>	<u>-0,032</u>	-0,012
Навыки помощи	<i>0,080</i>	0,021	0,033	0,011	0,018	0,008
Социальные навыки	<i>0,073</i>	<b>0,045</b>	0,024	0,013	0,030	0,031
Среднее	-0,189	-0,073	-0,184	-0,054	-0,097	-0,070

Примечание: жирный шрифт — значимо (по одностороннему критерию) при  $p < 0,001$ ; подчеркивание — значимо (по одностороннему критерию) при  $p < 0,05$ ; жирный курсив — значимо (по двухстороннему критерию) при  $p < 0,05$ ; курсив — значимо (по двухстороннему критерию) при  $p < 0,001$ .

ления давлению сверстников, которые признавались краеугольным камнем стольких профилактических программ в прошлом, оказались на пятом месте.

Наш анализ, как и другие исследования, говорит о том, что для успеха профилактической программы следует позаботиться о трех моментах: нормативном образовании, воспитании ответствен-

ности и преобразовании ценностей. Первые два из них давно учитываются и входят в программы социального влияния, поскольку они связаны с теорией мотивированных действий. Программы, нацеленные на преобразование ценностей, в значительной мере использовали подходы аффективного воспитания, хотя эта концепция тоже связана с теорией мотивированных действий. Отделение этого фактора от модели социальных влияний частично явилось следствием того, что преобразование ценностей как часть образования в то десятилетие, когда создавались программы социальных влияний, подвергалось резкой критике. Она была вызвана методологическими просчетами, в результате чего с помощью преобразования ценностей не удавалось воздействовать на нужные медиаторы, а также просчетами политическими: программы преобразования ценностей часто открыто делали допущения, противоречащие позициям родителей (например, «нет ни правильного, ни неправильного»). Тем не менее количественные показатели ясно говорили о роли неадаптивности стиля жизни как медиатора.

Полученные данные послужили основанием для разработки программы «Все звезды» («All Stars»). Мы уже имели опыт вмешательства, нацеленного на изменение нормативных представлений, а также воспитание ответственности в отношении того, чтобы придерживаться вновь обретенных убеждений. Преобразование ценностей в наших исследованиях получало минимум внимания и, несомненно, нуждалось в трансформации как методологической, так и политической, чтобы методологический успех и политическая приемлемость этой части программы внесли свой вклад в успешное достижение поставленных важных целей.

### **Другие имевшие значение исследования**

Большая часть того, что изложено выше, представляет собой личный взгляд автора. В то же время имели место важные независимые направления исследований, которые, в конце концов, стали частью программы «All Stars» и которые заслуживают внимания. Например, С. Эннетт и К. Бауман (Ennett & Bauman, 1993) обнаружили, что подростки, оказавшиеся в социальной изоляции, образуют группу особого риска приема наркотиков. Подобные же данные относительно агрессии были получены Дж. Койе и его коллегами (Terry & Coie, 1991; Coie et al., 1982; Coie & Koeppel, 1990) и Ш. Келламом и его коллегами (Kellam et al., 1980). Обзор литературы показал потенциальную пользу учета мнений лидеров группы сверстников (Rooney & Murray, 1996). Все эти данные подчеркивали необходимость воздействия воздействия на общие характеристики структуры социальной группы, социальное принятие, просоциальные связи (Hawkins et al., 1992).

Значительные результаты были также получены при изучении роли родителей в профилактике. Особое внимание уделялось родителям подростков из группы высокого риска (Dishion & Andrews, 1995). Другие работы были посвящены роли родителей в этиологии наркотизации подростков (например, Brook et al., 1989; 1989; Hansen et al., 1987; Richardson et al., 1989). Результаты, полученные этими и другими исследователями, показывают, что родители играют важную роль в защите своих детей от влияний, способствующих наркотизации: мониторинге, задании стандартов, выступлении в качестве ролевой модели. В то же время стало ясно, что в привлечении родителей к активному участию в профилактических программах имеются трудности. Посещаемость ими специальных мероприятий всегда бывает низкой. У родителей существуют радикально отличающиеся способы решения проблем, стоящих перед их детьми. Тем не менее наши данные говорят о том, что успех программы в значительной мере зависит от того, какую родительскую поддержку удается получить.

### **Теория: объяснение данных**

Данные анализа медиаторов и результаты полевых исследований говорят о переменных и их корреляциях, однако каждый медиатор, для того чтобы его можно было использовать с пользой, должен получить определение в человеческом контексте. Каждый медиатор отражает лежащий в основе процесс социализации, который имеет как психологические, так и социологические характеристики. Психические характеристики свойственны индивиду и объединяют восприятие, убеждения, мысли и эмоции; социологические показатели в первую очередь характеризуют группу сверстников и то, как эта группа реагирует на те или иные ситуации. Измерение групповых характеристик до сих пор остается трудно достижимым. Влияние группы обнаруживается в виде наблюдаемых различий в поведении индивида, когда он один и когда он в группе. Есть поступки, которые совершаются только тогда, когда индивид является членом группы. Тем не менее, поскольку строгого определения группового влияния не существует, теория должна выдвинуть соответствующую гипотезу.

**Понятие просоциальных идеалов** относится к убеждению индивида или группы в том, что качества, которые представляются важными, несовместимы с образом жизни, включающим употребление психоактивных веществ, насилие, преждевременные сексуальные связи. Здесь имеет место социологический компонент: то, что считается важным и первоочередным, часто определяется не только индивидом, но и референтной группой. Сле-

дует подчеркнуть, что просоциальные идеалы не являются просто правильными или результатом озарения; они не обязательно означают следование религиозным традициям или принятие традиционных семейных ценностей. Эта концепция носит исключительно практический характер. Независимо от того, насколько важна определенная ценность, если она вступает в противоречие с проблемным поведением, в долговременной перспективе она оказывает сдерживающее влияние на данный вид поведения. Подростки изначально имеют идеалы, отвергающие прием наркотиков; те из них, кто приобщается к этому, становясь старше, теряют эту перспективу. Целью вмешательства является помощь молодежи в том, чтобы обрести и сохранить такое видение будущей жизни, которое окажется под серьезной угрозой в случае приема наркотиков или иного связанного с высоким риском поведения.

**Групповые нормы и нормативные представления** в техническом смысле отражают два различных феномена. Групповые нормы определяют, что группа делает и считает приемлемым. Нормативные представления при этом отражают восприятие данным индивидом группового поведения и ожидаемое им признание группой приемлемости или неприемлемости каких-то действий. Групповые нормы касаются невидимого, но несомненно реального феномена, который представляет собой групповое поведение. Человеческая социальная группа — друзья, члены семьи или одноклассники — ведет жизнь, весьма отличающуюся от жизни индивидов, ее составляющих. Группы во многих отношениях преходящи. Друзья, например, действуют как группа, только собираясь вместе. Когда индивиды занимаются собственными делами по отдельности, группа исчезает; дружеские связи могут сохраняться, но группа как таковая перестает действовать. Состав группы со временем претерпевает изменения: редко случается, чтобы он сохранялся долго без появления новых членов или выбывания старых. Все эти обстоятельства затрудняют определение такого явления, как групповые нормы, однако данная концепция весьма важна.

Общепринятые представления подвергаются эрозии по мере того, как члены группы взрослеют; те школьники, которые, например, употребляют наркотики, скорее будут исповедовать неправильные нормативные представления, чем те, кто их не употребляет. Целью вмешательства, таким образом, является создание убеждения в том, что в группе сверстников приняты традиционные взгляды на прием наркотиков, насилие, преждевременную половую жизнь. Другими словами, традиционные нормативные представления нуждаются в подкреплении. Преувеличенные или ошибочные представления о распространенности и приемлемости отклоняющегося поведения нуждаются в опровержении и кор-

рекции. Конечной целью вмешательства становится трансформация группы, а не только отдельных ее членов.

**Социальные связи** характеризуются тесным контактом индивида с той организацией, к которой он принадлежит. Такие связи носят двухсторонний характер: не только индивид должен чувствовать свою принадлежность к организации, но и организация должна проявлять ответную заинтересованность в нем. Социальные связи не всегда оказываются позитивными: например, члены банды привязаны к банде — они получают в ней свое место, но и на них налагаются определенные требования. Такая связь приводит к различным формам негативного поведения, отражающего нормы группы высокого риска. Фактором, определяющим просоциальные связи индивида, являются нормативные стандарты группы, в которой они устанавливаются. Церковь и школа обычно имеют наиболее ясно выраженные положительные нормы. Спортивные команды могут и не обладать позитивными нормативными стандартами, а у банд стандарты носят явно выраженный отрицательный характер. Когда связь уже сформирована, ее часто бывает трудно разорвать. Цель вмешательства — установление связей молодежи с просоциальными организациями. Школьники должны чувствовать, что они нужны школе, что школа их принимает. Подростки нуждаются в доступе и принадлежности к таким возглавляемым взрослыми группам, как церковь или рекреационные центры, чье принятие они будут чувствовать. Очень важно, чтобы нормы таких групп в отношении приема наркотиков, насилия и других видов девиантного поведения были ясно сформулированы и стали частью правил поведения группы.

**Приверженность** является проявлением интернализированных намерений, хотя может быть и публичным выражением намерений индивида. Во многих отношениях приверженность означает добровольное отстаивание определенной позиции после рассмотрения альтернатив. Приверженность часто связывают с принятием решения. Она, несомненно, является конечной точкой процесса, но формирование приверженности — нечто большее. Оно отражает как образ «я», так и свой ожидаемый образ, представляемый окружающим. И социологические, и психологические элементы приверженности являются защитой от отклоняющегося поведения. Способность защищать собственные взгляды, когда их оспаривают, служит свидетельством приверженности им.

Изначально у школьников имеет место приверженность к отказу от приема наркотиков и девиантного поведения, однако с возрастом она претерпевает эрозию даже среди тех, кто наркотиков не употребляет; такого рода эрозия особенно выражена среди подростков, которые начинают принимать наркотики. Целью вме-

шательства является укрепление существующей приверженности позитивным взглядам и намерениям. Молодежи должна быть предоставлена возможность глубоко продумать свою личную приверженность определенному образу жизни. Поскольку существует тенденция к эрозии приверженности, к этой теме следует регулярно возвращаться, оценивать ситуацию и в случае необходимости пересматривать подходы.

**Родительское внимание** характеризует взаимодействие между детьми и родителями. Подростковый возраст — период роста независимости и протеста против родительского контроля даже в случае самых доверительных отношений между родителями и детьми. Наибольшего успеха в предотвращении отклоняющегося поведения подростков добиваются родители, которым свойственны проявления близости, заинтересованности и любви к своим детям, внимательный мониторинг и руководство в том, что касается местопребывания, поступков и дружеских связей подростка, установление четких и последовательных правил поведения. Родителям следует воспитывать в детях склонности и навыки, поощряющие дружбу с позитивно влияющими сверстниками и связи с оказывающими положительное воздействие социальными институтами. Родители должны ясно показывать, что они ожидают от подростка школьных успехов, отказа от приема наркотиков и от ранних сексуальных контактов и насилия. Наконец, важно, чтобы родители служили положительной ролевой моделью, включая умеренное потребление алкоголя, воздержание от табака и наркотиков и должные межличностные отношения. Целью привлечения родителей к программе «All Stars» является усиление и поддержание на высоком уровне родительского внимания к детям.

## **Описание вмешательства**

«All Stars» — относительно молодая программа. Ее первая версия (1.0) была подготовлена в 1994 г. Пилотные исследования по второй (1.1), третьей (1.2) и четвертой (1.3) версиям прошли в 1995 и 1996 гг. Полевые испытания пятой версии (1.4) начались в 1996 г.; с тех пор она дважды пересматривалась (версии 1.5 и 1.6) и в последний раз — в 1998 г. Однако основы программы «All Stars» были заложены гораздо раньше, в 1975 г., когда появились первые финансируемые на федеральном уровне профилактические программы по борьбе с курением (Evans et al., 1978). Программу «All Stars» следует рассматривать как обобщенный результат многолетней работы, которая, как мы надеемся, будет продолжена и в будущем. Она является промежуточным продуктом, который должен меняться и развиваться, вбирая в себя лучшие

наработки, расширяясь, привлекая все большее внимание, приспособливаясь к новому контингенту испытуемых.

### **Ключевые концепции и цели**

Учителя, осуществляющие программу «All Stars» или любую иную профилактическую программу, — в первую очередь нуждаются в понимании ее концепций. Для исследователя и разработчика медиаторы представляют собой такие же величины, как вольты, ватты и амперы для электротехников. Однако для практики требуются их материальные воплощения; и если для электротехнических понятий таковыми являются провода, транзисторы и батареи, то материальными воплощениями изучаемых промежуточных переменных оказываются слова, выражение лица, реакции, внимание и другие человеческие мысли и поступки.

Программа «All Stars» воздействует на такие явления, как *нормы и нормативные представления*, благодаря изменению восприятия школьниками того, что референтная для них группа считает обычным и приемлемым. Первоначальная стратегия такого воздействия заключается в предоставлении неопровержимой информации, определяющей неучастие в девиантных действиях как норму и демонстрирующей низкую распространенность поведения, связанного с высоким риском.

Основное внимание программа уделяет использованию стиля жизни индивида, его стремлений, социального окружения и других факторов для создания или укрепления приверженности идеалам, несовместимым с отклоняющимся поведением.

Программа «All Stars» вырабатывает у школьников приверженность к здоровому образу жизни, заставляя его выглядеть естественным следствием взросления. Образовательный процесс направлен на то, чтобы школьники сделали добровольный выбор, как личный, так и публичный, в пользу позитивных ценностей, на поощрение и укрепление такого решения. Тот факт, что нужный выбор делает группа школьников, усиливает его социальную роль.

Просоциальные связи, поощряемые программой «All Stars», возникают благодаря взаимодействию учителя и ученика, направленному на создание базиса для контактов с оказывающими положительное влияние сверстниками и организациями. Программа также развивает взаимоотношения между подростками, помогая тем, кто находится в неблагоприятных условиях, понять принятые в классе (группе) нормы, и создавая для них ситуации, способствующие контактам с другими школьниками. Особое внимание уделяется привлечению к участию в программе лидеров, определяющих мнение группы и влияющих на формирование групповых норм.

## Основная программа

В настоящее время существуют три версии программы. Одна предназначена для специалистов, работающих в школах с использованием спонсорской помощи сторонних организаций. Вторая версия разработана для штатных преподавателей и является частью курса здорового образа жизни. Для обеих этих версий учебный курс состоит из 21 базового занятия (включая празднование по окончании программы). Третья версия рассчитана на групповое применение по месту жительства и состоит из 15 базовых занятий.

Содержание занятий следующее.

1. *Оценка дружеских связей и взглядов* (опрос в классе или письменный отчет). На этом занятии собираются данные о существующих группах и о представлениях участников об отклоняющемся поведении.

2. *Мир будущего*. На занятии (участвует весь класс) рассматриваются концепции, связанные с духовными ценностями.

3. *Встреча с лидерами групп* (индивидуально). Ведущий программы встречается с участниками программы, которые могут обладать социальным влиянием, и устанавливает взаимопонимание с ними.

4. *Понимание того, что действительно важно*. Занятие, в котором участвует весь класс, имеет целью демонстрацию важности идеалов и единодушия группы в достижении позитивных жизненных целей.

5. *Поиск талантов* (индивидуально или в малой группе). Занятие помогает подготовке школьников с явными художественными способностями к их применению и установлению большего взаимопонимания.

6. *Оставь свой след*. На занятии, в котором участвует весь класс, школьникам предлагается методами изобразительного искусства выразить свои идеалы в виде личных символов.

7. *Только для одиноких* (индивидуально). Занятие помогает тем подросткам, кто страдает от социальной изоляции, найти общий язык с ведущим программы, который демонстрирует понимание специфических потребностей таких школьников.

8. *Репутация, основанная на верности идеалам*. Занятие со всем классом имеет целью показать, как поведение, связанное с высоким риском, может препятствовать достижению жизненных целей.

9. *Подсчет голосов в пользу определенного мнения*. Занятие представляет собой игру, участники которой делают предположения относительно социальных норм, обсуждавшихся ранее и проанализированных ведущим.

10. *Знакомство со школьниками* (индивидуально). Продолжение бесед ведущего со школьниками с целью оценки их идеалов и нормативных представлений.



11. *Нормы, касающиеся наркотиков, насилия и секса.* Проведение в классе дискуссии об общепринятых нормативных представлениях.

12. *Еще о нормах, касающихся наркотиков, насилия и секса.* Участники продолжают обсуждать вопросы, касающиеся социальных норм.

13. *Нормы — неписанные правила поведения.* Школьники на занятии в классе обсуждают стандарты оценок разных форм поведения с точки зрения общественного мнения, уделяя особое внимание групповым нормам, связанным с проблемами высокого риска.

14. *Подсчет голосов в пользу определенного мнения:* продолжение игры, начатой на 9-м занятии.

15. *Великие ожидания* (факультативное занятие для лидеров групп): лидеры групп привлекаются к выработке общепринятых норм для своих групп.

16. *Лицемерие или приверженность.* В классе обсуждается тема взросления в терминах ответственности и приверженности правильным взглядам. Участники программы определяют индивидов, способных принять решение как незрелых, а тех, кто говорит о своей приверженности, но действует вразрез с ней, как лицемеров.

17. *Демонстрация приверженности правильным взглядам.* Игра, в которой участвуют группы школьников. Подростки должны сформулировать свои взгляды и продемонстрировать приверженность им на протяжении определенного времени после занятия.

18. *Защита приверженности собственным взглядам.* На этом занятии игра завершается и обсуждаются возможности отстаивания своих взглядов.

19. *Личная приверженность* (индивидуально). Ведущий программы оценивает приверженность участника своим взглядам по девяти позициям. Родители приглашаются участвовать в этом обсуждении. Те подростки, приверженность которых определенным взглядам получает одобрение родителей, награждаются специальными кольцами «All Stars».

20. *Публичное заявление о приверженности правильным взглядам.* В присутствии всего класса ученики заявляют о своих решениях; ведется протоколирование всех высказываний и видеозапись.

21. *Празднование.* В присутствии всего класса вручаются сертификаты и кольца «All Stars»; просматриваются видеозаписи. Напутствие участникам программы и пожелание следовать выработанным убеждениям.

## **Поддерживающая программа**

После завершения всех трех версий проводится поддерживающая программа. Она включает семь занятий, каждое из которых нацелено на поддержку какого-либо одного медиатора. При этом

необходимо использовать новые подходы, а не повторять уже применявшиеся на предшествующих занятиях, также следует учитывать растущую независимость взрослеющих подростков. Приведем содержание этих занятий.

- *Групповые идеалы.* В центре внимания — установление групповых стандартов, раскрытие несоответствия между идеалами группы и сопряженным с высоким риском поведением; создание герба группы.

- *Свободные высказывания.* Поощряются дебаты по текущим вопросам в формате ток-шоу, включая темы, касающиеся поведения, связанного с высоким риском.

- *Общественный прогресс, часть 1.* Поощрение активности подростков в стремлении к улучшению окружающего мира, в разработке выполнимых планов.

- *Общественный прогресс, часть 2.* Школьники отчитываются о проектах своей группы и поощряются в том, чтобы сделать добровольную общественную активность частью своего характера.

- *Обновление приверженности ценностям «All Stars».* Участники сообщают об успехах и трудностях, с которыми они столкнулись, отстаивая свои взгляды. Им предлагается либо утвердиться в них, либо их пересмотреть.

- *Продвинутые навыки отстаивания своих взглядов.* Участникам объясняется, что доказательством приверженности определенным взглядам служит победа в случае противодействия их осуществлению. Подростки учатся необходимым для этого навыкам.

- *Просмотр видеозаписей.* В группе просматриваются и обсуждаются сделанные ранее записи публичных выступлений ее участников в пользу просоциальных действий и отказа от девиантного поведения.

## **Программа для родителей и тренинг заинтересованности**

Программа включает привлечение родителей и домашние задания, предусматривающие обсуждение родителями с детьми тем, изучавшихся в классе. Программа для родителей связана с тренингом заинтересованности для учителей, укрепляющим их приверженность целям программы и побуждающим к более активному участию в ее реализации.

## **Методы**

Центральным ядром программы «All Stars» является интерактивный подход к обучению. Первоочередная ее цель — не распространение информации, а изменение психологических и социологических конструктов. Интерактивные методы — ключ к дости-

жению этой цели. Ведущий программу учитель редко предоставляет подросткам просто информацию. Напротив, он снова и снова спрашивает их мнение и не оценивает ответы как верные или неверные; высказывания школьников служат для оценки их установок и представлений.

Программа предоставляет учителю возможность воспользоваться обратной связью с учащимися для опровержения и исправления нежелательных взглядов. Успех обуславливают два фактора. Во-первых, вопросы и ситуации подготавливаются заранее и структурируются так, чтобы превосходство нормальных откликов проявилось благодаря их преобладанию. Во-вторых, ведущий неявным образом обеспечивает высказывание правильных мнений и их поддержку. Для этого от него требуется участие в дискуссии и умение должным образом реагировать на специфические возражения подростков, отличающихся девиантным поведением. Интерактивное обучение возлагает на учителя обязанности, которые не могут быть в полной мере описаны в руководстве к программе.

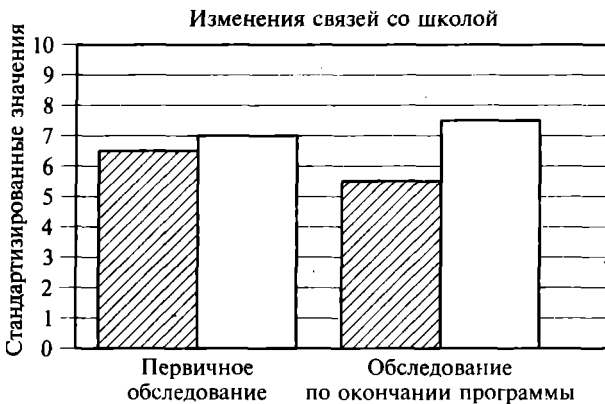
### **Эмпирические исследования**

Некоторые элементы программы «All Stars» были испытаны в контекстах, не предполагавших осуществления этой программы как таковой. Например, эффект изменения групповых норм и нормативных представлений изучался в рамках описанной выше программы AAPT (Donaldson et al., 1994; Hansen & Graham, 1991).

### **Пилотное исследование в Северной Каролине**

Пилотное исследование в соответствии с ранней версией (1.1) программы «All Stars» было проведено в Лексингтоне, Северная Каролина (Hansen, 1996). Его целью было определить, способна ли программа изменить четыре описанные выше медиатора. Случилось так, что в осеннем семестре VII класса четыре из восьми классов, работавших по программе «Здоровая жизнь» в избранной для вмешательства школе, участвовали в программе D.A.R.E.; оставшиеся четыре класса в весеннем семестре были привлечены к пилотному исследованию по версии 1.1. И те, и другие классы прошли обследование в январе, перед началом программы «All Stars», а также в мае, после ее завершения.

Школьники, участвовавшие в программах «All Stars» и D.A.R.E., при первичном обследовании имели равные показатели склонности к избеганию поведения, связанного с высоким риском (см. рис. 4.1). Между первым и вторым обследованиями такая приверженность у подростков, занимавшихся по программе D.A.R.E., начала разрушаться, в то время как у тех, кто занимался по про-



D.A.R.E.
  All Stars

Рис. 4.1. Результаты пилотного исследования в Северной Каролине

грамме «All Stars», она существенно окрепла. Поскольку с возрастом у подростков приверженность правильным взглядам ослабевает, полученные результаты говорят о потенциале программы «All Stars» повернуть эту тенденцию вспять. Коэффициент корреляции между участием в данной программе и приверженностью правильным взглядам к концу семестра составил 0,48. В обсуждавшихся выше терминах оценки успешности профилактики это указывает на значительный эффект; однако он может быть еще улучшен.

При первичном обследовании у участников обеих программ в равной степени проявилась связь со школой. При обследовании по окончании семестра у участников программы «All Stars» было выявлено укрепление такой связи, а у участников D.A.R.E. — ослабление. Коэффициент корреляции между наличием связи со школой и участием в программе «All Stars» составил 0,39.

При первичном обследовании и те, и другие школьники имели сходные представления о нормах в отношении поведения, связанного с высоким риском. При заключительном обследовании участники программы «All Stars» рассматривали такое поведение как менее распространенное и менее приемлемое. Школьники, обучающиеся по программе D.A.R.E., считали поведение, связанное с высоким риском, более распространенным и более одобряемым сверстниками. При заключительном обследовании коэффициент корреляции между участием в программе «All Stars» и правильными представлениями о принятых среди сверстников нормах составлял 0,33.

Наконец, подростки, участвовавшие в программе «All Stars», продолжали смотреть на предпочитаемый ими стиль жизни как на несовместимый с поведением, связанным с высоким риском. К моменту заключительного обследования участники программы D.A.R.E. начали рассматривать связанное с высоким риском поведение как соответствующее избранному ими стилю жизни. Коэффициент корреляции между участием в программе «All Stars» и более высокими идеалами составил 0,47.

Воздействие на каждый из этих факторов риска или защиты является предпосылкой успешной профилактики отклоняющегося поведения.

### **Кентуккийское рандомизированное полевое исследование**

Независимая проверка эффективности программы «All Stars» в отношении изменения поведения в настоящее время проводится на случайной выборке исследователями из университета Кентукки. Ее результаты еще полностью не опубликованы, однако доктора Н. Г. Харрингтон и Р. Хойл (Harrington, Hoyle) сообщили некото-

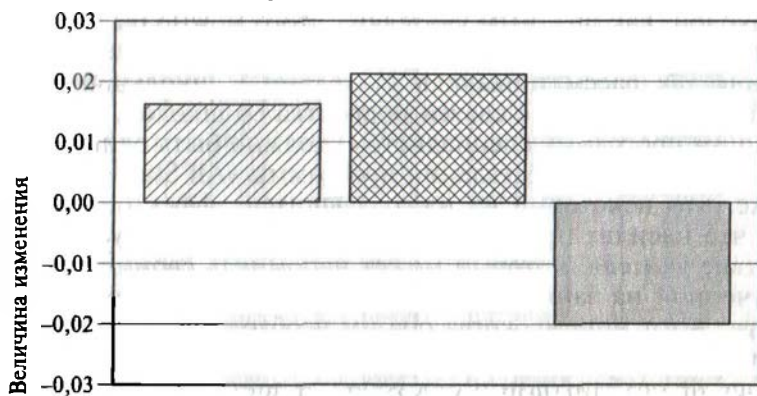
рые предварительные данные. При проведении исследования использовалась версия 1.4 программы «All Stars». Были сформированы две группы: в первой программу осуществляли сторонние специалисты, во второй — штатные преподаватели школ, включавшие ее в 30-минутные занятия-наставления.

Полученные к настоящему моменту результаты основываются только на различиях в данных предварительного и проведенного сразу по окончании программы обследований (рис. 4.2). Они говорят о том, что программа «All Stars» оказывает некоторое влияние на рассматриваемые аспекты поведения. В обеих группах отмечена отсрочка начала половой жизни. У обследованных школьников не обнаружено увеличения частоты сексуальных контактов. Данные о числе партнеров для обеих групп очень близки. Полученные результаты статистически значимы.

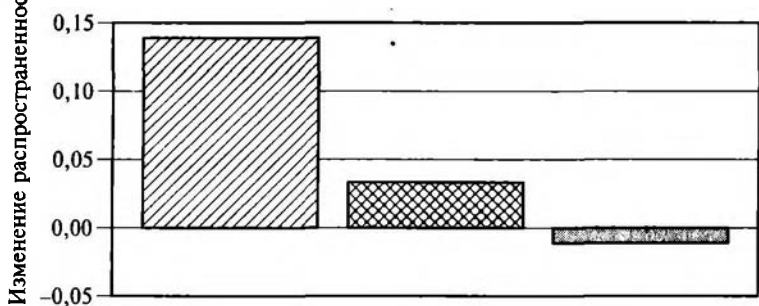
Сходные различия были выявлены в распространенности приема наркотиков. На рисунке 4.2 приведены объединенные данные употребления школьниками алкоголя, сигарет, бездымного табака, марихуаны и ингалянтов. У подростков из обеих групп вмешательства отмечен более низкий уровень приобщения к психоактивным веществам, чем у учащихся школ, составивших контрольную группу. Группа, где занятия проводились учителями, опередила по этому показателю ту, где занятиями руководили сторонние специалисты. В целом программа «All Stars», осуществлявшаяся под руководством учителей, привела к снижению приобщения к психоактивным веществам примерно вдвое, а под руководством специалистов — на треть. Проводившим программу «All Stars» учителям удалось также снизить частоту приема наркотиков (на рисунке это не показано). По сравнению с контрольной группой у школьников, с которыми занятия проводили специалисты, рост частоты приема наркотиков происходил гораздо медленнее, однако ее снижение произошло только в группе, где программу реализовывали учителя. Эти результаты обладают пограничной статистической достоверностью. Чтобы получить более статистически значимые данные, нужно иметь больше информации о случаях приобщения к приему наркотиков в контрольной группе.

Уровень насилия предварительного и проведенного по окончании программы обследований также сравнивался по данным. Только учителям удалось добиться его снижения. Подростки, с которыми занятия проводили сторонние специалисты, не отличались от сверстников из контрольной группы: и среди тех, и среди других отмечен рост насилия. Это обстоятельство подчеркивает необходимость поддержки проводимой специалистами профилактики специально подготовленными школьными учителями. Сходные результаты получены и применительно к связям со школой.

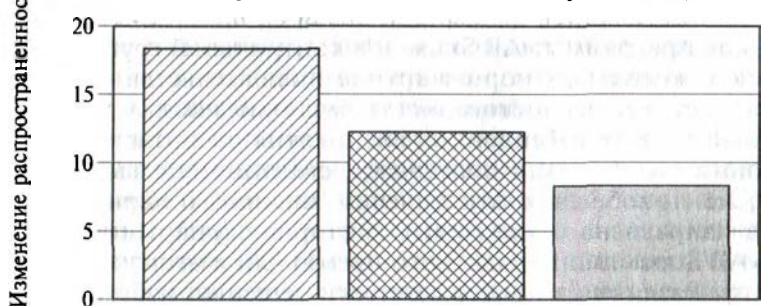
**Изменение уровня насилия  
от первичного исследования к повторному**



**Изменение распространенности приема нескольких наркотиков  
от первичного исследования к повторному**



**Изменение распространенности приема нескольких наркотиков  
от первичного исследования к повторному (в %)**






-  контрольная группа
-  группа, где программу проводили сторонние специалисты
-  группа, где программу проводили школьные учителя

Рис. 4.2. Результаты Кентуккийского исследования

При полевом исследовании специалистам не удалось добиться столь же хороших результатов в укреплении связей подростков со школой, как штатным учителям. Этого можно было ожидать, поскольку специалисты были посторонними лицами и зачастую именно так рассматривались учителями и школьной администрацией. Укрепление связей подростка со школой, а не с проводящим программу специалистом, должно быть одной из главных целей при осуществлении программы «All Stars». Возможно также, что некоторые из наблюдавшихся эффектов связаны с тем, что насилие происходит в специфических ситуациях; присутствие учителя, который может напомнить своим ученикам о полученной на занятиях по программе «All Stars» информации как раз в тот момент, когда она им необходима, скорее даст желаемый результат.

Еще не опубликованные результаты лонгитюдного исследования, по-видимому, показывают угасание эффекта программы со временем: при окончательном обследовании эффективности показатели в группах вмешательства и сравнения не различались. Результаты Кентуккийского полевого исследования побудили нас разработать программу поддержки, которая еще не прошла проверки практикой.

### **Пилотное исследование по месту жительства**

Версия программы «All Stars», предназначенная для использования по месту жительства подростков, использовалась в 8 округах Небраски и 10 округах Северной Каролины для оценки сравнительных результатов предварительного и выполненного сразу по окончании программы обследований. В последнем были выявлены некоторые различия в промежуточных переменных, значимо отличались показатели связи со школой в группе участников программы «All Stars» и в контрольной группе. Принятие положительных норм в группе вмешательства было выше, но статистическая достоверность различий носила лишь пограничный характер. Тенденция восприятия несоответствия желательного стиля жизни поведению, связанному с высоким риском, не приобрела статистически значимого характера, хотя была направлена в желательную сторону: участники программы «All Stars» лишь ненамного превзошли в этом контрольную группу. Различия в приверженности решению избегать поведения, связанного с высоким риском, были статистически достоверны: все занимавшиеся по программе «All Stars» сообщали о более высоком уровне такой приверженности, чем подростки из контрольной группы. Также статистически достоверны были различия в оценке родительского внимания; здесь наблюдалась та же тенденция: показатели подростков, принимавших учас-



Полученные при обследовании по окончании программы «All Stars» различия в ключевых переменных

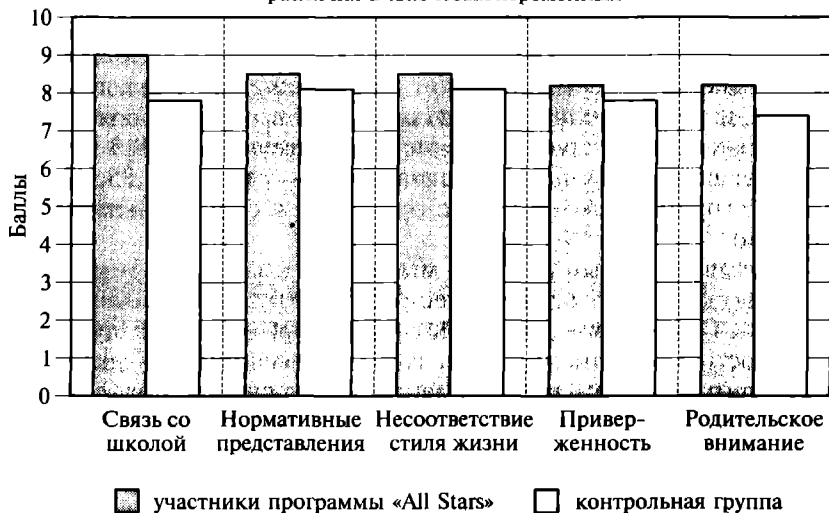


Рис. 4.3. Результаты программы «All Stars» по месту жительства

тие в программе «All Stars», были выше, чем в контрольной группе.

Результаты в целом свидетельствуют о том, что программа оказывает воздействие на избранные промежуточные переменные (рис. 4.3). Другими словами, программа представляет собой механизм, с помощью которого укреплялись связи и возникала привязанность между отдельными участниками и родительскими организациями, происходило формирование нормативных представлений, увеличивалось понимание того, что поведение, сопряженное с высоким риском, не совместимо с желательным стилем жизни, и укреплялась решимость отказаться от такого поведения. Для выборки, обследованной в Небраске, изменения во взглядах на несовместимость отклоняющегося поведения с избранным стилем жизни и приверженность правильным взглядам были более выраженными, чем для подростков из Северной Каролины. Главный результат исследования заключается в том, что программа «All Stars» обладает потенциалом для выявления и изменения в нужную сторону тех медиаторов, которые важны для отсрочки приобщения к наркотикам, и, возможно, для снижения распространенности других видов девиантного поведения.

Нами также была исследована добросовестность исполнения программы и связь этого показателя с результатами. Полученные данные свидетельствуют о том, что в изменениях промежуточ-

ных переменных от предварительного обследования к обследованию по окончании программы для разных групп испытуемых имелись существенные различия. Например, в 11 группах из 18 показатель связи со школой в среднем увеличился на 0,75 балла или больше, в то время как в четырех группах он оказался даже ниже, чем до вмешательства. Изменения в нормативных представлениях также в среднем были положительными. В 9 группах результат повысился на 0,75 балла, а в 2 — даже на 1,75, но при этом в 5 группах изменений не отмечено, а еще в 7 — почти не отмечено.

Получив подобный паттерн, мы рассчитывали обнаружить модераторы, которые могли бы нести ответственность за подобные различия. С этой целью мы вычислили корреляцию между добросовестностью выполнения программы и суммарным индексом исходов, учитывающим все переменные. Полученное значение коэффициента корреляции оказалось маргинально значимым ( $r=0,35$ ). Размер группы не был связан с общими различиями между предварительным обследованием и обследованием по завершении программы ( $r=-0,10$ ). Лишь весьма скромные, статистически незначимые зависимости были выявлены между размером группы и изменениями во взглядах на несовместимость желательного стиля жизни с отклоняющимся поведением ( $r=-0,27$ ) и приверженностью правильным взглядам ( $r=-0,24$ ). Эти цифры говорят о том, что в больших группах индивидуально ориентированным переменным уделяется меньше внимания, что и приводит к меньшим различиям в данных предварительного обследования и обследования по завершении программы. Самым сильным предиктором общего успеха ( $r=0,50$ ) был процент представителей меньшинств (не белых подростков) в группе. Другими словами, включение в группу преимущественно представителей меньшинств приводило к получению более высоких показателей. Эта тенденция наиболее сильно проявлялась в зависимости между процентом представителей меньшинств и изменениями нормативных представлений ( $r=0,48$ ), а также пониманием несоответствия желательного стиля жизни и девиантного поведения ( $r=0,50$ ). В целом преобладание в группе в основном представителей этнических меньшинств не оказалось связанным с добросовестностью выполнения программы ( $r=-0,18$ ).

Мы свели совместный вклад обоих факторов — добросовестности и этнической принадлежности — в суммарный показатель полученных в результате программы промежуточных переменных: он составил 44,9% всех вариаций. В окончательной модели для фактора добросовестности стандартизованная бета составила 0,45, для процента представителей этнических меньшинств — 0,58. Эти данные говорят о том, что оба фактора как модераторы внесли независимый вклад в успех программы и что в целом во время ее

осуществления действовало несколько потенциально важных модераторов. Добросовестность имела предсказательную ценность в отношении исходов. По нашему мнению, понимание концепции программы, следование ее дизайну, мотивация в том, чтобы помочь участникам улучшить свои представления о социальных нормах, понимание несовместимости желательного стиля жизни с отклоняющимся поведением, приверженность правильным взглядам и связь со школой — факторы, весьма значимые для достижения успеха.

## **Вопросы, связанные с использованием адекватных подходов для достижения цели**

При разработке программы «All Stars» мы отказались от традиционной системы контроля качества. Обычно он понимается как следование принципу «Не отступать от плана урока». Существуют учебные курсы, навязывающие учителю определенный сценарий. В таких случаях качество оценивается по соответствию действий учителя предписанному регламенту, и цель видится в том, чтобы в точности довести до учеников содержание урока, исключив всякие побочные элементы. Такой подход является отражением взгляда на преподавание как на передачу только того, что написано в учебнике.

Мы исходим из другого определения качественного обучения: необходимо изменять жизнь учащихся. Вместо оценки труда учителя по числу правильно изложенных элементов курса мы основное внимание сосредоточили на том, в какой степени его действия успешны в смысле производимых в школьниках перемен в нужном направлении.

Каждое занятие строится таким образом, чтобы выполнять определенный набор задач. Его план определяет шаги, которые в случае выполнения приведут к желаемой цели. Разработанные нами уроки изначально были ориентированы на изменение жизни школьников, поэтому менять их пришлось незначительно. Организация и структура программы могут выдерживаться в строгом соответствии с пошаговым планом, однако всегда возникает необходимость в модификации и адаптации. Целью является обучение школьника, а не проведение урока. Цель же программы «All Stars» состоит в изменении четырех характеристик, защищающих подростков от поведения, связанного с высоким риском (идеалы, усвоение общепринятых норм, сильная личная приверженность правильным взглядам, связь с просоциальными учреждениями). Урок — это лишь средство ее достижения.

Учебный курс не должен представлять собой определенный сценарий. Мы целенаправленно избегаем этого. Слова должны при-

надлежать самому учителю, и требуется простор для вариантов и интерпретаций. И те, и другие совершенно необходимы для того, чтобы программа годилась для разных групп школьников с их различными культурным наследием, социально-экономическим положением, религиозными взглядами, исходным поведенческим статусом, темпераментом и уровнем интеллекта. Контроль качества заключается в проверке выполнения плана урока, когда на уроке *достигаются цели программы*. Если по каким-либо причинам цели не достигаются, урок необходимо модифицировать.

Чтобы такая модификация была успешной, инструктор должен отчетливо понимать цели программы и владеть тактикой их достижения. Ничто так не снижает качество, как подмена целей. Сформулированные программой цели основываются на данных эмпирических исследований, и выбор иных приоритетов может только снизить ее эффект.

Даже если поставленные цели правильны, но практические действия не обладают потенциалом для их достижения, программе ждет неудача. От учителей, участвующих в «All Stars», ожидается, что они сумеют внести изменения, когда это оправданно. Подобные отклонения должны основываться на глубоком понимании лежащих в основе программы принципов. Учитель может прибегать к подобным действиям только в том случае, когда альтернативный подход явно предпочтителен для достижения целей программы.

Во многих случаях от учителя требуется изобретательность. Например, во время дебатов или сократических дискуссий приходится находить ответы и генерировать вопросы спонтанно. Контроль качества предполагает, что учитель способен предвидеть развитие ситуации и руководить дискуссией в нужном направлении. Все это требует от него умения понимать и правильно интерпретировать вербальные и невербальные отклики учеников применительно к целям программы. Подобное понимание предусматривает свободу действий — учитель благодаря уместной изобретательности обеспечивает качество выполнения программы.

## **Направления будущих исследований**

Полученные к настоящему моменту результаты исследований по программе «All Stars» говорят о том, что осуществляемый подход является весьма многообещающим. Дизайн нашей профилактической программы отличается от других, пользовавшихся до недавнего времени популярностью. Создатели любого профилактического инструмента всегда хотят, чтобы он работал; в этом отношении мы не отличаемся от других. Впрочем, наш подход не

**обязательно** окажется первым, который приведет к успеху. Полученные данные не подвергаются повторному анализу, пока не будет достигнут положительный результат. Нашей целью скорее является понимание того, какие методы работают и как заставить вмешательство осуществить то, для чего оно разрабатывалось. Мы стремимся найти методы воздействия, учитывающие все, что известно о факторах, задерживающих приобщение к наркотикам, которые способны повлиять на этот процесс. Поэтому мы отдаем себе отчет в том, что для создания надежной и эффективной профилактической программы предстоит сделать еще очень многое. В ближайшем будущем предполагается решить несколько специальных задач.

### **Подготовка учителей**

Не подлежит сомнению, что ключ к успеху программы лежит в подготовке осуществляющего ее персонала — учителей, способных выполнять свои функции с высокой точностью. В настоящее время мы совершенствуем 30-часовой обучающий курс для учителей, в котором основное внимание будет уделено развитию концепции программы. Такие темы, как задание норм, формирование убеждений, укрепление приверженности правильным взглядам, создание просоциальных связей недостаточно рассматриваются в учебных курсах университетов, готовящих будущих преподавателей. Чем больше необходимых навыков с помощью нашего тренинга получают учителя, тем лучше окажутся они подготовлены и к самостоятельному участию в профилактической программе, и к поддержке тех, кто ее проводит.

Мы также обнаружили, что учителя начинают глубже понимать проблему по мере приобретения опыта участия в профилактических мероприятиях. Все оценки эффективности программы до сих пор были направлены на анализ успехов учителей, впервые привлеченных к участию в программе «All Stars»; можно ожидать, что более подготовленные преподаватели добьются большего эффекта. Наш опыт показывает, что для выработки у учителей соответствующих навыков требуется систематическое продолжение их обучения и техническая поддержка. В настоящее время не существует механизмов и процедур, с помощью которых можно было бы это осуществлять.

### **Развитие программы**

Одноразового вмешательства не может быть достаточно для профилактики отклоняющегося поведения, весьма чувствительного к социальному контексту и факторам психосоциального развития. Существует необходимость не только в поддерживающих програм-

мах, но и в создании разнообразных форм длительной поддержки результатов вмешательства. Нами разрабатываются два таких подхода: «All Stars» для младших школьников и «All Stars» для старшеклассников. Мы не ставим себе цели дублировать или объединять используемые в них методы; эти варианты программы должны заложить фундамент того, что мы считаем самым главным: изменения медиаторов, вносящих свой вклад в наркотизацию и другие виды отклоняющегося поведения на протяжении всего периода развития подростка (с 9 до 19 лет). В настоящее время осуществляются их пилотные проекты.

## **Заключение**

Программа «All Stars» представляет собой итог более чем 20-летних исследований. Ее центральная идея — выявление и воздействие на промежуточные переменные, ответственные за приобщение к приему наркотиков и другие виды поведения, связанные с высоким риском, — основывается на многочисленных опубликованных научных данных. Более того, есть веские свидетельства в пользу того, что несколько переменных — нормативные представления, намерения (приверженность определенным взглядам), связь с просоциальными организациями, родительское внимание, несовместимость желательного стиля жизни с отклоняющимся поведением — должны рассматриваться как многообещающие медиаторы. Цель программы «All Stars» — предоставить практикам современный инструмент, который при правильном применении даст возможность снизить употребление подростками наркотиков и в краткосрочной, и в отдаленной перспективе.

## Вмешательство по месту жительства

*Бренна Х. Брай, Николь М. Аттауэй*

### **Теоретические предпосылки и логические обоснования**

Употребление подростками алкоголя и других психоактивных веществ в последние 25 лет в Соединенных Штатах остается весьма распространенным (Johnston, O'Malley & Bachman, 1996). Учитывая, что подростковая наркомания приводит к некоторым специфическим отрицательным последствиям, вовлеченность подростков в прием психоактивных веществ по-прежнему глубоко тревожит родителей, учителей, медицинских работников и лиц, ответственных за политику в области здравоохранения и образования. Возрастное развитие многих подростков еще не привело к освоению важных и не вредящих здоровью способов преодоления стресса, что часто становится причиной употребления алкоголя и/или наркотиков с целью избегания или уменьшения стрессового состояния. Раннее приобщение к неправильным способам его снятия может помешать употребляющим психоактивные вещества подросткам, взрослея, научиться более правильному поведению.

Раннее начало приема психоактивных веществ также связано с такими угрозами здоровью, как несчастные случаи при управлении автомобилем в нетрезвом состоянии, незащищенный секс и его отрицательные последствия, алкогольная и/или наркотическая зависимость. Наконец, нарушение культурных норм, запрещающих подросткам употребление алкоголя и других психоактивных веществ, усугубляет связанные с подростковой наркоманией социальные проблемы (Hawkins, Catalano & Miller, 1992).

Начиная с 1970-х гг. проводились многочисленные исследования по выявлению факторов риска и предвестников подростковой вовлеченности в прием и злоупотребление наркотиками, целью которых являлось установление возможной этиологической

природы этих проблем (Bry, 1983; Bry, McKeon & Pandina, 1982; Hawkins, Catalano & Miller, 1992; Newcomb, Maddahian & Bentler, 1986). Чем лучше было бы понимание причин возникновения подросткового алкоголизма и наркомании, тем легче было бы на них воздействовать с целью предотвращения или изменения нежелательного поведения подростков. Несмотря на то, что были выявлены многочисленные факторы риска и предвестники приобщения к психоактивным веществам, этиологические процессы по-прежнему остаются неизвестными (Hawkins, Catalano & Miller, 1992).

Две основные трудности, возникающие при создании профилактических программ по месту жительства, заключаются в том, что (а) формы поведения, являющиеся целью воздействия (т.е. употребление алкоголя или наркотиков), еще не возникли; (б) отсутствуют ясные представления о связанных с этим этиологических процессах. Б.Х. Брай разработала стратегию преодоления этих трудностей, известную как подход, основанный на борьбе с факторами риска, который был использован при проведении нескольких профилактических программ (Bry, Dishion & Andrews, 1995; Narachi et al., 1996; Spoth et al., 1996). Этот подход предполагает получение эмпирической информации в отношении факторов риска, связанных с употреблением подростками алкоголя и наркотиков, и основанное на этой информации снижение факторов риска с целью непрямого изменения или предотвращения проявлений, связанного с наркотизацией поведения. Предложенный Б.Х.Брай подход базируется на когнитивно-поведенческой теории, согласно которой нежелательные поведенческие проявления могут быть снижены благодаря поощрению несовместимого с ними поведения (Bry, 1983).

Б.Х. Брай и ее коллеги, используя подход, основанный на борьбе с факторами риска, предложили двухуровневый дизайн вторичной профилактики среди подростков и в их семьях. Первый уровень известен как программа раннего вторичного вмешательства — ESIP (Early Secondary Intervention Program), второй — как направленное на семью вмешательство — TFI (Targeted Family Intervention) (Bry et al., 1989). ESIP в основном ориентирована на школы, в то время как TFI объединяет вмешательство в школе и по месту жительства. Эти программы адресованы подросткам, которым уже свойственно проблемное поведение, имеющее высокую корреляцию с позднейшим употреблением алкоголя и наркотиков.

На начальном этапе, в конце 1970-х гг., осуществляемые под руководством Б.Х. Брай программы особое внимание уделяли двум факторам риска — школьной неуспеваемости и поведенческим проблемам. Помимо того, что эти факторы сами по себе являются поводами для озабоченности, они способствуют возникновению проблем, связанных с приобщением подростков к употреблению алкоголя и наркотиков (Bry, 1996). Первые профилактические ис-



следовании представляли собой вмешательство на базе школы с незначительным привлечением родителей (Bien & Bry, 1980; Bry, 1982; Bry & George, 1979; 1980). Такие методы вмешательства были разработаны еще во времена, когда не существовало специфических теоретических моделей или схем, которые можно было бы использовать напрямую для создания программ вторичной профилактики. Более того, отсутствовали методы определения того, какая стратегия приводит к наибольшему успеху вмешательства или профилактических мер.

## **Описание вмешательства и эмпирические исследования**

### **Школьная программа профилактики среди подростков с привлечением родителей**

Несмотря на трудности усовершенствования программы и изменения результатов, Б. Х. Брай продолжала развивать ESIP — многокомпонентную, базирующуюся на школе, программу когнитивно-поведенческой групповой терапии. Она включала три компонента. Первый из них заключался в ежедневных беседах учителя с каждым учеником. Во время этих бесед обсуждались три типа вопросов: 1) академические проблемы или трудности, нуждающиеся в исправлении; 2) ожидания учителя и его оценки; 3) позитивные поведенческие проявления, такие как выполнение домашних заданий и подготовка к занятиям в классе (Stanley, Goldstein & Bry, 1976).

Вторым компонентом являлись встречи группы, состоявшей из небольшого числа учащихся, с взрослым терапевтом; при таких встречах осуществлялась когнитивно-поведенческая терапия. Руководитель обсуждал с подростками любые академические или дисциплинарные проблемы, которые у них возникали, а также формы поведения, которые позволили бы улучшить успеваемость, уменьшить неприятности или избежать их. Положительные достижения в учебе и поведении поощрялись похвалами или начислением баллов, дававших право на премию, которой в большинстве случаев оказывалась поездка в конце семестра.

Третий компонент касался привлечения родителей: с ними устанавливались регулярные контакты с целью информирования о ходе вмешательства, об успехах их детей и об эффективных стратегиях подкрепления желательного поведения.

Вмешательство на базе школы строилось на основе когнитивно-поведенческой теории, рекомендующей в первую очередь социальное подкрепление позитивных изменений в учебе и поведении.

Для оценки эффективности программы и выявления того, какие компоненты необходимы и/или достаточны, подростки слу-

чайным образом были разбиты на три группы вмешательства и контрольную группу, где вмешательство не проводилось (Bien & Vry, 1980). В первой группе вмешательства реализовывался только первый компонент программы — беседы с учителем. Во второй группе использовались два компонента — беседы с учителем и когнитивно-поведенческая групповая терапия. В третьей группе вмешательства использовались все три компонента — беседы с учителем, когнитивно-поведенческая терапия и привлечение родителей. Результаты, полученные в группах вмешательства, сравнивались с таковыми для контрольной группы (табл. 5.1). Кроме того, в одном из исследований к двухгодичной многокомпонентной программе были добавлены проводившиеся в течение года поддерживающие занятия.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что все три компонента необходимы для положительных сдвигов в академической успеваемости и посещаемости школы. Статистически значимые различия между группами вмешательства и сравнения не появлялись до второго года обучения. Через два года различия между ними сказались в предотвращении дальнейшего ухудшения успеваемости и поведения. Другими словами, учащиеся из экспериментальных групп не улучшили свои показатели по сравнению с периодом до вмешательства, но у них не произошло и продолжающегося их снижения, как это наблюдалось в контрольной группе.

Публикации об этих исследованиях оказались в числе первых, говорящих о том, что выявление учащихся с факторами риска и воздействие на них может быть эффективным в отношении предотвращения поведенческих проблем в будущем.

В процессе работы Б.Х.Брай предприняла поиски способов увеличения длительности достигнутого скромного, но положительного эффекта, а также распространения его на другие популяции и виды поведения. С этой целью в программу были включены поддерживающие занятия. В первых сериях исследований они проводились дважды в месяц в течение года и имели форму групповых встреч или памяток, отправляемых по почте. Такие поддерживающие меры рассматривались как краткие напоминания, укрепляющие положительные сдвиги в поведении подростков. Результаты отсроченного исследования, проведенного через 5 лет, показали, что многокомпонентная программа, включающая поддерживающие занятия, значительно уменьшила показатели преступности и уровня безработицы среди ее участников. Более того, к концу 3-летнего периода значительно снизилось также употребление некоторых наркотиков (например, галлюциногенов, стимуляторов, клея, транквилизаторов, барбитуратов).

Выше уже упоминалось, что статистически значимые различия между экспериментальными и контрольной группами до второго года вмешательства выявлены не были. Это привело к пред-

Таблица 5.1. Школьная программа профилактики среди подростков с привлечением родителей

Автор, дата	Испытуемые	Дизайн исследования	Использованные компоненты вмешательства	Показатели
1. Н. З. Биен, Б. Х. Брай, 1980	40 учеников VII классов городских школ, отобранных школьной администрацией в связи с наличием академических и поведенческих проблем; состав группы: 60 % черных подростков, 40 % белых; 65 % мальчиков, 35 % девочек	Изучение трех компонентов программы в четырех группах, образованных случайным образом из избранной популяции: контрольной и трех экспериментальных с различной интенсивностью вмешательства	Проводимая в школе многокомпонентная когнитивно-поведенческая групповая терапия: <ul style="list-style-type: none"> <li>• еженедельные беседы с учителем (I);</li> <li>• I + проводимые раз в две недели встречи группы для когнитивно-поведенческой терапии (I + II);</li> <li>• I + II + контакты с родителями на протяжении учебного года (I + II + III)</li> </ul>	– Оценки по 4 основным предметам; – посещаемость занятий и расторопность; – количество дисциплинарных взысканий; – частота наблюдаемых в классе видов поведения
2. Б. Х. Брай, Ф. Э. Георг, 1979	38 учеников VII классов двух городских школ, отобранных школьной администрацией в связи с наличием академических и поведенческих проблем; состав группы: 20 % черных подростков, 80% белых; 65% мальчиков, 35% девочек	Случайное распределение членов пар, до вмешательства соответствующих друг другу по классу, учителям, посещаемости и успеваемости	Проводимая в школе многокомпонентная когнитивно-поведенческая групповая терапия: <ul style="list-style-type: none"> <li>• проводимые раз в 2 недели встречи группы для когнитивно-поведенческой терапии;</li> <li>• еженедельные беседы с учителем;</li> <li>• ежемесячные контакты с родителями на протяжении 2 учебных лет</li> </ul>	– Оценки по 5 основным предметам; – посещаемость занятий и опоздания; – количество дисциплинарных взысканий; – достижение поставленных целей

Автор, дата	Испытуемые	Дизайн исследования	Использованные компоненты вмешательства	Показатели
3. Б. Х. Брай, Ф. Э. Георг, 1980	30 учеников VII классов двух городских школ, отобранных школьной администрацией в связи с наличием академических и поведенческих проблем; состав: 68 % черных подростков, 32 % белых; 60 % мальчиков, 40% девочек	Случайное распределение членов пар, до вмешательства соответствовавших друг другу по классу, учителям, посещаемости и успеваемости	Проводимая в школе многокомпонентная когнитивно-поведенческая групповая терапия: • проводимые раз в 2 недели встречи группы для когнитивно-поведенческой терапии; • еженедельные беседы с учителем; • ежемесячные контакты с родителями на протяжении 2 учебных лет	– Оценки по 4 основным предметам; – посещаемость занятий и расторопность; – количество дисциплинарных взысканий
4. Б. Х. Брай, 1982	60 бывших участников двух предыдущих исследований; состав: 32 жителя пригорода, 28 жителей города; 33 % — черных подростков, 66 % белых; 66 % представителей мужского пола, 33 % женского пола	Отсроченное исследование через год и через 5 лет после начала вмешательства со случайным образом отобранными участниками экспериментальных и контрольной групп	Проводимая в течение двух учебных лет в школе многокомпонентная когнитивно-поведенческая групповая терапия плюс поддерживающие занятия в течение года	– Оценки успеваемости и дисциплины за год; – опрос по поводу трудоустройства и употребления психоактивных веществ через полтора года; – количество условных осуждений за 5 лет после вмешательства
<b>Анализ данных</b>		<b>Результаты</b>		<b>Выводы</b>
1. Двухфакторный ANOVA с рандомизированными блоками (факторами яв-		• Интенсивность вмешательства значимо влияла на оценки и проявления нежелательного поведения в группах, занимав-		Для воздействия необходимо сочетание вида I + II + III; другие варианты не дают различий с контрольной группой

<p>лялись время проведения занятий и интенсивность вмешательства) по пяти показателям изменения шкал и запланированным сравнениям</p>	<p>шихся утром, в отличие от групп, занимавшихся во второй половине дня</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Оценки заметно улучшились по сравнению с контрольной группой только в группах, где вмешательство имело вид (I + II + III)</li> </ul>	
<p>2. Попарное сравнение групп по зависимым переменным с использованием <i>t</i>-тестов (две школы, после одного и после двух лет вмешательства)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В школе А отмечено существенное улучшение оценок и меньшее число прогулов после года вмешательства</li> <li>• В школе Б наблюдалось снижение темпа ухудшения ситуации после 2 лет вмешательства</li> </ul>	<p>1. Для появления положительных результатов в одной школе потребовалось 2 года; таким образом, длительность вмешательства играет роль в выявлении положительных результатов</p> <p>2. Воздействие вмешательства проявилось в отсутствии ухудшения школьных показателей, что имело место при отсутствии вмешательства</p>
<p>3. Критерий Вилкоксона по спаренным наблюдениям «контроль — опыт» для изменений показателей шкал за первый и за второй год</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отмечены значимые различия в успеваемости и дисциплине между экспериментальной и контрольной группами после 2 лет вмешательства</li> </ul>	<p>Потребовалось осуществлять вмешательство в течение 2 лет для того, чтобы достичь предотвращения дальнейшего ухудшения успеваемости и дисциплины</p>
<p>4. <math>\chi^2</math>-анализ спаренных наблюдений для изменений шкал</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• По данным отсроченного исследования через год в группе вмешательства меньшее число испытуемых имели серьезные школьные проблемы, трудности с трудоустройством, принимали несколько наркотиков и совершили преступления</li> <li>• По истечении 5 лет имели судимость меньшее число испытуемых из групп вмешательства, чем из контрольной группы</li> </ul>	<p>1. Эффект влияния вмешательства на школьные показатели, трудоустройство, употребление наркотиков и преступность сохранялся по крайней мере в течение года</p> <p>2. Профилактическое воздействие в отношении правонарушений длилось по крайней мере 5 лет</p>

положению, что длительность вмешательства может оказаться важной переменной, определяющей исход. Ответственными за это могут быть несколько параметров, в том числе стадия развития школьников. Вмешательство началось, когда они учились в VII классе, а закончилось к концу VIII класса. В этот период происходят многие важные перемены, включая наступление пубертата. Растущая зрелость, возможно, способствует тому, что учащиеся оказываются способными лучше применять на практике принципы, положенные в основу вмешательства. Отсюда следует, что продолжительность вмешательства (например, два года) может играть менее важную роль, чем приурочивание его к определенному возрастному периоду (например, к VIII классу).

Со временем вмешательство может быть связан и такой дополнительный показатель, как длительность достигнутого эффекта. В настоящее время долговременные результаты вмешательства неизвестны, и вопрос о том, как долго и как часто должны осуществляться поддерживающие меры, остается открытым. Более того, хотя в отношении двух факторов риска (школьной неуспеваемости и поведенческих проблем) были достигнуты положительные исходы, долговременное воздействие на такие представляющие основную цель вмешательства виды поведения, как употребление алкоголя и наркотиков, предстоит еще изучить. Кроме того, поскольку различия были выявлены только между группами, а не между отдельными участниками, возникают вопросы, связанные с характером проведения и интенсивностью вмешательства. Показатели школьников, участвовавших в программе, со временем не улучшились, хотя и не претерпели ухудшения. Осталось также неясным, какой из компонентов оказался наиболее эффективным и как взаимодействие компонентов может меняться для различных популяций. Б.Х. Брай изучала некоторые из этих вопросов при проведении вмешательства на базе медицинских учреждений.

### **Семейная терапия на базе медицинских учреждений с привлечением школы**

Следующая серия вмешательств (см. табл. 5.2) была предназначена для учащихся, которые по инициативе их родственников обращались за медицинскими консультациями в связи с академическими и поведенческими проблемами и употреблением наркотиков (Bry, Conboy & Bisgay, 1986; Bry & Krinsley, 1992). Эти исследования изучали эффективность вмешательства с большим упором на раннее привлечение родителей и меньшим вниманием к школьному компоненту (TFI: Bry et al., 1989). В них участвовало лишь небольшое число школьников и их родителей, но подробно изучалось воздействие привлечения родителей и семьи с использованием дизайна, основанного на изучении единичных случаев

Таблица 5.2. Семейная терапия на базе медицинских учреждений с привлечением школы

Автор, дата	Испытуемые	Дизайн исследования	Использованные методы	Показатели
5. Б. Х. Брай, К. Конбой, К. Бисгэй, 1986	Трое подростков 15—16 лет (все белые, представители среднего класса), характеризующиеся родителями как неуспевающие в школе, употребляющие наркотики, конфликтные в семье, были направлены в медицинское учреждение	Изучение единичных случаев с учетом множественных начальных данных	Когнитивно-поведенческая семейная терапия (раз в неделю или в 2 недели) в течение 4 месяцев	Школьные оценки. Интервью для оценки ежедневного приема наркотиков в прошлом, во время вмешательства и после его окончания (через 1, 2, 3, 6, 9 и 15 месяцев) Основания для употребления наркотиков и отказа от него Восприятие школьных происшествий Потребление сигарет и алкоголя как контрольные виды поведения, не подвергавшиеся вмешательству
6. Б. Х. Брай, К. Э. Кридли, 1992	Четверо подростков 14—16 лет (три мальчика и одна девочка, белые; принадлежащие к среднему классу). Направлены в медицинское учреждение или рекомендовано вмешательство на базе школы	Изучение единичных случаев с учетом множественных начальных данных	Когнитивно-поведенческая семейная терапия на протяжении 5—8 месяцев плюс поддерживающие занятия через 1, 3 и 6 месяцев после окончания лечения	Средние школьные оценки Интервью для определения ежедневного потребления алкоголя и наркотиков в прошлом и в настоящем

Анализ данных	Результаты	Выводы
<p>5. Сравнение графов текущего поведения до, во время и после вмешательства</p> <p>Контрастирующие изменения подвергавшихся и не подвергавшихся вмешательству видов поведения</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Школьные оценки и данные о приеме наркотиков показывают улучшение до окончания отсроченного исследования по сравнению с уровнем, констатируемым до вмешательства</li> <li>• Виды поведения, на которые не распространялось вмешательство, остались относительно неизменными</li> <li>• Во время наблюдения проблемное поведение иногда проявлялось, затем исправлялось</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Навыки разрешения семейных проблем вышли за рамки тренинга и привели к снижению потребления наркотиков и повышению школьной успеваемости</li> <li>2. Отсроченные результаты проявились у всех трех подростков в отношении четырех из шести видов проблемного поведения</li> <li>3. Проблемные виды поведения временно возникали снова после окончания лечения</li> </ol>
<p>6. Сравнение исходных данных с графами текущих показателей во время и после вмешательства</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• К концу вмешательства число дней употребления наркотиков и алкоголя уменьшилось</li> <li>• У одного из подростков, лишенного поддерживающих занятий, к концу периода наблюдения их употребление увеличилось</li> <li>• У трех подростков, имевших поддерживающие занятия, потребление в целом (при временных увеличениях) снизилось до более низкого, чем исходный, уровня на период поддерживающих занятий и при последующем наблюдении</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Академическая успеваемость улучшилась, а злоупотребление алкоголем и наркотиками снизилось в период последующего наблюдения при условии посещения поддерживающих занятий</li> </ol>



с учетом множественных начальных данных. В основу исследований были положены когнитивно-поведенческие принципы, а также литературные данные, свидетельствующие о том, что подростки, отличающиеся проблемным поведением, в частности злоупотребляющие психоактивными веществами, часто принадлежат к семьям с плохими воспитательными традициями и высоким уровнем семейных конфликтов (Greene & Bry, 1991; Krinsley & Bry, 1991; Whittaker & Bry, 1991). В этих программах использовались те же оценки эффективности, что и при проводившемся ранее вмешательстве на базе школ, однако к ним добавлялись еще и текущие измерения употребления психоактивных веществ.

Терапия включала еженедельные беседы на протяжении 3—12 месяцев с поддерживающими занятиями после окончания лечения (они прекращались, когда семья переставала проявлять беспокойство в связи с проблемами подростка). Члены семьи проходили обучение (а) навыкам разрешения проблем, уменьшавшим упреки и семейные конфликты, и (б) созданию и поддержанию постоянного подкрепления позитивных перемен в поведении ребенка. В процессе семейной терапии обсуждалась регулярная обратная связь между школой и терапевтом, а поддерживающие встречи ставили своей целью распространение эффекта лечения на более широкий спектр ситуаций, чтобы достигнутые результаты не были потеряны после окончания терапии.

Любопытно отметить, что некоторые закономерности, выявленные при вмешательстве на базе школ, обнаружались и во время семейной терапии. При краткосрочном лечении не наблюдалось значительных улучшений по сравнению с изначальным уровнем; скорее наступало временное усиление проблемного поведения, за которым следовало улучшение. Этот отсроченный эффект возникал несмотря на тот факт, что подростки в группе семейной терапии были старше (в среднем около 14 лет), чем в школьных группах. Это наводит на мысль, что возраст участников имеет меньшее значение для отсроченного эффекта, чем длительность вмешательства и время последующего обследования. Более того, при семейной терапии были получены позитивные сдвиги в приеме наркотиков подростками во время наблюдения после лечения. Результаты исследований говорят также о том, что воздействие на семейные факторы риска может распространиться на употребление наркотиков и поведение в школе, и подчеркивают важность компонента родительского участия для разрешения проблем школьной успеваемости и наркотизации подростков.

Исследования с использованием семейной терапии частично касались вопросов о том, какие процессы в многокомпонентной программе играют наиболее важную роль. Поскольку основное внимание уделялось семейным аспектам, можно сделать вывод, что усиление компонента родительского участия может повысить

профилактический эффект программ по борьбе с подростковой алкоголизацией и наркотизацией. Тем не менее проявление ятрогенного воздействия вмешательства (начального отягчения проблемного поведения) заставляет задуматься о том, какие компоненты вмешательства требуются для получения позитивного результата. Кроме того, поскольку воздействие семейной терапии распространялось на наркотизацию подростков, возникает вопрос о том, какие терапевтические процедуры могут в наибольшей степени способствовать такому результату. Для ответа на эти вопросы Б. Х. Брай и коллеги провели два исследования, посвященных изучению роли терапевта в успешности семейной терапии.

### **Экспериментальное изучение терапевтического процесса**

В исследованиях, направленных на изучении единичных случаев (Sternberg & Bry, 1994; Melidonis & Bry, 1995), особое внимание уделялось двум стратегиям, которые могли быть использованы для улучшения разрешения семейных проблем: 1) подкрепление решений, предлагаемых членами семьи для разрешения проблемы; 2) рассмотрение вопросов об исключениях из правил при обсуждении семей случаев негативного поведения подростка (например, терапевт просит членов семьи привести примеры его позитивного поведения).

Обе применявшиеся стратегии (см. табл. 5.3) приводили к увеличению числа предлагавшихся членами семьи решений и/или уменьшению количества упреков. Впрочем, эти положительные семейные контакты исчезали, как только терапевт переставал использовать экспериментальные стратегии. Таким образом, проблема распространения позитивного семейного поведения за пределы общения с терапевтом — сохранение эффекта после прекращения лечения — остается острой. Возможно, повторное применение тех же стратегий во время поддерживающих занятий после окончания вмешательства могло бы воспрепятствовать угасанию позитивных семейных навыков разрешения проблем, которое сказывается на школьной успеваемости и наркотизации подростков.

### **Воздействие на подростков на базе школы и семьи**

Исследования, проведенные под руководством Б. Х. Брай, продемонстрировали, что как вмешательство на базе школы, так и семейная терапия на базе медицинских учреждений могут быть эффективны в отношении снижения употребления психоактивных веществ и связанных с ним поведенческих проблем среди подростков. Следующим логичным шагом оказалось вмешатель-

Таблица 5.3. Экспериментальное изучение терапевтического процесса

Автор, дата	Испытуемые	Дизайн исследования	Использованные методы	Показатели
7. Дж. А. Стернберг, Б. Х. Брай, 1994	Три семьи, в которых имел место конфликт между родителями и детьми-подростками, по собственной инициативе обратившиеся в медицинское учреждение	Изучение единичных случаев с учетом множественных начальных данных при чередовании терапевтических приемов	10—12 сеансов когнитивно-поведенческой семейной терапии, во время которых терапевт поочередно то вербально подкреплял предложенные клиентом решения, то опровергал их	Число предложенных клиентом решений на каждом сеансе Данные еженедельно заполняемого опросника по конфликтному поведению дома
8. Г. Г. Мелидонис, Б. Х. Брай, 1995	Четыре этнически различные семьи, в которых у детей имелись школьные и поведенческие проблемы	Изучение единичных случаев с учетом множественных начальных данных при обратном чередовании терапевтических приемов	Два первых сеанса когнитивно-поведенческой семейной терапии, на которых терапевт поочередно задавал или не задавал вопросы об исключениях в поведении подростка	Число упреков, сделанных во время сеанса Число положительных высказываний, сделанных во время сеанса
<b>Анализ данных</b>		<b>Результаты</b>		<b>Выводы</b>
7. Критерий Фридмана двухфакторного ANOVA для среднего числа предложенных решений на одном сеансе для каждой из пяти групп. Критерий значимости для тенденций (направлений) еженедельных оценок семейной конфликтности		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Принадлежность к экспериментальной группе влияла на число предложенных решений на сеансах</li> <li>• В двух из трех семей имело место значимое снижение еженедельных конфликтов</li> </ul>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Подкрепление терапевтом предложенных на сеансах решений увеличивало число высказываемых членами семьи предложений по разрешению проблем</li> <li>2. Уровень конфликтности дома, отражаемый опросником по конфликтному поведению, для двух семей в процессе лечения снизился</li> </ol>

Анализ данных	Результаты	Выводы
<p>8. Критерий Фридмана двухфакторного ANOVA для числа упреков для разных групп. Критерий Фридмана двухфакторного ANOVA для числа положительных высказываний для разных групп</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Среднее число упреков в разных группах значительно различалось</li> <li>• Среднее число положительных высказываний в разных группах значительно различалось</li> </ul>	<p>Констатация исключений во время терапевтических сеансов уменьшала негативное общение и увеличивала позитивное в семьях, где у подростка имелись проблемы</p>

Таблица 5.4. Воздействие на подростков на базе школы и семьи

Автор, дата	Испытуемые	Дизайн исследования	Использованные методы	Показатели
<p>9. К. Э. Крингли, 1991</p>	<p>29 школьников 12—15 лет (64 % — мальчики, 36 % — девочки; 82 % — белые, 18 % — черные или латиноамериканцы) Названы школьной администрацией в связи с академическими и поведенческими проблемами Низкое социальное положение</p>	<p>Случайный выбор числа компонентов</p>	<p>Вмешательство на базе школы или объединение когнитивно-поведенческого вмешательства на базе школы и семьи на протяжении 2—5 месяцев плюс поддерживающие занятия</p>	<p>Поквартальные отчеты Отчеты о посещаемости Опросник по конфликтному поведению Интервью относительно потребления алкоголя и наркотиков в прошлом и в настоящем</p>
<p>10. А. С. Александер, 1997</p>	<p>40 школьников 12—15 лет (47,5% — мальчики, 52,5% — девочки; 92,5% — черные,</p>	<p>Сравнение групп, где проводилось</p>	<p>Когнитивно-поведенческое вмешательство на базе школы и семьи</p>	<p>Оценки Сведения о посещаемости и об отставании</p>

	5% — латиноамериканцы, 2,5% — американцы азиатского происхождения) Выходцы из малообеспеченных семей	и где не проводилось вмешатель- ство	в течение одного учеб- ного года	Отчеты о дисциплине Наличие серьезных проблем в школе
<b>Анализ данных</b>	<b>Результаты</b>		<b>Выводы</b>	
9. ANOVA повторных измерений, определение коэффициентов U Манна—Уитни и $\chi^2$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Значимые различия в употреблении алкоголя и наркотиков между группами в течение 15 месяцев последующих наблюдений</li> <li>• Значимые различия в оценках между группами в течение 15 месяцев последующих наблюдений</li> <li>• Ни один из школьников из экспериментальной группы не приобщился к приему алкоголя и наркотиков или не увеличил их потребление в период вмешательства</li> </ul>		1. Объединенное вмешательство на базе школы и в семье может уменьшить школьную неуспеваемость и опасность раннего приобщения к алкоголю и наркотикам	
10. Сравнение коэффициентов $\chi^2$ и $t$ -зависимых переменных для экспериментальной и контрольной групп	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Значимое различие в количестве серьезных школьных проблем в группе, где осуществлялось объединенное вмешательство, по сравнению с группой, где вмешательство отсутствовало</li> </ul>		1. Объединенное когнитивно-поведенческое вмешательство на базе школы и в семье уменьшило число серьезных школьных проблем среди учеников средней школы — представителей этнических меньшинств	

ство, объединяющее воздействие на подростков на базе школы и семьи с целью усиления достигаемого эффекта.

Эффективность такого подхода с применением когнитивно-поведенческого вмешательства изучалась в двух исследованиях (см. табл. 5.4). В рамках одного из них (Krinley, 1991) сравнивались результаты вмешательства только на базе школы и вмешательства, объединяющего воздействие на подростков программы на базе школы и семьи. Были включены все типичные компоненты и приоритеты исследований Б. Х. Брай. В первой группе проводились еженедельные встречи с каждым из учителей для мониторинга успехов учащихся и для сбора информации относительно учительских ожиданий. Кроме того, каждый из подростков имел руководителя, который еженедельно работал с ним индивидуально с целью достижения поведенческих улучшений. Подростки из второй группы пользовались всеми преимуществами вмешательства на базе школы, а также получали семейную терапию по месту жительства. Основное внимание при проведении последней уделялось навыкам разрешения проблем и помощи родителям в выработке возможных планов укрепления положительных видов поведения подростка в школе и на поддерживающих занятиях. Вмешательство длилось 5 месяцев; поддерживающие занятия продолжались в течение всего следующего учебного года.

Результаты проведенного К. Э. Кринсли исследования показали, что профилактика дальнейшего ухудшения школьных показателей достигалась вмешательством, объединяющим воздействие на подростков на базе школы и семьи; при этом отмечалось также распространение эффекта на ранние стадии употребления психоактивных веществ. За два учебных года среди подростков, участвовавших в этой программе, не наблюдалось новых случаев приобщения к наркотикам или ухудшения ситуации с уже имевшей место наркотизацией. Полученные данные подтверждают гипотезу Б. Х. Брай о роли факторов риска (Vru, 1983), согласно которой снижение, например, школьной неуспеваемости уменьшает вероятность приобщения к наркотикам. Если эти результаты удастся воспроизвести, улучшение академических показателей могло бы оказаться эффективной стратегией вторичной профилактики наркотизации подростков, у которых возникают поведенческие проблемы, неприятности в школе и тяга к психоактивным веществам.

Второе исследование (Alexander, 1997) воспроизводило работу К. Э. Кринсли на афроамериканской популяции. Сравнение проводилось между подростками, которые в течение года подвергались объединенному вмешательству на базе школы и семьи, и школьниками, не подвергавшимися вмешательству. (Предполагалось создание родительской группы поддержки, но из-за неявки родителей реализовать этот план не удалось.) У школьников из экспериментальной группы было выявлено значимое снижение

серьезных школьных неприятностей по сравнению с контрольной группой. К факторам риска злоупотребления психоактивными веществами, действовавшим в контрольной группе и не обнаруженным в экспериментальной, относились: второгодничество, необходимость в «социальном поощрении», пропуск школы значительно больший (на 35 дней), чем в предыдущем учебном году, снижение успеваемости в среднем более чем на 15 баллов из 100.

## **Заключение и направления будущих исследований**

За последние 20 лет Б. Х. Брай, ее коллеги и ученики разработали и испытали различные формы многокомпонентного вмешательства, предназначенного для предотвращения или уменьшения злоупотребления алкоголем и наркотиками среди подростков благодаря воздействию на академические и поведенческие проблемы. Такая стратегия оказалась плодотворной по нескольким причинам. Во-первых, было важно повлиять на сами указанные проблемы с их негативными последствиями (например, школьный отсев, последующую безработицу, подростковые правонарушения, преступность). Во-вторых, Б. Х. Брай и ее коллеги показали, что воздействие на эти факторы предотвращает усугубление алкогольных и наркотических проблем для тех подростков, которые уже приобщились к психоактивным веществам, а также раннюю наркотизацию тех школьников, которые еще не начали употреблять алкоголь и наркотики. В-третьих, данные исследований говорят о том, что воздействие на факторы риска приносит пользу, несмотря на отсутствие ясных представлений об этиологии подростковой наркомании. Изучение этиологии, несомненно, дело весьма сложное из-за гетерогенной природы злоупотребления психоактивными веществами, проявляющейся по-разному у разных индивидов (Bry, 1996; Bry, McKeon & Pandina, 1982; Hawkins, Catalano & Miller, 1992). В-четвертых, работы Б. Х. Брай доказывают важность вмешательства на уровне школы, родителей и индивида для достижения положительного эффекта в отношении школьной успеваемости и поведения.

Б. Х. Брай провела несколько исследований семейного и родительского компонентов вмешательства. Результаты этих работ ясно показывают преимущества объединенного вмешательства на базе школы и семьи. Однако остается невыясненным, какие компоненты вмешательства, направленного на профилактику злоупотребления психоактивными веществами, являются достаточными для достижения длительного эффекта. Целью проводивших Б. Х. Брай исследований было улучшение возможностей разрешения проблем и формирование постоянных программ подкрепле-

ния, что могло бы послужить защитой от развития у подростков отклоняющихся видов поведения. Однако остается неизвестным, каковы лучшие способы предотвращения угасания положительных перемен после окончания лечения. Использование поддерживающих занятий является одним из возможных путей продления эффективности вмешательства и заслуживают дальнейшего изучения.

Другой исследовавшейся Б. Х. Брай возможностью было проведение встреч групп родителей, на которых обсуждались испытываемые ими трудности, что позволяло родителям обмениваться информацией, находить союзников и обретать поддержку в трудном деле воспитания детей. Оценить истинный эффект подобных мер было затруднительно, поскольку родители, привыкшие к вмешательству по месту жительства, часто не принимали участия во встречах, проводившихся далеко от их домов. Возможными препятствиями для такого рода мероприятий служили транспортные трудности, необходимость присмотра за младшими детьми, слишком большая загруженность домашними делами, непонимание важности групповых встреч с теми родителями, которые уже проходили семейную терапию. Если удастся преодолеть указанные препятствия, можно будет оценить, насколько встречи родителей способствуют положительным сдвигам в поведении подростков.

Наконец, необходимо отметить, что проводившееся вмешательство на наркотизацию напрямую не воздействовало. Основное внимание уделялось факторам риска, а также когнитивно-поведенческой стратегии поощрения альтернативных видов поведения, несовместимых с негативными проявлениями. В целом данные исследований свидетельствуют о том, что такая стратегия может приводить к существенному положительному эффекту. Дальнейшего выяснения требует вопрос о большей результативности вмешательства в случае прямого воздействия на употребление алкоголя и наркотиков.

Проведенное под руководством Б. Х. Брай вмешательство представляет собой одну из наиболее эффективных программ вторичной профилактики приема психоактивных веществ среди подростков. Оно было многосторонним и включало работу со школьниками на базе как школы, так и семьи. Предстоит пройти еще долгий путь для того, чтобы выявить все этиологические механизмы, приводящие к злоупотреблению психоактивными веществами, однако нельзя ждать, пока эти механизмы станут известны: необходимо уже сейчас помогать молодежи, которой грозит риск злоупотребления алкоголем и наркотиками. Описанное вмешательство представляет собой лишь один из подтвержденных практикой способов воздействия на подростковое употребление и злоупотребление психоактивными веществами.



## **Экологический подход к вмешательству на базе семьи в отношении употребления подростками психоактивных веществ**

*Томас Дж. Дишион, Кэтрин Каванах*

### **Введение**

#### **Экологические теоретические предпосылки**

Употребление подростками психоактивных веществ ассоциируется с повышенным риском злоупотребления наркотиками в молодом взрослом возрасте (Robins & Pruzabek, 1985), а также с многочисленными негативными последствиями, например неудачами в семейной жизни, работе, образовании (Kandel et al., 1986). Дж. Д. Хокинс, Р. Ф. Каталано и Дж. И. Миллер (Hawkins, Catalano & Miller, 1992) подробно рассматривают совокупность факторов риска, связанных с употреблением подростками психоактивных веществ, включая риск для индивида, его сверстников, семьи, общества. Типология таких факторов, приведенная в этой работе, говорит о том, что для наибольшей эффективности вмешательства следует принимать во внимание факторы на уровне индивида, а также более широкие аспекты социальной экологии.

Многочисленные свидетельства указывают на особенности функционирования семьи как на главный фактор, порождающий риск на разных уровнях (Bry, 1993; Dishion, 1996; DeMarsh & Kumpfer, 1985; Hawkins, Catalano & Miller, 1992). Литература, посвященная развитию подросткового проблемного поведения, подчеркивает роль родительского стиля, оказывающего на ребенка и прямое, и косвенное воздействие (см. рис. 6.1). Навыки компетентного управления функционированием семьи сглаживают негативные аспекты, улучшают отношения между родителями и детьми (Dishion, Capaldi & Yoerger, 1999; Patterson, 1982; Patterson, Reid & Dishion, 1992). Особенно важна роль заботливого мониторинга и руководства как фактора защиты против влияния сверстников, отличающихся девиантным поведением, и что еще более

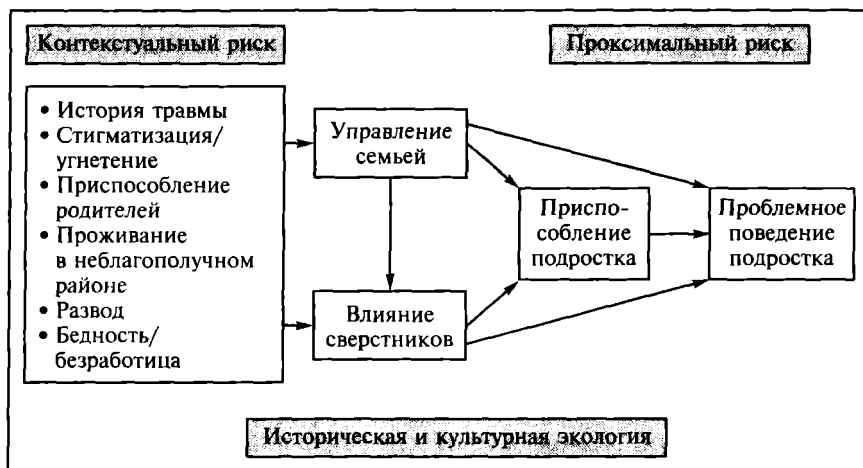


Рис. 6.1. Экология родительского влияния

важно — употребляющих психоактивные вещества сверстников и сиблингов (Dishion et al., 1995; Dishion & Loeber, 1985).

Стойкие нарушения функционирования семьи нередко связаны с ранними проявлениями антисоциального поведения ребенка (Loeber & Dishion, 1983; McCord W., McCord L. & Howard, 1960). Существуют гипотезы, согласно которым подобное поведение в детстве закладывает основу для накапливающегося риска, связанного с отвержением сверстниками, низкими академическими успехами и вхождением в группу сверстников, отличающихся девиантным поведением (Dishion et al., 1991; Patterson, Reid & Dishion, 1992). Низкий уровень мониторинга и отрицательное влияние сверстников являются проксимальными факторами, способствующими раннему приобщению подростка к психоактивным веществам (Dishion et al., 1995).

Экологический подход делает необходимым более широкий взгляд на контекст, в котором проявляется проксимальное влияние семьи и сверстников (Bronfenbrenner, 1989). В научной литературе приводится немало свидетельств того, что множественные факторы риска нарушают семейное функционирование. Известно, что бедность (Conger et al., 1992; Elder, Caspi & Van Nguyen, 1985), супружеские разногласия (Hetherington & Clingempeel, 1992) и употребление родителями психоактивных веществ (Chassin, Presson & Sherman, 1990; Dishion, Reid & Patterson, 1988) разрушают управление семьей. Кроме того, угнетение, которое приводит к отсутствию ресурсов и стигматизации, может оказаться главным семейным фактором риска (McLoyd, 1990).

Роль, которую играет родительский стиль в защите подростков от контекстуальных рисков, свидетельствует о том, что вмешательство на базе семьи является многообещающим инструментом про-

филактики (Dishion, 1996). Приводимые в литературе данные служат веским доводом в пользу вмешательства на базе семьи. Такие стратегии оказываются эффективными и в отношении предшественников подростковой наркотизации и проблемного поведения: снижают остроту раннего противостояния ребенка родителям в дошкольном возрасте (Webster-Stratton, 1984), противодействуют антисоциальному поведению в старшем дошкольном возрасте (Patterson, 1974; Patterson, Dishion & Chamberlain, 1993), проблемному поведению и приобщению к приему психоактивных веществ в раннем подростковом возрасте (Dishion et al., 1996; Henggeler et al., 1986). Литературные данные об эмпирических исследованиях также подчеркивают важность учета семейных факторов при разработке программ, ориентированных на подростков из группы риска наркотизации.

В Соединенных Штатах подавляющее большинство детей в возрасте 13—14 лет посещает школу. Школы также оказываются удобным местом встреч для групп сверстников, отличающихся девиантным поведением (Dishion et al., 1994; Kellam, 1990; Rutter, 1985). Именно поэтому учет школьного окружения и семейной динамики может оказаться необходимым для достижения желаемых изменений в поведении подростков (Patterson, 1974). С экологической точки зрения очень важным является включение вмешательства на базе семьи во влиятельный социальный контекст (Biglan, 1995). Профилактические программы должны «рассматривать школы как потенциальные площадки оказания помощи, а также как потенциальные объекты вмешательства»<sup>1</sup>.

Усиление контактов между родителями и школьным персоналом и их взаимодействие могут решающим образом отразиться на потенциале родителей в мониторинге, в установлении правил и поддержке академических успехов ребенка (Gottfredson D., Gottfredson G. & Nybl, 1993; Reid, 1993). Даже простое предоставление родителям информации о посещаемости, о выполнении домашних заданий, поведении подростка в классе приводит к улучшению мониторинга и поддержке академических и социальных достижений школьников из группы риска (Blechman, Taylor & Schrader, 1981; Heller & Fantuzzo, 1993).

Вмешательства, направленные на то, чтобы побудить родителей к изменению их семейного функционирования, должны быть всеобъемлющими и соответствовать динамике развития ребенка и семьи (Dishion & Kavanagh, в печати). Главными элементами такого вмешательства являются:

– соотнесение уровня потребности (статуса ребенка в отношении риска) со степенью оказываемой родителям поддержки;

---

<sup>1</sup> Trickett E. J., Birman D. Taking ecology seriously: A community development approach to individually based preventions in schools // Primary Prevention and Promotion in the Schools. — 1989. — V. 12. — P. 361.

– интеграция различных уровней вмешательства с целью усиления и поддержки защищающего ребенка родительского стиля в социальном окружении.

### Программа развития подростков

Программа развития подростков — ATP (Adolescent Transitions Program) предназначена для многоуровневого семейного вмешательства, осуществляемого на базе школы (Dishion & Kavanagh, в печати). Такой подход лучше всего может быть охарактеризован как *ступенчатая стратегия*, в которой каждый уровень вмешательства основывается на предыдущем. Если использовать традиционную номенклатуру, можно сказать, что три уровня программы представляют собой семейные вмешательства: «универсальное», «селективное» и «по показаниям». Универсальный подход обращен ко всем родителям школьников, селективный касается семей, подвергающихся риску, а вмешательство по показаниям может быть названо лечением семьи. Модель данной программы представлена на рисунке 6.2.

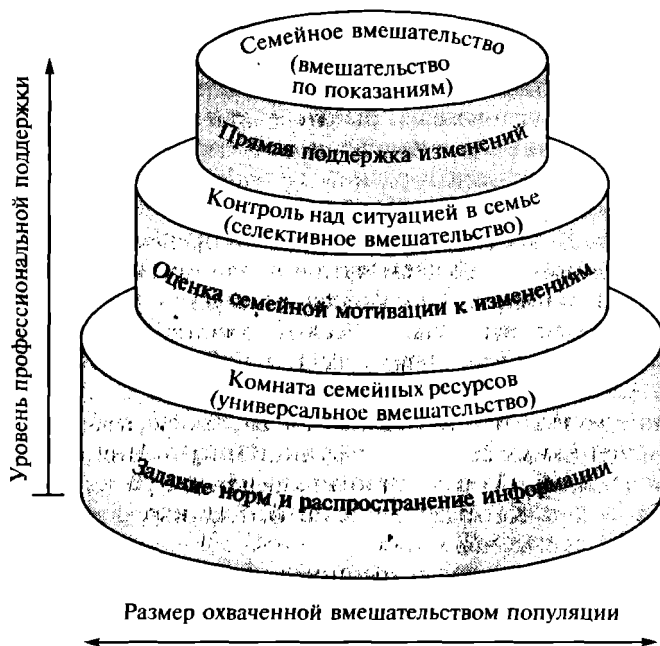


Рис. 6.2. Многоуровневая модель школьной экологии (вмешательство с привлечением родителей)

**Универсальное вмешательство: кабинет семейных ресурсов.** Первым шагом в создании семейной службы на базе школы является создание КСР — кабинета семейных ресурсов — FRR (Family Resource Room). Для этого требуется по крайней мере одна комната, достаточно просторная для размещения разнообразных видео-, аудио- и печатных материалов. Она должна быть удобной и изолированной, чтобы в ней можно было проводить встречи родителей и школьного персонала.

В идеальном варианте в КСР должен работать на полную ставку семейный психотерапевт, психолог или социальный работник, имеющий достаточную подготовку в области семейного и школьного консультирования.

Целью организации такого кабинета является: создание инфраструктуры для взаимодействия школьного персонала с родителями; поддержка родительского стиля, обеспечивающего детям защиту; распространение информации, необходимой для создания позитивной семейной атмосферы, поощряющей школьные успехи и предотвращающей раннее приобщение к алкоголю и другим психоактивным веществам.

Кабинет семейных ресурсов является также средством осуществления многоуровневого вмешательства на протяжении всего учебного года.

Для связи с родителями при проведении программы могут использоваться несколько стратегий. Эффективным методом помощи родителям в осознании возникающих проблем является составление «Плана на наступающий учебный год», что может быть сделано летом, в домашних условиях. План включает оценку предыдущего учебного года на основании перечня достижений и неудач в освоении учебных навыков, в отношениях со сверстниками, в приобщении к приему наркотиков, в посещаемости и в поведении, основанном на сотрудничестве и уважении к окружающим. Работа над планом готовит семью к переменам в желательном направлении, а также помогает придерживаться успешных стратегий в наступающем году.

Обсуждение планов на встречах родителей с персоналом школы в КСР приводит к тому, что и у тех, и у других вырабатывается ясное понимание целей. В течение осуществляющейся в настоящее время программы примерно 60 % родителей обращались к составлению таких планов на будущее. Сотрудники, руководящие мероприятиями кабинета, находят, что подобное сотрудничество родителей со школой закладывает хороший фундамент для дальнейшей работы с семьями.

Весьма многообещающим инструментом, способствующим правильной оценке родителями ситуации, служит ознакомление с видеоматериалами и просто с заполненными от руки оценочными формами. Для помощи родителям в выявлении наблюдаемых

### Служба «Кабинета семейных ресурсов»

- Работа персонала школы с родителями — заполнение отчетных форм, обсуждение книг, просмотр видеозаписей
- Публикации и телепередачи об эффективных способах воспитания и нормах
- Занятия в классе с участием детей и родителей для освоения позитивных способов управления семьей
- Доведение до родителей информации о посещаемости, поведении, выполнении домашних заданий ребенком

Рис. 6.3. Мероприятия, осуществляемые сотрудниками КСР

факторов риска в контексте детско-родительских отношений разработан курс «Воспитание подростка» (Dishion & Kavanagh, 1995). Прилагаемая к нему видеокассета, предназначенная для просмотра родителями в первую неделю учебного года, содержит примеры связанного с риском поведения подростков. Кроме того, курс включает рекомендации по эффективному функционированию семьи (положительному подкреплению, мониторингу, установлению правил, умению общаться), что помогает родителям оценить уровень риска собственного поведения, а не только поведения ребенка.

КСР может также служить ядром связи между школой и родителями благодаря тому, что регулярно предоставляет им сведения о выполнении ребенком домашних заданий, о проблемных ситуациях, о ресурсах, которые может предоставить школа. Например, ежедневные сообщения из школы помогают родителям быть в курсе домашних заданий и занятий в классе, которые особенно важны для их ребенка.

На рисунке 6.3 представлены универсальные мероприятия, осуществляемые благодаря такому кабинету.

Третьим видом универсального вмешательства, осуществляемого в осеннем семестре, является шестинедельный курс здорового образа жизни — SHAPe (Success, Health and Peace Curriculum) (Dishion & Kavanagh, в печати), проводимый сотрудниками кабинета. Занятия включают еженедельные совместные упражнения детей и родителей, направленные на достижение успехов в учебе, снижение потребления наркотиков и снижение конфликтности (рис. 6.4). С целью обеспечения максимального участия школьников в таких занятиях им за это начисляется определенное количество баллов. Еженедельно издаваемая листовка обобщает информацию о проводимом курсе и о мерах, предпринимаемых на семейном уровне, а также снабжает участников сведениями о ме-

## Курс SHARe

### 1 Школьные успехи

*Учащийся:* постановка цели достижения успехов в школе

*Родитель:* обеспечение выполнения домашних заданий

### 2 Принятие решений в отношении здоровья

*Учащийся:* определение норм здорового образа жизни

*Родитель:* установление правил в отношении курения и приема других психоактивных веществ

### 3 Избегание негативного давления сверстников

*Учащийся:* различение соответствующих и не соответствующих здоровому образу жизни занятий сверстников

*Родитель:* мониторинг общения ребенка со сверстниками

### 4 Уважение

*Учащийся:* опознание ситуаций проявления взаимного уважения

*Родитель:* поощрение уважительных и пресечение неуважительных отношений в семье

### 5 Управление сильными эмоциями

*Учащийся:* обсуждение признаков гнева и стратегий конструктивного разрешения проблем

*Родитель:* обсуждение и формирование стратегий позитивных реакции на проявления гнева в семье

### 6 Мирное разрешение проблем

*Учащийся:* «три шага» к мирному разрешению конфликта

*Родитель:* «три шага» к мирному разрешению конфликта в семье

Рис. 6.4. Схема курса SHARe

роприятиях, содействующих социальным и академическим успехам подростков. Семейные занятия могут также транслироваться по местному телевидению, что увеличивает действенность программы. Данная стратегия базируется на привлечении в качестве образцов для остальных компетентных родителей, практикующих дающий положительные результаты стиль воспитания. Такой подход согласуется с основным принципом вмешательства на социальном уровне — полагаться на силы самой общины (Kelly, 1988).

**Селективное вмешательство.** Селективное вмешательство по программе «Контроль над ситуацией в семье» FCU (Family Check-Up) предполагает профессиональную оценку ситуации в семье, поддержку и создание мотивации к изменениям. Такое вмешательство (Dishion & Kavanagh, в печати) представляет собой всесторонний подход, помогающий родителям в правильной оценке статуса ребенка в отношении связанного с риском поведения и в привлечении ресурсов семьи для снижения факторов риска. Про-

грамма «Контроль над ситуацией в семье», разработанная на основе мотивационного интервью (Miller & Rollnick, 1991), включает три этапа: первоначальное интервью; комплексную оценку с использованием разных методов; встречу с предоставлением обратной связи и с использованием мотивации для поощрения позитивной воспитательной практики и преодоления разрушительных тенденций.

Уяснение проблем вмешательства на базе семьи сохраняет свою актуальность для исследователей. В последние годы было высказано предположение, что обратная связь с родителями и предоставление им данных психологической оценки содействует позитивным изменениям (Sanders & Lawton, 1993). Главным в такой процедуре является предоставление информации в поддерживающей и мотивирующей формах.

Оптимальным условием создания мотивации у родителей является отождествление себя с другим. Именно это и происходит, когда в кабинет родительских ресурсов их приводит беспокойство за адаптацию своего ребенка к школе или к домашним обстоятельствам. Второй усиливающий мотивацию фактор проявляется, когда они получают информацию о возникновении у подростка дисциплинарных нарушений. Персонал службы кабинета семейных ресурсов входит в состав школьного комитета, а потому сразу же узнает о таких проблемах и имеет возможность оперативно давать рекомендации для вмешательства семьи, в отличие от обычных для школы мер воздействия на учащихся.

Наконец, если персонал КСР становится частью педагогического коллектива, учителя, консультанты и администрация школы могут в профилактическом порядке привлекать внимание родителей, когда у них складывается озабоченность поведением, контактами подростка или его эмоциональной адаптацией. Для более тесного участия родителей школьному персоналу следует рекомендовать им программу «Контроль над ситуацией в семье» как способ больше узнать о школьных проблемах их ребенка и как возможность обратить внимание на факторы, угрожающие его благополучию.

Как и при любом вмешательстве, существуют два взаимосвязанных аспекта работы с родителями для укрепления положительных тенденций и изменения неадаптивной практики — терапевтический процесс и его цель. Известно множество публикаций, начало которым было положено статьей К. Роджерса (Rogers, 1957), на тему о том, что подход терапевта играет ключевую роль в успехе любого вмешательства. На протяжении 1980-х гг. наши коллеги из Орегонского центра социального научения изучали сотрудничество клиента при проведении поведенческой семейной терапии. Серия исследований, которые провели Г. Р. Паттерсон с коллегами (Chamberlain et al., 1984; Patterson & Chamberlain, 1994; Patterson



& Forgatch, 1985), показала, что поучения и конфронтация усиливают сопротивление изменениям, в то время как поддержка, переключение внимания, задавание вопросов способствуют изменениям. Полученные данные легли в основу такого компонента программы «Контроль над ситуацией в семье», как мотивирующее интервью.

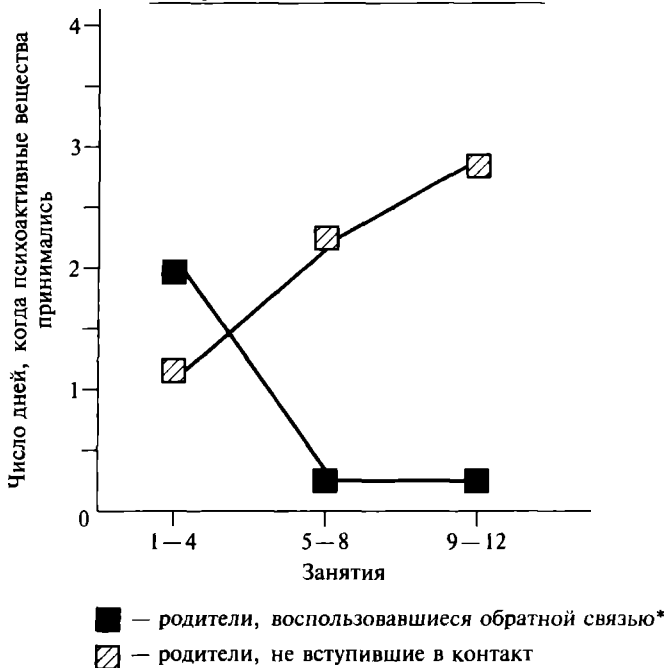
В предварительном исследовании того, какие факторы, связанные с семьей, сверстниками и школой, являются предсказательными в отношении того, кто из родителей воспользуется обратной связью, для разных уровней подросткового риска были выявлены различные предикторы (Kavanagh et al., 1998).

При умеренном уровне риска дети участников программы FCU имели более высокие оценки и меньшее число выделенных учителями факторов риска по сравнению с подростками, чьи родители в программе не участвовали. При высоком уровне риска дети родителей, получавших обратную связь, отличались значимо более выраженными связями с группами сверстников, характеризующихся отклоняющимся поведением. Эти результаты, хотя и имеющие предварительный характер, говорят о том, что обратная связь может служить инструментом профилактики для детей из группы умеренного риска. Родителей подростков с более выраженными факторами риска, такими, как антисоциальное поведение и прием психоактивных веществ, обратная связь может побудить инициировать вмешательство в отношении сверстников, отличающихся девиантным поведением: в этой области родители обычно обладают наименьшими познаниями и редко обращаются к адекватным мерам воздействия.

Изучая роль обратной связи в исходах вмешательства по программе АТР, авторы предоставляли родителям возможность обратной связи еще до первого занятия. Еженедельные отчеты относительно поведенческих проблем ребенка сравнивались для групп «откликнувшихся» родителей и тех, кто не воспользовался обратной связью. Сразу же проявившиеся различия свидетельствовали о том, что такая мера является значимым фактором. Отчеты «откликнувшихся» родителей об употреблении подростками психоактивных веществ к четвертому занятию резко изменились (см. рис. 6.5). Подобный же эффект был выявлен и в отношении агрессивного поведения подростков дома (Patterson, 1979). На основании этих данных программа «Контроль над ситуацией в семье» рассматривалась нами как ключевой компонент селективного вмешательства, направленного на изменение родительского стиля.

Воздействие программы «Контроль над ситуацией в семье» изучалось на 40 подверженных высокому риску семьях (Rao, 1998), которые случайным образом были разделены на группу вмешательства и группу сравнения (семьи, включенные в лист ожидания). Анализ результатов показал, что родители из первой группы

## Употребление психоактивных веществ



\* В группе родителей, воспользовавшихся обратной связью, и мать, и подросток по показателю конфликтности перешли из группы обеспокоенных в нормальную группу (Dishion & Andrews, 1995)

Рис. 6.5. Снижение употребления психоактивных веществ за время работы с группой родителей

(участники программы) сообщали о значительном улучшении поведения подростков, а также об улучшении собственного стиля воспитания. Такая же тенденция в отношении поведенческих проблем отмечалась и в отчетах учителей, и в самоотчетах учащихся. Родители, которые вошли в группу сравнения, напротив, не отмечали изменений ни в поведении подростков, ни в собственной практике. Была обнаружена связь между изменением родительского стиля и переменами в поведении детей. Эти предварительные данные соответствуют содержащимся в литературе свидетельствам благоприятного эффекта вмешательства на уровне семьи (Dishion, в печати; Dishion & Patterson, 1992; Patterson et al., 1993).

Помимо основного воздействия программы на отражавшиеся в отчетах перемены в стиле воспитания и поведение подростков был также документально зафиксирован сам процесс изменений (Rao, 1998). Оказалось, что следование терапевтом модели FRAMES (Miller & Rollnick, 1991) во взаимодействии с клиентом при пре-

доставлении обратной связи было связано с сообщениями родителей об улучшениях, которые, в свою очередь, коррелировали с изменениями в проблемном поведении подростков.

**Вмешательство по показаниям: перечень мер.** При вмешательстве по показаниям родителям оказывается прямая профессиональная поддержка. В нее входят такие меры, как краткие семейные консультации, групповые занятия для родителей, поведенческая семейная терапия и/или индивидуальное вмешательство. В соответствии со ступенчатой стратегией семьи, находящиеся на уровне вмешательства по показаниям, после завершения программы «Контроль над ситуацией в семье» получают информацию от семейного консультанта относительно факторов риска серьезных отклонений в поведении подростков и раннего их приобщения к психоактивным веществам. Кроме того, родителей информируют о важности родительского стиля воспитания как фактора защиты, укрепляющего мотивацию и способствующего взаимодействию. Этот уровень вмешательства включает в себя подходы, описанные в протоколах семейных терапевтов, использующих поведенческие, структурные и смешанные методики при работе с трудными подростками (Bry et al., 1991; Dishion & Patterson, 1992; Foreland & McMahon, 1981; Henggeler, Melton & Smith, 1992; Patterson, 1982; Szapocznik & Kurtines, 1989).

Программа «Контроль над ситуацией в семье» предназначена для привлечения родителей и их мотивации к более интенсивному в ней участию. Однако вмешательства по показаниям иногда вызывают у родителей ощущение, будто на них смотрят, как на несправляющихся с воспитанием. Часто, когда учитель, врач или другой посторонний человек рекомендует им обратиться за помощью, это вызывает отрицательную реакцию. Поэтому неудивительно, что при сравнении родителей, по собственной инициативе обратившихся к психотерапевту, и тех, кто был направлен на консультацию, степень сопротивления вторых оказалась значимо выше, чем у первых (Chamberlain et al., 1984).

Осуществление изменений в семье — весьма интимный и трудоемкий процесс. Когда изменения необходимы, поддержка часто помогает укрепить в родителях решимость, поставить перед ними конкретные цели, побуждает их к реалистическим достижениям. Модель, которой мы придерживаемся в своей работе с родителями, проста: улучшившееся функционирование семьи может защитить детей от рисков и создать контекст для общесемейного исцеления.

Учитывая это, мы основываем выбор мер вмешательства на практике семейного консультирования. Однако, как известно из работ в области консультирования и клинической психологии (Miller & Rollnick, 1991), для достижения мотивации к изменениям существует несколько путей. Учебный курс «Управление семьей», основанный на обучении родительским умениям и потре-

бовавший более 30 лет исследований, изначально предназначался для работы с отдельными семьями (Patterson et al., 1975) с целью поддержания их усилий по исправлению проблемного поведения подростков (Foreland & McMahon, 1981; Patterson, 1974; Wahler et al., 1965). Мы переработали его содержание для групповой работы с родителями.

Школьный мониторинг представляет собой обычную меру, к которой в целях профилактики привлекаются родители. Ее следствием оказывается поддержка детей в приобретении ими необходимых учебных и поведенческих навыков и способность препятствовать возникновению отклоняющихся форм поведения. Служба школьного мониторинга содействует установлению тесных связей между семьей и школой, каждую неделю информирует родителей по телефону о посещаемости, поведении в классе и выполнении подростком домашних заданий. Таким контактам помогает технология голосовой почты.

Для поощрения использования положительных навыков управления семьей и минимизации принудительных мер и наказаний система мониторинга распространяется на родителей, которые посетили не менее двух занятий — одно проводится до начала мониторинга, а другое — через несколько недель, чтобы уточнить и усовершенствовать методы взаимодействия. Эти тренировочные занятия ставят своей целью научить родителей правильному ежедневному поведению, создать у них стимулы к контактам со школой, сделать эффективным их общение с персоналом школы в связи с возникающими проблемами.

Групповая работа с семьями имеет ряд как преимуществ, так и недостатков. Наиболее выраженными преимуществами являются снижение расходов и возникновение социальной поддержки. Мы обнаружили, что особенно рационально использовать групповую форму работы при просмотре видеозаписей, посвященных положительным методам воспитания. Такие материалы создают положительные поведенческие модели для родителей, а также стимулируют конструктивные групповые дискуссии. Особенно много пользы из обмена опытом извлекают для себя родители-одиночки и приемные родители.

Заметным недостатком групповой работы является то, что нередко она протекает довольно трудно. Например, некоторые родители используют встречи группы для обсуждения собственных проблем, что ведет к отстранению других участников. Кроме того, бывает трудно обсуждать личные отношения, особенно когда эмоции выходят из-под контроля (например, в случаях развода, конфликта между детьми и родителями, ограничений на общение с ребенком разведенного родителя).

В целом мы рекомендуем, когда это возможно, проводить групповую работу с родителями. Преимущества перевешивают недо-

статки, особенно при вмешательстве на базе школы, когда ресурсы профессиональной помощи ограничены, а объединение родителей уже само по себе может противодействовать негативным процессам в группах сверстников. Краткие консультации для отдельных семей помогают в разрешении индивидуальных проблем.

**Учебный курс «Управление семьей».** В данном курсе даны подробные указания для проведения с группой родителей 12 занятий, посвященных управлению семьей, включая упражнения и ролевые игры (Dishion et al., в печати). В нем также содержатся образцы для индивидуальной работы с семьями, в том числе для краткого целенаправленного вмешательства и для более продолжительного консультирования, например социальной интеракционной семейной терапии (Forgatch & Patterson, 1998).

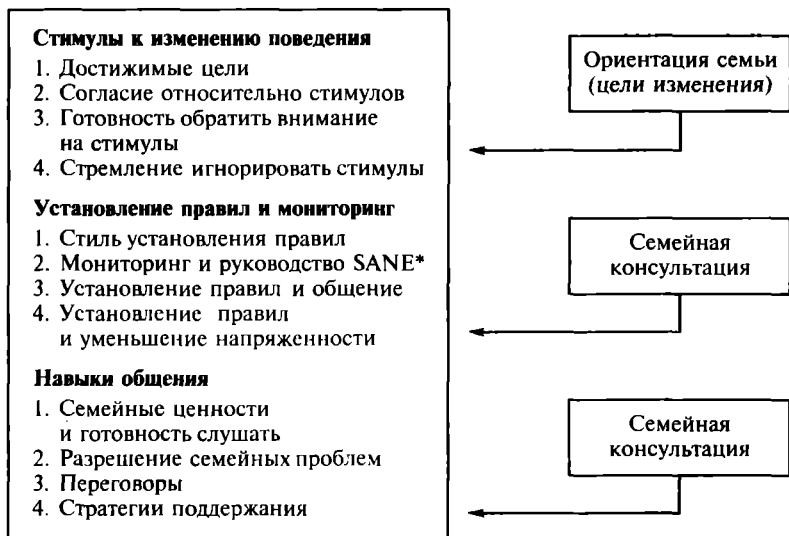
В курсе рассмотрены три основные темы:

1) использование стимулов для поощрения позитивных изменений поведения;

2) установление правил и мониторинг;

3) семейное общение и разрешение проблем.

На первом этапе осуществляется положительное подкрепление специфических видов поведения, таких как выполнение родительских поручений или домашних заданий. Умелое использование стимулов может дать весьма разительный эффект в исправлении проблемного поведения и привести к созданию более позитивной семейной атмосферы. Это также первый шаг на пути



\* См. рисунок 6.7.

Рис. 6.6. Общая схема курса «Управление семьей»

<p><b>Small consequences are better than severe consequences</b> (Малые достижения лучше, чем серьезные последствия)</p> <p><b>Avoid punishing the parent</b> (Не следует наказывать родителя)</p> <p><b>Never abuse your child</b> (Не обращайтесь с ребенком жестоко)</p> <p><b>Effective consequences are those used consistently</b> (Эффективны только меры, осуществляемые последовательно)</p>
---

Рис. 6.7. Указания SANE для установления правил

поддержки родителей в роли членов семьи, возглавляющих процесс изменения поведения.

Во-вторых, мы помогаем родителям в установлении ясных правил (например, «из школы сразу же иди домой», «не ходи к приятелям, когда их родителей нет дома») и в мониторинге. Установление правил окажется бесполезным, если родители не готовы столкнуться с последствиями их нарушений. Здесь мы рекомендуем использовать подход SANE, иллюстрируемый рисунком 6.7 и подробно изложенный в работах: Dishion & Kavanagh (в печати) и Dishion & Patterson, 1996.

Третьим и наиболее важным компонентом курса «Управление семьей» является обучение навыкам семейной практики и включающим основные правила общения (например, готовность слушать), умение разрешать проблемы и способность договариваться. К этой части курса мы обращаемся в последнюю очередь, чтобы избежать провоцирования конфликтов в семьях, которые еще только осваивают возможности семейного управления. Навыки общения не так уж полезны, когда сохраняются источники конфликта (нежелание взаимодействовать с родителями, школьная неуспеваемость и т.д.).

Мы предлагаем курс «Управление семьей» как образец для воспитательных усилий родителей, однако для достижения успеха в семьях с различными образовательным, экономическим и культурным уровнями требуется гибкое его применение.

В литературе содержится много указаний на то, что взаимодействие с родителями играет главную роль при вмешательстве с целью снижения факторов риска ранней наркотизации подростков (Dishion, 1996). При анализе компонентов программы «Развитие подростков» (Dishion & Andrews, 1995) мы обнаружили их явное воздействие на группы родителей, руководствовавшихся курсом «Управление семьей» (ранее именовавшимся «Внимание к родителям» — Parent Focus). На видеозаписях (см. табл. 6.1) выполнения заданий по разрешению определенных проблем наблюдалось снижение конфликтов между родителями и детьми. По оценкам учителей, подростки из группы нацеленного на семью вмеша-

те же дети вели себя в школе менее антисоциально. На протяжении года после окончания программы «Развитие подростков» было выявлено также снижение употребления психоактивных веществ и в особенности раннего начала курения (Dishion et al., 1996).

Наши данные недавно были подтверждены исследованием, проведенным коллективом других ученых. Были получены свидетельства снижения уровня антисоциального поведения подростков из группы высокого риска и улучшения воспитательных навыков их родителей — жителей сельской местности (Irvine et al., 1999). Эти результаты соответствуют литературным данным о роли семейного вмешательства в профилактике или снижении подростковой наркотизации (см. обзоры Dishion, 1996; Henggeler et al., 1986; Patterson et al., 1993).

Как наши, так и другие исследования подтверждают большое значение адресованного всей семье вмешательства для профи-

**Таблица 6.1. Наблюдаемое отрицательное отношение к участию в программе разрешения семейных проблем в зависимости от принадлежности к экспериментальной или к контрольной группе и фазы вмешательства**

Экспериментальная группа	Начало программы		Окончание программы	
	<i>n</i>	<i>M</i> (и <i>SD</i> )	<i>n</i>	<i>M</i> (и <i>SD</i> )
<b>Родитель</b>				
только родитель	25	0,63 (0,63)	23	0,39 (0,44)*
только подросток	31	0,67 (0,85)	31	0,52 (0,59)*
родитель и подросток	31	0,56 (0,81)	29	0,46 (0,47)*
обращение по собственной инициативе	27	0,49 (0,51)	25	0,56 (0,84)
<b>Контрольная группа</b>	39	0,62 (0,54)	35	0,90 (0,89)
<b>Подросток</b>				
только родитель	26	1,27 (1,33)	24	0,81 (0,88)*
только подросток	32	1,09 (1,28)	32	0,80 (0,89)**
родитель и подросток	31	1,33 (1,58)	31	0,93 (1,09)*
обращение по собственной инициативе	27	0,78 (0,82)	25	1,06 (1,32)
<b>Контрольная группа</b>	39	1,22 (1,14)	35	1,36 (1,53)

*Примечание:* число баллов соответствует поминутному распределению наблюдаемого поведения.

\* Статистически достоверный положительный эффект вмешательства по сравнению с контрольной группой.

\*\* Статистически пограничный ( $p < 0,10$ ) эффект по сравнению с контрольной группой.

лактики аддиктивного поведения. В настоящее время анализируется эффективность многоуровневого профилактического подхода «Воспитание подростков» на базе школы, в котором участвуют 1 200 учащихся, случайным образом разделенных на группы вмешательства и группы сравнения. Основанием для разработки этой программы послужили данные о статусе школьников в отношении факторов риска, полученные с использованием разнообразных методов от учителей, самих учащихся и родителей. Продолжение этого исследования поможет нам лучше понять и оценить применимость модели «Воспитание подростков» для снижения их неудовлетворенности школой и риска приобщения к наркотикам.

## **Заключение**

Литературные источники подтверждают результативность использования семейного вмешательства с целью снижения уровня антисоциального и проблемного поведения подростков (Patterson et al., 1993). Для работы школы с родителями рекомендуется использовать многоуровневые ступенчатые стратегии организации подобной службы. Для вовлечения семей, подвергающихся высокому риску, и достижения максимальной эффективности воздействия семейная служба должна стать частью школьной жизни. Мы надеемся, что в будущем программы школьного консультирования будут включать более интенсивные подходы в область работы с родителями.

До недавнего времени разработанную нами программу было трудно включить в профилактическую модель прежде всего из-за дороговизны подобной службы, но также из-за трудностей привлечения к сотрудничеству семей, нуждающихся в помощи. Однако включение семейного вмешательства в деятельность школы необходимо для разрешения проблем, общих для школы и для семьи. Такая мера вполне возможна как часть обычных контактов школы с родителями, таких, как сообщения о домашних заданиях, встречи с учителями, поддержание дисциплины.

Объединение трех уровней вмешательства помогает выявлению нуждающихся в помощи семей и созданию у родителей необходимой для их участия мотивации. Родители узнают о возможностях, предоставляемых КСР, на универсальном уровне; при наличии риска программа «Контроль над ситуацией в семье» помогает осознанно начать процесс изменений; семейная терапия, опирающаяся на достигнутое на предыдущем уровне, дает родителям возможность приобрести необходимые воспитательные навыки.



# **Мотивационное интервью для употребляющих алкоголь подростков в отделении экстренной медицинской помощи**

*Нэнси П. Барнетт, Питер М. Монти, Марк Д. Вуд*

## **Введение**

В последние годы клиницисты и исследователи все больше внимания уделяют пациентам, не обнаруживающим признаков алкогольной зависимости, но, тем не менее, подвергающимся риску, связанному с употреблением алкоголя. Значительную долю этой группы риска составляют подростки и молодые взрослые.

Поскольку подростки обычно не обращаются за лечением по поводу злоупотребления психоактивными веществами, необходимы новые подходы к их идентификации и профилактике алкоголизма.

В этом отношении многообещающими являются программы, использующие факторы возрастного развития (например, поступление в колледж), заметные события (например, лечение от алкогольных проблем) или естественно наступающие мотивационные изменения.

Данная глава посвящена опыту авторов по лечению подростков с алкогольными проблемами в городском травматологическом центре с использованием мотивационного интервью как метода краткого вмешательства.

Прежде чем перейти к изложению своей исследовательской программы и ее результатов, мы приведем некоторые сведения об употреблении и злоупотреблении алкоголем среди подростков, в том числе о связанных с пьянством травмах и рискованном поведении. Мы рассмотрим также кратковременные вмешательства по поводу пьянства среди взрослых и студентов колледжей и предложим возможные направления будущих исследований.

## **Употребление и злоупотребление алкоголем среди подростков и вызванные ими последствия**

Материалы программы «Мониторинг будущего» показывают, что к окончанию средней школы более 80 % школьников пробовали спиртные напитки, более 50 % сообщали о том, что за истекший год испытывали опьянение и более чем 30 % за последние две недели перед обследованием принимали большие дозы алкоголя (Johnson, O'Malley & Bachman, 1998). Изучение связанных с употреблением алкоголя проблем и значительного потребления спиртных напитков было проведено на обширной выборке выпускников средней школы и подростков, по каким-либо причинам ушедших из школы (Ellickson et al., 1996). По результатам этого исследования, 64 % подростков сообщали о том, что испытывали опьянение, 52 % — что их рвало, 30 % — что, по крайней мере, один раз за истекший год теряли сознание из-за опьянения. Исследования также свидетельствуют о росте распространенности употребления спиртных напитков на протяжении подросткового возраста и первого года по окончании школы. Эпизодический прием больших доз алкоголя достаточно высок среди восемнадцатилетних (31 %), но пика — 40 % — достигает к 21—22 годам (Johntson, O'Malley & Bachman, 1998).

Употребление алкоголя сопровождается различными типами рискованного поведения, в том числе управлением автомобилем в нетрезвом состоянии. Обычно этому сопутствуют и другие формы опасного вождения: превышение скорости, запрещенный обгон, неожиданные перестраивания из ряда в ряд, игнорирование сигналов светофора, а также употребление наркотиков за рулем (Donovan, 1993). Хотя число жертв, связанных с употреблением алкоголя, дорожно-транспортных происшествий среди молодых людей 16—24 лет за 1977—1993 гг. снизилось на 30 %, молодые водители по-прежнему составляют непропорционально большую часть погибших в вызванных употреблением алкоголя авариях: в частности, в 1993 г. 28 % всех таких смертей пришлось на 16—24-летних, хотя они составляли всего 15 % лицензированных водителей (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1997). Управление автомобилем в нетрезвом состоянии весьма распространено среди студентов колледжей. Например, в проведенных в 1993 и 1997 гг. исследованиях Гарвардской школы здравоохранения 31,6 и 35,8 % постоянно употреблявших спиртные напитки респондентов сообщили о том, что с момента начала учебного года, по крайней мере, один раз садились за руль после принятия алкоголя. Наконец, именно автомобильные аварии являются наиболее частой причиной медицинских обследований на выявление опья-

нения среди подростков в травматологических центрах (Barnett et al., 1998; Hicks et al., 1990; Maio et al., 1994).

Хорошо известна связь алкоголя с фатальными и не фатальными увечьями среди взрослых. Положительные результаты анализа крови на алкоголь более часто встречаются у пациентов скорой помощи, получивших травмы, чем у тех, кто обращается за медицинской помощью по другим причинам (Cherpitel, 1994b). В обзоре, посвященном связи между употреблением спиртных напитков и увечьями (Cherpitel, 1993), отмечено, что частота содержания алкоголя в крови жертв аварий, не приведших к смертельному исходу, составляла от 6 до 34 %. Распространенность содержания алкоголя в крови получивших травмы может оказываться еще выше. Ф. П. Ривара и коллеги (Rivara et al., 1993) обнаружили, что у 47 % пациентов, получавших помощь в связи с закрытыми или открытыми травмами, содержание алкоголя в крови (САК) превышало 0,01 %, а 36 % из них находились в состоянии опьянения (САК > 0,10 %). Хотя лишь немногие исследования проводились на подростковых популяциях, в отношении их получены сходные результаты: из выборки в 2000 подростков 14—18 лет среди нуждавшихся в медицинской помощи по причине травм употребления психоактивных веществ было выявлено у 70 % жертв применения оружия, у 42 % пешеходов — жертв несчастных случаев и у 38 % участвовавших в драках (Spirito et al., 1997).

Употребление спиртных напитков связано также с тяжестью травм: высокое содержание алкоголя в крови чаще отмечается у погибших, чем у получивших легкие повреждения. При опросе врачей скорой помощи и коронеров одного из графств было обнаружено, что у 32 % зарегистрированных жертв несчастных случаев со смертельным исходом САК составляло 0,10 % и выше, в то время как лишь у 6 % пострадавших более легко отмечалась такая же концентрацию алкоголя в крови (Cherpitel, 1994). Наблюдается связь между употреблением спиртных напитков и увечьями, приводящими к смерти. Данные о смертности в возрастной группе 25—64 года показывают, что умершие в результате травмы пили чаще и больше, чем те, кто умер от болезни (Li, Smith & Baker, 1994).

Получение травмы, связанной с употреблением алкоголя, увеличивает риск повторного травматизма. Ф. П. Ривара и соавторы нашли, что лица, получавшие медицинскую помощь в связи с несчастными случаями и имевшие САК выше 0,10 %, в течение последующих 28 месяцев вновь получали травмы в 2,5 раза чаще, чем пациенты, для которых анализ крови на содержание алкоголя не дал положительных результатов (Rivara et al., 1993). Согласно данным Мичиганского теста на алкоголизм, лица, злоупотреблявшие спиртными напитками, но у которых в момент обследования анализ крови на САК не дал положительных результатов, характеризовались такой же вероятностью получения повторных

травм, как и те, у кого анализ подтвердил высокое содержание алкоголя. При исследовании обращений за медицинской помощью было обнаружено, что пьющие пациенты имели почти вдвое больше связанных с травмами медицинских проблем и в четыре раза больше дней госпитализации в течение года из-за травм по сравнению с аналогичной популяцией непьющих (Blose & Holder, 1991). Все эти данные говорят о том, что постоянное употребление спиртных напитков, наличие алкогольных проблем в прошлом и получение связанных с пьянством травм увеличивают риск будущих несчастных случаев.

Употребление алкоголя и наркотиков связано также с мыслями о самоубийстве, попытками и завершёнными случаями суицида среди подростков и молодых взрослых. При опросе в рамках Национального обследования здоровья школьников было установлено, что злоупотребление психоактивными веществами приводит к более частому возникновению суицидальных намерений и попыток (Windle, Miller-Tutzauer & Domenico, 1992). Пропорция злоупотребляющих психоактивными веществами среди пытавшихся покончить с собой подростков, доставленных в клинику, составляет от 25 % (Winters & Kaplan, 1987) до 42 % (Christoffel et al., 1988). М. С. Гулд и коллеги на основании изучения выборки подростков нашли, что злоупотребление психоактивными веществами или зависимость увеличивали риск суицидальных попыток среди мальчиков и вносили значимый вклад в более частый переход от мыслей о самоубийстве к попыткам такового (Gould et al., 1998). Другое свидетельство о роли, которую играет злоупотребление психоактивными веществами в тяжести суицидальных попыток, приводят Д. А. Брент и соавторы: подростки — жертвы самоубийства, воспользовавшиеся огнестрельным оружием, чаще оказывались пьющими, чем те, кто прибегал к другим способам (Brent et al., 1987). Несомненно, употребление алкоголя и злоупотребление им являются определяющим фактором того, что суицид оказывается главной причиной смертности среди подростков 15—19 лет (Gould et al., 1992).

Как и взрослые, подростки, которые употребляют большие дозы алкоголя, подвергаются особенно высокому риску возникновения связанных с пьянством проблем. У много пьющих студентов колледжа шанс пострадать, получить травму или управлять автомобилем в нетрезвом состоянии был значимо выше, чем у студентов, в попойках не участвующих (Wechsler et al., 1998). Другие выявленные в данной популяции проблемы, связанные с эпизодическим потреблением больших количеств спиртных напитков, касались незапланированных сексуальных контактов, незащищенного секса, пропуска занятий, невыполнения домашних заданий, ссор с друзьями, повреждений собственности, неприятностей с полицией. Рост степени алкоголизации увеличивал вероятность воз-

никновения отрицательных последствий (Werch, Gorman & Marty, 1987).

Многочисленные исследования свидетельствуют о стабильном повышении риска пьянства и связанных с ним негативных последствий в раннем и позднем подростковом возрасте, подчеркивая тем самым настоятельную необходимость создания эффективных профилактических программ борьбы с этим злом в данной возрастной группе. Важным компонентом является выявление подвергающихся риску подростков, поскольку они, как правило, не направляются на лечение в связи с приемом психоактивных веществ. Медицинские учреждения и учебные заведения — это те места, где подростки с проблемами алкоголизации или наркотизации могут быть своевременно идентифицированы и где им может быть оказана своевременная помощь.

## **Краткие вмешательства в медицинских учреждениях**

Во многих отношениях контакты с медициной, включая регулярные посещения врача в системе первичной медицинской помощи, а также обращения в связи с заболеванием или травмой, создают оптимальную возможность для вмешательства в алкогольные проблемы. Процент лиц, страдающих от таких проблем, среди обращающихся за медицинской помощью, выше, чем в общей популяции (US DHHS, 1997), а пьющие пациенты скорее обратятся за помощью или советом к врачу общей практики, чем к специалисту-наркологу (Institute of Medicine, 1990).

Первые исследования на базе медицинских учреждений были предприняты в начале 1960-х гг. и сначала заключались в попытках содействовать обращению алкоголиков за лечением. Они представляли собой краткие консультации и рекомендации (Chafetz, 1968; Chafetz et al., 1962), рассылку писем, телефонные звонки клиентам (Koumans, Muller Y. & Miller C., 1967), назначения встреч (Kogan, 1957). Клинические исследования с использованием контрольных групп, которые включали лиц, не получающих лечения, подтвердили эффективность таких подходов.

С начала 1980-х гг. краткие вмешательства, направленные на борьбу со злоупотреблением алкоголем, проводились в медицинских учреждениях Великобритании, скандинавских стран, Соединенных Штатов. Такое вмешательство, определяемое как минимальный контакт с врачом общей практики или психиатром, было рекомендовано Институтом здравоохранения для снижения уровня потребления алкоголя и связанных с этим проблем для индивидов, обнаруживающих симптомы подобных проблем или страдающих алкоголизмом (IOM, 1990; Marlatt et al., 1993). Вмешатель-

ство такого типа обычно включает краткую оценку алкогольного статуса пациента и совет врача о том, как снизить количество потребляемых спиртных напитков. Краткое вмешательство также может включать направление на дополнительные консультации (Bernstein E., Bernstein Y. & Levenson, 1997).

В 1988 г. были опубликованы результаты исследования, охватывавшего 909 пациентов системы первичной медицинской помощи, употреблявших чрезмерные количества спиртных напитков (для мужчин и женщин соответственно 35 и 21 и более доз<sup>1</sup> в неделю); участники исследования были случайным образом разбиты на группу, где проводилось краткое вмешательство, и контрольную группу (Wallace, Cutler & Haines, 1988). Вмешательство заключалось во встрече с лечащим врачом общего профиля, оценивавшим алкогольный статус пациента, который получал нормативную обратную связь в виде советов, дневник употребления спиртного, брошюру с информацией относительно разумных пределов приема алкоголя. Пациентам предлагалась контрольная встреча, а врачам предоставлялся выбор назначения до трех таких встреч. По истечении года испытуемые из группы вмешательства снизили потребление спиртных напитков на 18 и 11 доз в неделю (для мужчин и женщин соответственно) по сравнению с 8 и 6 дозами в контрольной группе. Кроме того, у мужчин из группы вмешательства значительно улучшились показатели уровня гамма-глутамилтрансферазы — маркера, ассоциирующегося с патологией печени.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) провела крупнейшее исследование эффективности кратких вмешательств при первичной медицинской помощи (Babor & Grant, 1992) — интернациональную программу, охватившую десять стран (из-за методологических проблем и несоответствия данных при анализе использовались результаты, полученные лишь в восьми странах). Пациенты, отнесенные к группе риска развития хронических проблем со здоровьем, набирались из медицинских учреждений первичной помощи, включая терапевтические отделения больниц, отделения первичной помощи и агентства медицинских обследований. Участники исследования случайным образом были разбиты на контрольную группу (где проводилась только 20-минутная оценка состояния здоровья), группу получавших простой совет (оценка состояния здоровья плюс 5 минут советов о важности разумного употребления спиртных напитков или полного от них отказа, выявление имеющихся проблем и выдаваемая с собой памятка) и группу, в которой оценка состояния здоровья сопровождалась 20-минутной консультацией, основанной на пособии, описывавшем пользу отказа от вредной при-

---

<sup>1</sup> Под дозой (*drink*) понимается количество спиртного напитка, эквивалентное 12—14 мл этанола (*Примеч. пер.*).

**вычки**, способы разрешения потенциально опасных ситуаций, связанных с потреблением спиртных напитков, и создание альтернатив пьянству. Было привлечено 1119 участников, 75 % которых находились под наблюдением приблизительно в течение 9 месяцев после вмешательства. У мужчин, подвергшихся вмешательству, уменьшилось общее потребление алкоголя, число дней потребления спиртного и количество доз, выпиваемых за день, хотя различий в частоте симптомов зависимости, связанных с алкоголизацией проблем, и обеспокоенности, высказываемой окружающими, выявлено не было. Интересно отметить, что между женщинами, входившими во все три группы, различий обнаружено не было, хотя все они стали пить значимо меньше.

М. Ф. Флеминг с коллегами для проведения краткого вмешательства привлекли 774 пьющих пациентов системы первичной медицинской помощи (Fleming et al., 1997). Испытуемые, разделенные случайным образом, получали или две 10—15-минутные консультации лечащего врача, или брошюру, посвященную проблемам здоровья. Через 12 месяцев пациенты из первой группы за неделю, предшествовавшую обследованию, выпивали меньше доз алкоголя, реже напивались и участвовали в меньшем числе попок за месяц, чем пациенты, получившие брошюру.

В целом исследования показали положительное воздействие краткого вмешательства на взрослых пьяниц, отобранных в учреждениях первичной медицинской помощи<sup>1</sup>. Возраст пациентов в среднем составлял 30—40 лет и, по крайней мере, в одной работе была отмечена низкая представленность более молодых людей (Wallace et al., 1988). Это отчасти могло объясняться тем, что в некоторых программах потенциальные участники отбирались по признаку наличия связанных с употреблением спиртных напитков нарушений здоровья (например, патологии печени), что не характерно для молодежи, страдающей от алкогольных проблем. Учитывая, что наибольшую часть пьющих составляют молодые взрослые (SAMHSA, 1997), следует признать, что значительная группа подвергающихся риску лиц не получает потенциально возможной эффективной помощи.

Существует целый ряд причин того, что краткое антиалкогольное вмешательство в медицинских учреждениях, направленное на подростков, могло бы быть продуктивным. Во-первых, одно из преимуществ такого метода заключается в том, что появляется возможность выявить лиц, подвергающихся риску алкоголизации,

---

<sup>1</sup> Помимо описанных исследований был проведен ряд программ, сравнивавших краткое вмешательство с более интенсивным традиционным лечением злоупотребления психоактивными веществами. Рассмотрение этих работ не входит в задачи данной главы; читатель, интересующийся результатами соответствующих исследований, может обратиться к обзору: Bien, Miller, Tonigan, 1994.

но обычно не обращающихся за лечением по поводу злоупотребления психоактивными веществами. В недавнем исследовании, проведенном на травмированных подростках, получавших лечение в отделениях экстренной медицинской помощи, только трое (4 %) из 73 пациентов, которым при госпитализации был поставлен диагноз злоупотребления алкоголем или алкогольной зависимости, находились на лечении именно по этому поводу (Chung et al., 2000). Эти данные подтверждают потенциальную эффективность выявления и лечения подростков, подвергающихся риску алкоголизации, в медицинских учреждениях. Другая причина заключается в том, что многие подростки и молодые люди студенческого возраста не имеют врача из системы первичной медицинской помощи, и единственный контакт с системой здравоохранения у них возникает при обращении из-за какой-либо острой проблемы со здоровьем. Кроме того, такой подход дает возможность установить контакты хотя бы с частью подростков, которые бросили школу и поэтому не охватываются профилактическими программами на базе учебных заведений.

Как уже было отмечено, большинство исследований, применявших краткое вмешательство, проводилось с пациентами, подвергающимися риску возникновения алкогольных проблем. Лишь немногие опубликованные работы посвящены лицам, получавшим медицинское лечение после связанного с алкоголем происшествия. Тем не менее следует отметить, что время подобного вмешательства может играть очень важную роль в его эффективности. Например, лечение травмы, связанной с употреблением спиртных напитков, может оказаться подходящим моментом для извлечения уроков. Другими словами, страдая от алкогольной травмы или неприятных ощущений (например, медицинских процедур по поводу острой интоксикации), человек может более ярко осознать вред алкоголизации и почувствовать интерес к мерам, которые могли бы предотвратить новый инцидент; в таких случаях пациенты проявляют большую готовность говорить о своих алкогольных привычках. Имеются свидетельства того, что негативные последствия злоупотребления спиртными напитками делаются наиболее заметными в период после острой интоксикации и что использование этих обстоятельств способно создать мотивацию к переменам (Clancy, 1964; Padiaditakis, 1962). Таким образом, вмешательство, направленное на обсуждение пьянства и его последствий, а также других связанных с алкоголем неприятностей, может усилить интерес человека к отказу от рискованного поведения.

Несомненно, краткие вмешательства бывают успешными и содержат важные элементы, порождающие перемены даже для индивидов, не обращающихся за помощью по поводу алкогольных проблем. В. Р. Миллер и В. С. Санчес (Miller, Sanches, 1993)



выделили шесть элементов, общих для эффективных кратких вмешательств, для которых они используют аббревиатуру FRAMES<sup>1</sup>. В их число входят: *Feedback* (обратная связь) по поводу результатов обследования; упор на личную *Responsibility* (ответственность) за изменения; получение *Advice* (советов) по поводу желательных изменений; *Menu* (перечень) выборов возможных изменений; *Empathy* (эмпатия) врача; поощрение *Self-efficacy* (самоэффективности) в отношении изменения поведения. Высказывается гипотеза (Miller, Rollnick, 1991), что эти элементы краткого вмешательства оказывают воздействие на мотивацию изменений. Другими словами, вмешательства, характеризующиеся указанными элементами, запускают мотивационный процесс, благодаря которому пьющий человек начинает интересоваться изменением своего поведения. В. Р. Миллер и С. Рольник разработали терапевтический подход, известный как «мотивационное интервью» (МИ), который включает указанные элементы и имеет целью снижение проявлений проблемного поведения благодаря готовности и стремлению клиента к переменам.

## Мотивационное интервью

Концептуально МИ объединяет клиентоцентрированную и когнитивно-поведенческую техники и использует подход когнитивного отклика, разработанный в социальной психологии для изучения соответствия поведения установкам. МИ исходит из взгляда на мотивацию скорее как на состояние, а не на переменную характеристику (Miller, 1985), а также из обсуждавшихся выше исследований краткого вмешательства (Bien, Miller, Tonigan, 1993; Miller, Rollnick, 1991).

МИ является неконфронтационным, но, тем не менее, директивным подходом, направленным на изменение поведения. Консультант использует специфические стратегии для помощи в осознании пациентом проблемы и нахождении путей ее разрешения; тем не менее ответственность за перемены в поведении несет исключительно клиент. Как подчеркивали В. Р. Миллер и С. Рольник, существует пять клинических принципов, лежащих в основе МИ: 1) выражение эмпатии, 2) показ существующих расхождений, 3) избегание споров, 4) приспособление к сопротивлению, 5) поддержка самоэффективности. Эмпатический терапевтический стиль играет в МИ центральную роль и воспринимается клиентом благодаря уважительной, безоценочной рефлексивной технике выслушивания. Что касается второго принципа, то консультант должен активно стремиться усилить осознание клиентом расхожде-

---

<sup>1</sup> От англ. *frame* — несущая конструкция.

ний между его поведением и более широкими целями. Например, такое расхождение может быть подчеркнуто обсуждением положительных и отрицательных аспектов алкогольных привычек клиента и/или предоставлением обратной связи по поводу соответствия поведения клиента в отношении спиртных напитков поведению его/ее сверстников. Консультанту следует совершенно отказаться от споров с клиентом, избрать неагрессивный стиль и избегать навешивания ярлыков (ни в коем случае, например, не называть клиента алкоголиком), что может вызвать реактивное сопротивление клиента. Столкнувшись с сопротивлением, консультант должен воспринять это как сигнал о необходимости изменить подход и воспользоваться одной из рефлексивных стратегий выслушивания с целью смягчения оборонительного поведения клиента. Поддержка самооффективности означает активные действия консультанта по укреплению веры клиента в собственную способность изменить нежелательное поведение. Этого можно достигнуть, подчеркивая соответствующие способности и его достижения в других областях и поддерживая его намерения изменить образ жизни. Названные принципы соответствуют элементам FRAMES (в определенной мере пересекаются с ними). В совокупности они служат основанием для специфических процедур МИ.

### **Мотивационное интервью для подростков**

В добавление к описанным выше теоретическим обоснованиям проведения краткого вмешательства в медицинском учреждении, следует отметить факторы, делающие МИ с подростками особенно эффективным. Во-первых, МИ не предполагает заинтересованности клиента в изменении своего поведения; оно скорее направлено на оценку его мотивации с помощью открытых вопросов и последующего использования стратегии, соответствующей его готовности к изменению поведения (Miller, Rollnick, 1991). Поскольку МИ принимает во внимание уровень мотивации клиента, этот метод особенно подходит для подростков, которые могут проявлять амбивалентность или быть еще не готовыми к изменению своих алкогольных привычек (Miller, 1994; Miller, Rollnick, 1991). Часто применяемый при лечении злоупотребления психоактивными веществами подход, предусматривающий тренинг навыков, может оказаться неподходящим и не дающим эффекта применительно к индивидам, которые пока еще не испытывают достаточного интереса к изменению собственного поведения. Например, у взрослых пациентов, употреблявших большие дозы спиртных напитков, но считавших себя «не готовыми к переменам», большее снижение потребления алкоголя достигалось в результате МИ, чем в результате консультаций, направленных на тренинг навыков (Heather et al., 1996). Более того, подростки обычно про-

являют меньшую мотивацию к изменениям, чем взрослые (Melnick et al., 1997), следовательно, их мотивация требует подкрепления, прежде чем можно будет рассчитывать на изменения поведения. «Нужно заключить, что если терапевт сможет помочь клиенту перейти от предварительного обдумывания и амбивалентности к решению и приверженности переменам, то за этим часто следует изменение поведения»<sup>1</sup>.

Другой причиной действенности МИ в отношении подростков является его неконфронтационность в отличие от того, что иногда практикуется в антиалкогольной терапии. Например, некоторые психотерапевтические методики предполагают как метод воздействия на пациента прямое противостояние семьи, друзей, коллег. Такой подход нередко вызывает сильное противодействие и не приводит к желательному исходу (Miller, 1985; Miller, Benefield, Tonigan, 1993; Miller et al., 1995). Применительно к подросткам неагрессивный стиль особенно важен, поскольку для них характерна защитная реакция в отношении алкогольных привычек, а также боязнь выговора или нотации со стороны взрослого. Избегание прямой конфронтации снижает сопротивление и помогает установлению взаимопонимания между консультантом и клиентом. Однако МИ предполагает конфронтацию иного рода: благодаря наличию обратной связи клиент ставится перед лицом тех проблем, которые связаны с его/ее пристрастием к спиртному (Miller, 1995), хотя такая конфронтация может оказаться прямой и выраженной, она не носит ни агрессивного, ни осуждающего характера.

Последним доводом в пользу применения МИ на подростковой популяции является тот упор, который делается на усилении самооффективности. Самооффективность — важный аспект проблемного поведения (Bandura, 1982; Chung, Elias, 1996; Prochaska, Johnston, Lee, 1998) и поведенческих изменений (Forsberg et al., 1996; Lee & Oei, 1993; Marcus et al., 1994). Изучение молодежи в период перехода от подросткового возраста к юности (Schulenberg et al., 1996) показало, что низкая самооффективность является фактором риска частого участия в попойках. Более того, имеются также свидетельства того, что собственная оценка подростком своей способности контролировать количество выпитого в провоцирующей ситуации служит предиктором дальнейшего потребления алкоголя (Kavanagh, Sitharthan & Sayers, 1996). Направленность вмешательства на самостоятельное изменение клиентом собственного поведения также является положительным предиктором упорства в достижении цели (Bandura, 1982). При проведении МИ консультант должен стремиться укрепить уверенность клиента в том, что его/ее попытки изменить поведение окажутся успешными и

---

<sup>1</sup> Miller W.R. Motivational interviewing III: On the ethics of motivational intervention // Behavioral and Cognitive Psychology. — 1994. — № 22. — P. 118.

что ему/ей удастся справиться с трудностями, которые сопряжены с такой переменной. Этот аспект особенно важен при работе с пьющими подростками, которые не имеют такого опыта личностных изменений, как взрослые.

### **Мотивационное интервью как краткое вмешательство на взрослой популяции**

В. Р. Миллер, Р. Г. Соверен и Б. Криг (Miller, Sovereign & Krege, 1988) первоначально разработали МИ как часть программы «Контроль над пьянством» — DCU (Drinker Check-UP), которая должна была предоставлять пьющим взрослым возможность всесторонней оценки связанных с алкоголем проблем и объективную обратную связь. DCU не входила в лечебные мероприятия, и ее участники обычно не смотрели на себя как на чрезмерно потребляющих спиртные напитки. Тем не менее большинство из них имели проблемы, связанные с приемом алкоголя (Miller, 1995). Несколько исследований, которые провели В. Р. Миллер и коллеги (Miller et al., 1988), выявили, что данный подход снижает потребление спиртного участниками программы. Испытуемые случайным образом были разбиты на группу, где мероприятия DCU проводились немедленно, и группу, где вмешательство осуществлялось на 6 недель позднее. В первой группе было выявлено умеренное снижение потребления алкоголя. Сходные результаты были получены и в отношении лиц, подвергавшихся воздействию и еще только его ожидавших: различия между ними оказались значимыми, и в течение года после вмешательства потребление алкоголя участниками программы снизилось на 57 % (Miller et al., 1993).

Два дополнительных исследования показали эффективность программы DCU как предвестника успешности лечения от злоупотребления психоактивными веществами. Пациенты частной психиатрической клиники были разделены на тех, кто перед началом лечения дважды участвовал в МИ, и тех, кто этого был лишен. Первых врачи клиники оценили как более заинтересованных в последующем лечении; кроме того, у них в более значительной степени снизилось потребление спиртных напитков за 3 месяца после выписки, чем во второй группе (Brown & Miller, 1993). Сходные результаты были получены для пациентов поликлинического отделения Медицинского ветеранского центра (Bien, Miller & Boroughs, 1993).

Крупнейшее исследование с использованием мотивационного подхода было проведено в рамках комплексного сравнения эффективности лечения (Project MATCH Research Group, 1997). Пациенты, получившие терапию в связи с алкогольными проблемами, были разделены на группы, где проводилась:

1) терапия усиления мотивации — МЕТ (Motivational Enhancement Therapy), которая представляла собой четырехкратное МИ;

2) когнитивно-поведенческая терапия — CBT (Cognitive-Behavioral Therapy);

3) 12-шаговое содействие — TSF (Twelve-Step Facilitation).

Хотя основной целью исследования было выяснить, какое лечение наиболее эффективно для разных пациентов, весьма показательны общие выводы. Несмотря на то, что протокол MET предусматривал втрое меньше занятий, чем CBT или TSF, не было обнаружено существенных различий в исходах всех трех видов вмешательства через 12 месяцев по окончании лечения. Это показывает, что MET, несмотря на свою краткость, может быть столь же действенной, как и стандартные медицинские подходы.

В целом свидетельства эффективности МИ и как единственной терапии на базе поликлиники, и как краткого вмешательства, направленного на пациентов с алкогольными проблемами, и как подготовки к интенсивному лечению в клинике оказались весьма убедительны. При качественной оценке 211 исходов при использовании 43 различных методов лечения наивысший балл получила программа «Краткое вмешательство»; за ней шли «Формирование социальных навыков» и «Усиление мотивации» (Miller et al., 1995).

### **Мотивационное интервью с подростками, вовлеченными в пьянство**

Как было показано выше, потенциал МИ как подхода к лечению подростков, которым угрожает алкоголизация или наркотизация, велик, поддержка его растет. Недавно Г.А. Марлатт и коллеги (Marlatt et al., 1998) провели исследование эффективности краткого МИ в снижении потребления алкоголя и связанных с ним проблем среди студентов колледжей. После оценки алкогольного статуса с участниками программы проводились индивидуальные 45-минутные беседы. В соответствии с теоретическими основаниями подхода интервьюеры избегали директивной техники и старались добиться доверия испытуемых, задавая им открытые вопросы об их связанном с употреблением алкоголя поведении. Студентам раздавались индивидуализированные заключения, в которых их поведение сравнивалось с поведением сверстников. Обсуждались их представления о воздействии спиртных напитков (алкогольные ожидания), сравнивался эффект плацебо и две фазы опьянения (первоначальный стимулирующий эффект, за которым следует депрессия). Студентам раздавались листовки с описанием алкогольных ожиданий и с рекомендациями по снижению риска<sup>1</sup>. Через год после интервью участникам программы были разосла-

---

<sup>1</sup> Более подробное описание исследования и особенности применения МИ среди студентов колледжа приведены в работах: Marlatt et al., 1998, и Dimeff et al., 1999.

ны по почте индивидуальные формы для обратной связи, на основании которых были сделаны оценки алкоголизации перед вмешательством, через 6 и 12 месяцев после него. Тем студентам, для кого риск был оценен как высокий или чрезвычайный ( $n=56$ ), сотрудники исследовательской команды звонили с предложениями помощи и советов по снижению риска. 34 человека из этой группы получили дополнительное МИ на второй год после изначального вмешательства.

Полученные за два года данные говорят о значимом воздействии вмешательства на множественные параметры употребления алкоголя и связанные с этим проблемы как в ближней (полгода после МИ), так и в более отдаленной перспективе (от года до двух). По сравнению с контрольной группой, в которую входили студенты, прошедшие лишь оценку их алкогольного статуса, в группе вмешательства, по сообщениям ее участников, снизился уровень употребления спиртных напитков и связанные с этим проблемы. Например, при обследовании через два года 11 % получивших МИ соответствовали критерию алкогольной зависимости по сравнению с 26,9 % в контрольной группе. Хотя воздействие вмешательства на потребление алкоголя было оценено как скромное, влияние МИ на связанные с пьянством проблемы было более существенным.

При оценке эффекта МИ через 6, 12 и 24 месяца был выявлен значимо более низкий уровень потребления алкоголя и связанных с ним проблем (Marlatt et al., 1998). Такой результат особенно знаменателен при рассмотрении в более широком контексте публикаций на тему профилактики алкоголизации среди студентов колледжей. Даже из немногочисленных сообщений о проведенных под должным контролем исследованиях можно заключить, что их эффект бывает очень незначительным (Moskowitz, 1989; Wood, 1998). Наконец, выявление большего воздействия на алкогольные проблемы, чем на потребление спиртных напитков, вполне соответствует ориентации МИ на уменьшение вреда и дает весомое доказательство его валидности как вмешательства, направленного на уменьшение риска алкоголизации среди молодежи.

### **Мотивационное интервью в отделениях экстренной помощи**

Наша программа предполагала проведение краткого МИ с подростками, имевшими алкогольные проблемы, из числа пациентов травматологического центра, тяжесть состояния которых была отнесена к уровню 1. Пациенты моложе 18 лет получали лечение в педиатрическом отделении экстренной помощи, более старшие — во взрослом отделении. С признанными годными для проведения программы подростками (т.е. говорящими по-английски, не проявляющими суицидальных намерений и не задержанными поли-

цией) в возрасте 13—19 лет МИ проводилось во время или сразу же после оказания медицинской помощи. Старшие (18—19-летние) подростки интервьюировались без привлечения родителей, младшие — в присутствии родителя. Участие в программе было добровольным; согласие выразили примерно 65% подростков.

**Обследование.** Мы составили батарею оценочных тестов и компьютеризировали ее для удобства употребления и сбора данных. Консультант выступал в роли помощника, произносил вслух каждый вопрос, а потом вводил ответ испытуемого в компьютер. Кроме демографических данных обследование включало определение уровня потребления алкоголя, наличие связанных с этим проблем, сведения об управлении автомобилем в нетрезвом состоянии, о случаях рискованного поведения, о травмах, в том числе обусловленных потреблением алкоголя, о готовности изменить свое поведение, доводы «за» и «против» употребления спиртных напитков и наличие депрессии. В исследовательских целях мы также знакомимся с историей болезни, чтобы получить информацию о характере полученных травм. В случае если пациент был моложе 18 лет, один из родителей заполнял краткую анкету, касающуюся собственной истории употребления спиртных напитков и семейного отношения к пьянству подростков и управлению автомобилем в нетрезвом состоянии. Инструменты оценки алкогольного статуса при последующем обследовании не отличались от использованных при первичном интервью; к ним добавлялся опрос относительно сделанных за этот период попыток изменить поведение в отношении алкоголя или подвергнуться лечению по поводу злоупотребления психоактивными веществами.

**Вмешательство.** После завершения предварительной процедуры пациенты случайным образом разделялись на тех, с кем проводилось МИ, и тех, кто получал только обычную медицинскую помощь. Во второй группе раздавались брошюры, касающиеся опасностей злоупотребления спиртными напитками и управления автомобилем в нетрезвом состоянии, способов уменьшения риска, а также перечень местных медицинских учреждений, специализирующихся на лечении подросткового злоупотребления психоактивными веществами. Процедура МИ строилась на изложенных выше принципах (Miller & Rollnick, 1991). МИ преследовало разнообразные цели и включало в себя выяснение обстоятельств, обратную связь, дискуссии на темы алкоголя и связанного с ним поведения, в том числе возможности получения травм и вождения в нетрезвом состоянии. В соответствии с общим подходом специфическое содержание дискуссии менялось применительно к каждому конкретному пациенту.

Разработанное нами МИ включает пять разделов:

- 1) введение и обсуждение конкретного связанного с алкоголем происшествия;

- 2) изучение мотивации к изменению поведения;
- 3) индивидуализированную обратную связь и укрепление мотивации;
- 4) представления о будущем;
- 5) задачи изменения поведения.

Консультант предлагает интервью как возможность для пациента поговорить о своих мыслях и чувствах по поводу события, послужившего причиной лечения в отделении экстренной помощи, и в случае проявления пациентом интереса — обсудить пути предотвращения подобных ситуаций в будущем. Для смягчения защитной реакции пациента консультант подчеркивает отсутствие намерения поучать его и готовность обсудить его решения и сделанный им выбор по поводу употребления алкоголя и его последствий. Цель этой вступительной части беседы — представить консультанта как испытывающего эмпатию и беспокойство без авторитаризма и вынесения суждений (Miller, 1995); одновременно консультант выясняет сопутствовавшие несчастному случаю обстоятельства (например, насколько пациент был пьян и с кем он находился). На следующем этапе, при определении уровня мотивации к изменениям, задаются вопросы о том, что нравится и что не нравится пациенту в алкогольном поведении («за» и «против») и о причинах управления автомобилем в нетрезвом состоянии. Открытые вопросы и рефлексивная техника выслушивания используются для того, чтобы побудить пациента дать как можно больше ответов, обсудить самые важные для него вещи и представить самые страшные неприятности, какие могли бы с ним случиться. Пациенту также задаются вопросы об отношении к потреблению спиртных напитков и к управлению автомобилем в нетрезвом состоянии его родителей и друзей и о том, какое воздействие на него производят взгляды близких людей. Задачей этого этапа вмешательства для консультанта является идентификация наиболее важных позитивных и негативных моментов, связанных для пациента с употреблением спиртных напитков и с вождением после этого. Получив представления о личных «за» и «против» подростка, консультант имеет возможность индивидуализировать интервью, учитывая степень готовности пациента к изменению собственного поведения.

На третьем этапе пациент знакомится с выполненной компьютером оценкой его алкогольного статуса, которая может быть предоставлена устно или в виде распечатки. Информация касается таких вопросов, как паттерн потребления спиртных напитков пациентом в сравнении с таковым для его/ее сверстников того же пола (частоты потребления, обычного количества выпитого за один раз, частоты опьянения); коррекция нередко встречающейся у молодежи завышенной оценки распространенности употребления спиртных напитков, пьянства и алкогольных проблем (Baer & Carney,



1993; Baer, Stacy & Larimer, 1991). Подростку предоставлялась возможность обсудить ситуации эпизодического потребления больших количеств алкоголя (Midanik & Clark, 1995). Если в связи с несчастным случаем проводилось измерение содержания алкоголя в крови, то пациенту сообщается результат анализа и обсуждается роль алкоголя в обмене веществ. Участники программы часто бывают удивлены данными нормативной обратной связи, поскольку не осознавали тяжести собственной алкоголизации по сравнению со сверстниками и обычно плохо представляли себе влияние алкоголя на поведение, в особенности на управление автомобилем.

Пациенты также получали информацию об уровне их физической и эмоциональной зависимости от алкоголя и в том числе о толерантности к нему. Эта часть интервью имела целью исправление неверных представлений о толерантности: подростки нередко считают ее позитивной характеристикой и предметом гордости. Пациент знакомится с половозрастными особенностями связанных с употреблением спиртных напитков проблем: напряженность в семье и в отношениях с друзьями, неприятностями в школе, получением травм и безответственностью поведения.

Каждую из этих тем консультант обсуждает с пациентом, спрашивает его о реакции родителей и в случае необходимости предоставляет более подробную информацию. Задачей консультанта является выяснение того, какая тема обратной связи вызвала у подростка наибольшую озабоченность, и более детальное ее обсуждение. Свое собственное отношение к проблемам консультант высказывал только с согласия на это пациента. При выписке пациент получал копию распечатки компьютерной информации и брошюры, касающиеся алкогольных проблем и управления автомобилем в нетрезвом состоянии.

На следующем этапе консультант строил беседу таким образом, чтобы побудить подростка представить свое будущее, если его алкоголизация сохранится на том же уровне или если снизится. Эта часть МИ рассчитана на развитие у пациента представлений о несоответствии его поведения будущим целям и должна усилить его сомнения относительно своего образа жизни (Miller & Rollnick, 1991).

Заключительный этап вмешательства имел целью помочь пациенту в выявлении целей изменения поведения и осознании того, какие препятствия стоят на пути к этому. Консультант поощряет подростка к обсуждению того, что он хотел бы изменить, к разработке поведенческих стратегий, которые привели бы к снижению потребления алкоголя. По мере надобности он тактично дает советы и рекомендации, помогает пациенту составить план действий и обдумать пути преодоления будущих трудностей. Такой подход используется по нескольким причинам: исследования по-

казывают, что мотивация пациента укрепляется, если он участвует в принятии решений относительно употребления спиртных напитков (Cooney, Sweben & Fleming, 1995), обращение к индивидуальным стратегиям приводит к более положительным исходам (Miller & Hester, 1986), лица с алкогольными проблемами предпочитают сами определять свои цели, а не получать указания, хотя некоторые испытуемые предпочитают, чтобы цели были им предписаны (Sobell et al., 1993). В целом МИ длится примерно 35—40 минут.

**Оценка точности вмешательства.** В дополнение к еженедельным клиническим обследованиям и ежеквартальным встречам для мониторинга и оценки точности МИ были разработаны два метода с использованием пособий. После каждого интервью пациенты заполняли оценочные формы, которые отражали их мнение о том, что было для них главным при данной встрече. В число выделяемых характеристик входили воспринимаемое взаимопонимание («с консультантом легко разговаривать»), эмпатия («консультант беспокоится обо мне»), поощрение самоэффективности («консультант поможет мне поверить, что я смогу изменить свое поведение, если захочу»). Выбор оценок колебался в пределах от «совершенно не согласен» (1 балл) до «абсолютно согласен» (4 балла). Другие пункты касались того, были ли затронуты некоторые специфические аспекты и насколько их обсуждение оказалось полезным. К таковым относились обсуждения «за» и «против», нормативная обратная связь относительно алкогольного статуса пациента, выяснение взглядов родителей и друзей на употребление спиртных напитков и управление автомобилем в нетрезвом состоянии, стратегии преодоления алкоголизации. Выбор ответов на эти вопросы предполагал варианты от «тема не обсуждалась» (0 баллов) до «обсуждение было очень полезным» (3 балла).

Участники дали очень высокие оценки взаимопониманию (в среднем 3,9 балла) с консультантом, эмпатии (3,7) и укреплению самоэффективности (3,7), что подтвердило адекватность вмешательства в отношении основных элементов интервью. Согласно мнению пациентов, обсуждению самых важных вопросов было посвящено 88 % времени интервью, в то время как по оценке консультантов эта цифра составила 89 %. В целом пациенты находили все составляющие интервью «довольно полезными» или «очень полезными» со средней оценкой в 2,3—2,8 балла. Наиболее полезными они сочли обсуждение способов избежать управления автомобилем в нетрезвом состоянии и положительных сторон употребления спиртных напитков, а также предоставление нормативной обратной связи.

Поскольку МИ по большей части проводились в тесном и шумном отделении экстренной помощи, осуществить видео- или аудиозапись для последующего кодирования не представлялось возмож-

ным. Тем не менее, поскольку мы стремились получить независимую объективную оценку материалов обратной связи, была разработана еще одна процедура выявления точности вмешательства. В ней использовались методы исследования MATCH (Carroll et al., 1998), с помощью которых оценивалась степень успешности программы «Усиливающая мотивацию терапия»; такая процедура позволяет подготовленным экспертам оценивать осуществление протокола исследования *in vivo*. Инструкция для экспертов (Behr et al., 1994) задает точные критерии оценки выполнения консультантом протокола МИ и проявленного им умения в важных областях (выражении эмпатии, избегании споров).

Консультанты участвовали в записываемых на видеопленку ролевых играх по проведению МИ; трое экспертов, соответственно подготовленных и знакомых с протоколом исследования, давали им оценку по 11 показателям, отражающим основополагающие принципы МИ (эмпатия, рефлексивное слушание, неконфронтационный стиль), а также по строгому соблюдению специфических процедур (предоставление обратной связи). Оценки были в пределах от «полностью отсутствует» (1 балл) до «весьма выражено» (5 баллов). Как и в проекте MATCH, выбор критериев был намеренно консервативным: нижней границей для оценки каждого пункта являлся 1 балл. Эксперты были проинструктированы присваивать балл, больший единицы, только если имели место явные свидетельства соблюдения принципов МИ и выполнения протокола. Баллом 2 оценивалось несомненное выполнение всех требований, но при упущении некоторых возможностей использования важных для МИ стратегий, которые могли бы привести к изменению поведения. Балл 3 свидетельствовал, что консультант точно придерживался протокола и использовал соответствующие стратегии, но не все. Баллы 4 и 5 служили оценкой не только соблюдения всех требований протокола и использования всех стратегий, но и особых умений консультанта: балл 4 говорил о том, что консультант использовал все дополнительные возможности, но не вполне вписал их в структуру интервью; балл 5 характеризовал его безупречное проведение по всем параметрам.

Двое экспертов проводили первичную оценку видеоматериалов, а еще один — вторичную; при этом они заполняли формы наблюдения: пометки делались во время просмотра на специально разработанных бланках. Индивидуальные оценки экспертов затем распределялись по одиннадцати графам; по всем из них были получены убедительные данные о соблюдении основных принципов МИ и протокола исследования. Средние оценки составили от 2,1 балла для укрепления самоэффективности до 3,8 для использования рефлексивного слушания. Средний балл, превышающий 3, был выведен экспертами за демонстрацию эмпатии, избе-

гание споров, подчеркивание персональной ответственности за изменения, предоставление нормативной обратной связи. Средний общий балл по всем графам составил 3, что говорит о том, что элементы протокола последовательно воплощались в жизнь. Это результат несколько выше того, который был получен при осуществлении проекта MATCH (Carroll et al., 1998).

Подводя итоги, можно утверждать, что описанные результаты, несомненно, подтверждают точность выполнения протокола и его концептуальное соответствие принципам МИ. Оценки, данные пациентами, консультантами и компетентными экспертами, свидетельствуют о достигнутом успехе в создании эмпатического взаимодействия и в последовательном соблюдении специальных рекомендаций протокола исследования. Осуществление программы позволило нам определить, какие элементы нуждаются в усовершенствовании в будущем (например, самый низкий балл, полученный за укрепление самооффективности, говорит о необходимости большего внимания к этому аспекту). Наконец, помимо своей ценности в качестве подтверждения точности проведенного исследования разработанные процедуры внесли весьма ценный вклад в обычную подготовку персонала и контроль за его работой: наличие регулярной обратной связи позволяет консультантам избегать снижения показателей.

**Эффективность вмешательства.** Возрастные различия между 13—19-летними подростками, разная степень участия родителей и условия в отделении экстренной помощи (в одном случае — педиатрическом, в другом — взрослом) побудили нас рассматривать участников исследования как две различные выборки. Старшая возрастная группа состояла из 18—19-летних пациентов, младшая — из 13—17-летних.

Данные анализа, проведенного через 6 месяцев применительно к старшей группе, были многообещающими (Monti et al., 1998): 94 % пациентов были проинтервьюированы через 3 и через 6 месяцев после выписки из отделения экстренной помощи; уровень участия составил 91 %. Независимо от того, какое вмешательство было проведено, объем потребления спиртных напитков снизился; наибольшее снижение отмечалось в первые 3 месяца после выписки. Отсутствие значимых различий между теми пациентами, которые участвовали в МИ, и теми, кто получил стандартные медицинские рекомендации, может быть следствием того, что к такому снижению приводил сам по себе несчастный случай, обусловленный употреблением алкоголя, факт лечения в отделении экстренной помощи и последующего участия в нашем проекте.

Впрочем, через 6 месяцев в связанном с алкоголем поведении и в его последствиях были выявлены значимые различия, а именно: подростки, участвовавшие в МИ, сообщали о значительном снижении потребления спиртных напитков и случаев вождения в

нетрезвом состоянии, в отличие от тех, кто получил стандартную медицинскую помощь. При первичном обследовании лишь 6 % пациентов из группы вмешательства сообщили о том, что за предшествующие 6 месяцев не сажались за руль после употребления алкоголя; через 6 месяцев после выписки уже 38 % подростков из этой группы, по их словам, со времени несчастного случая и обращения в отделение экстренной помощи ни разу не управляли автомобилем в нетрезвом состоянии. В группе сравнения о том, что они не пили перед тем, как сесть за руль, сообщили 15 % испытуемых; через 6 месяцев после выписки этот процент не изменился. Кроме того, в группе вмешательства более значительно, чем в группе сравнения, при обследовании через 6 месяцев снизилось число нарушений правил движения: с 43 до 13 % и с 36 до 29 % соответственно. Данные департамента транспорта говорят о том, что водители из обеих групп, имеющие лицензии, одинаково аккуратно сообщали о дорожно-транспортных происшествиях.

Число травм и несчастных случаев, связанных с употреблением алкоголя, также значимо различалось для двух групп: через 6 месяцев в группе вмешательства пострадавших оказалось 64 %, а в группе сравнения — 87 %; травмы в состоянии опьянения получили 21 и 51 % соответственно. Наконец, у подростков, участвовавших в МИ, за 6 месяцев после выписки стало значительно меньше связанных с употреблением алкоголя проблем (с родителями, друзьями, полицией, молодым человеком/девушкой, в школе).

Данные, полученные нами на базе отделения экстренной помощи, подтверждают результаты обследования студентов колледжей (Marlatt et al., 1998). В частности, Г. А. Марлэтт и соавторы нашли, что потребление спиртного снизилось и в экспериментальной, и в контрольной группах, но только у подростков, участвовавших в МИ, значимо уменьшилось количество последствий приема алкоголя. Интересно отметить, что по крайней мере в двух исследованиях популяций взрослых, имеющих проблемы с алкоголем, где использовался метод краткого вмешательства на базе медицинского учреждения, также было выявлено снижение потребления алкоголя в экспериментальной и контрольной группах, но количество связанных с алкоголем проблем уменьшилось более значительно в группе вмешательства (Chick, Lloyd & Crombie, 1985; Richmond et al., 1995).

С целью выяснения потенциальных механизмов воздействия МИ мы сравнили обе группы в отношении приводившихся их членами доводов «за» и «против» употребления алкоголя и числа обращений за дополнительным лечением. Различий по этим переменным обнаружено не было, поэтому мы не можем выделить механизмы воздействия МИ на изменение поведения пациентов, в них участвовавших. Возможно, участие в МИ содействует созданию и использованию стратегий, помогающих избегать рискован-

ного поведения и опасных ситуаций, которые могут привести к травмам и неприятностям. Роль этого и других возможных медиаторов требует дальнейшего уточнения.

Мы обнаружили, что в группе вмешательства, независимо от того, какая мотивация к изменению поведения было выявлена при первичном обследовании, число нарушений правил движения снизилось со времени, предшествовавшего госпитализации, к моменту окончания наблюдения. В группе, получившей лишь стандартную медицинскую помощь, такое снижение отмечалось только у тех испытуемых, кто при первичном обследовании проявил большую готовность изменить поведение. Очевидно, МИ воздействовало на тех пациентов, на мотивацию которых к изменениям не повлияло само по себе пребывание в отделении экстренной помощи (как это показал низкий уровень их интереса к переменам при первичном обследовании).

**Младшая группа пациентов.** Как и в старшей группе, через 3 месяца после несчастного случая у подростков 13—17 лет было отмечено значимое снижение потребления спиртных напитков, а различий между экспериментальной и контрольной группами по этому показателю обнаружено не было (Colby et al., 1999). Мы нашли, что выборка из 13—17-летних подростков более разнородна, чем старшая группа, поскольку различия в возрастном развитии у них более значительны и разброс этих показателей при первичном обследовании более велик. Еще одна особенность данной группы заключалась в том, что связанное с алкоголем поведение у них еще только формировалось; возможно, у них еще не сложился паттерн потребления спиртных напитков, который подвергся бы изменениям в результате вмешательства. По этой же причине последствия потребления алкоголя имели более низкую распространенность, в результате чего не удалось обнаружить выраженных различий между экспериментальной и контрольной группами.

Другим возможным объяснением несходства данных, полученных в разных возрастных группах, может служить разница в стандартах медицинской помощи пациентам педиатрического и взрослого отделений: например, палаты взрослого отделения рассчитаны на большее число больных. Возможно также, что к пациентам разного возраста медицинский персонал проявляет разное отношение. Кроме того, младших пациентов дольше оставляют в больнице для наблюдения, а старших выписывают скорее. На воздействие МИ также могло повлиять более частое присутствие родителей рядом с испытуемыми из младшей группы, что объяснялось возрастом пациентов. В силу всех этих обстоятельств участие в МИ могло не перевешивать эффект стандартной медицинской помощи. Наконец, юный возраст и относительная неопытность приводили к более сильной реакции на пребывание в отделении экстренной помощи, к которому МИ мало что добавляло. Если это

так, то, возможно, имело бы смысл осуществлять вмешательство через некоторое время после выписки, когда интенсивность переживания несчастного случая и реакции на него снизились бы. В целом нельзя судить, являлось ли МИ в той форме, в какой мы его проводили в настоящем исследовании, эффективным в отношении более юных подростков.

Тем не менее один положительный результат в работе с подростками младшей группы все же был получен: те из них, кто участвовал в МИ, стали реже употреблять большие дозы алкоголя, независимо от проявленной ими готовности изменить поведение. В отличие от них пациенты, получавшие только стандартную медицинскую помощь, приходили к более редкому употреблению больших доз спиртного, только если уже готовились изменить свое поведение; у тех же, кто этого не планировал, выявлялось усиление пьянства (Monti & Colby, 1998). Эти данные свидетельствуют о повышении мотивации к изменению поведения благодаря МИ, что подтверждается бóльшим эффектом вмешательства по сравнению со стандартной медицинской помощью в отношении тех младших подростков, которые не заинтересованы в изменении поведения.

## **Направления будущих исследований**

В силу явного недостатка исследований в области кратких мотивационных вмешательств существует достаточно много проблем, ожидающих своего решения. Хотя исходы четырех занятий по программе MET (терапии усиления мотивации) были сравнимы с результатами CBT (когнитивно-поведенческой терапии) и TSF (12-шагового содействия) на популяции страдающих от алкогольной зависимости взрослых (Project MATCH Research Group, 1997), исследований усиления мотивации подростков, поступающих на лечение от злоупотребления алкоголем, не проводилось. Кроме того, «предупреждающие» вмешательства, включающие одно или два занятия по усилению мотивации (по данным: Brown & Miller, 1993; Monti, Rohsenow & O'Leary, 1997, они оказались способствующими сотрудничеству пациентов и улучшающими прогноз при лечении у взрослых проблем, связанных с алкоголем и с кокаином), могли быть включены в стационарные или амбулаторные программы лечения злоупотребления психоактивными веществами у подростков.

## **Поддерживающие занятия**

Наши исследования на популяции старших подростков показали, что наибольшее снижение потребления алкоголя наблюда-

лось в течение 3 месяцев после госпитализации в отделении экстренной помощи; по истечении этого периода значимого снижения потребления спиртного не происходило. Шанс увеличить эффективность вмешательства, возможно, заключается в проведении поддерживающих занятий в особенно важные моменты. Такие беседы могли бы включать обсуждение имевшего место несчастного случая или ситуации опьянения, а также событий, происходивших после выписки из отделения экстренной помощи. Подобные поддерживающие занятия могут продлить эффект изменений, произошедших в поведении подростка в первые 3 месяца; они рекомендованы клиническими руководствами (US DHHS; 1993), хотя результаты исследований в этой области неоднозначны (Connors, Tarbox & Faillace, 1992; Richmond et al., 1994).

### **Механизмы изменений**

Выявление процессов, лежащих в основе поведенческих изменений, важно для улучшения методов профилактики и вмешательства (MacKinnon, 1994; West, Aiken & Todd, 1993). Наши исследования не обнаружили в подростках перемен, которые объясняли бы поведенческие изменения. Мы предполагали, что укрепление мотивации послужит медиатором поведенческих изменений и воздействующее на мотивацию вмешательство приведет к ее усилению у пациента (Miller, 1994). Однако полученные нами данные не подтвердили это предположение: между группами не было, как ожидалось, различий в балансе принятых в отношении алкоголя решений. В других исследованиях кратких вмешательств анализа медиаторов не проводилось, так что эта область требует внимания в будущем (Babor, 1994).

**Риск алкоголизации и связанные с ней проблемы.** Многочисленные исследования подтверждают, что своевременное вмешательство, например при оказании первичной медицинской помощи, может быть эффективным подходом в снижении алкоголизации. Возможно, люди более склонны задумываться о своем здоровье, оказавшись в медицинском учреждении; еще больше побудить их к изменению поведения может недавнее связанное с ним неприятное происшествие. Л.М. Джентилелло и соавторы описывают «направленное к пользе использование кризиса, ослабляющее сопротивление и помогающее лечению»<sup>1</sup> при проведении вмешательства на базе общины — SNI (Social Network Intervention), которое предполагает прямое противодействие алкоголику со стороны семьи и друзей: «Можно надеяться, что при проведении SNI будет достигнута такая точка, когда сопро-

---

<sup>1</sup> *Gentilello L. M. et al.* Major injury as a unique opportunity to initiate treatment in the alcoholic // *The American Journal of Surgery*. — 1988. — № 156(6). — P. 559.



тивление алкоголика будет преодолено и он признает, что нуждается в помощи»<sup>1</sup>. Хотя краткому вмешательству подвергается популяция, представители которой еще не достигли стадии алкоголизма (IOM, 1990), и «кризис», пережитый подростками, заключается в медицинской помощи после связанного с употреблением алкоголя несчастного случая (что отличает ситуацию от SNI), концепция кризиса, предоставляющего уникальную возможность вмешательства и потенциально способствующего усилению интереса к изменению поведения, нам кажется весьма привлекательной. Можно предположить, что индивиды, в жизни которых только что произошло важное событие, будут более восприимчивы или потребуют менее интенсивного вмешательства, чем те, кто через такое испытание не проходил. Например, результаты проведенного Всемирной организацией здравоохранения исследования говорят о том, что мужчинам, недавно столкнувшимся со связанной с употреблением алкоголя проблемой, для изменения поведения достаточно простого совета сократить прием спиртного, в то время как благоприятные исходы для тех, кто не попадал в подобные ситуации, требовали более интенсивного консультирования (Babor & Grant, 1994).

В наше текущее исследование мы включили только тех подростков, анализ крови которых при поступлении в отделение экстренной помощи показал положительное содержание алкоголя, и тех, кто сообщал о том, что пил до несчастного случая. Этим наша работа отличается от описанных выше и касавшихся взрослых пациентов, отобранных при скрининге по признаку наличия алкогольных проблем. Указанные популяции могут совпадать или нет, но до сих пор исследований, которые бы включали пациентов из обеих групп, не проводилось. Подобный подход позволяет определить наиболее продуктивные виды вмешательства для различных случаев: направлено ли оно на испытуемых, проявляющих явные симптомы алкоголизации, или на тех, кто имеет алкогольные проблемы в анамнезе, или и то и другое.

Можно также надеяться, что пережитый пациентом несчастный случай и связь, которую он видит между употреблением алкоголя и травмой, имеют важное значение для исхода вмешательства и укрепления мотивации к изменениям. Например, у взрослых пациентов, получивших серьезные увечья, отвращение к травме и то, насколько они считали алкоголь причиной несчастья, служили предикторами готовности к изменению поведения (Longabaugh et al., 1995). Исследования в этой области применительно к подросткам не проводились. Важная роль причины и тяжести травмы в реакции на нее пациента — аспект, который следует изучить в будущем.

---

<sup>1</sup> Ibid. — 1988. — № 6. — P. 560.

**Индивидуальные различия и эффект сравнения.** Нет достаточной информации об эффективности краткого вмешательства в целом и МИ в частности для различных групп пациентов (отличающихся, например, степенью алкогольной зависимости) в разных учреждениях и обстоятельствах. Будущим исследованиям предстоит выделить переменные, ассоциирующиеся с определенными исходами (например, социальную поддержку или социальную стабильность). Исследование, которое провели М. Ф. Флеминг и соавторы (Fleming et al., 1997), показало снижение потребления алкоголя в группе вмешательства, но не выявило демографических характеристик или особенностей поведения в отношении собственного здоровья, которые объясняли бы различия в потреблении спиртных напитков между группами, включая такие факторы, как курение, возраст, наличие депрессии, поведенческие нарушения и антисоциальные личностные расстройства. В процессе нашего исследования мы обнаружили любопытные различия в готовности к изменениям: как в младшей, так и в старшей группе подростков в результате МИ отмечались изменения даже тогда, когда изначально пациенты говорили об отсутствии интереса к ним (в группе же, где подростки получали лишь стандартную медицинскую помощь, изменения происходили только у тех, кто их уже планировал). Возможный вывод из этого таков: следует сравнивать между собой только тех испытуемых, у кого отсутствует интерес к укреплению мотивации, поскольку у тех, кто такой интерес обнаруживал, уже произошли изменения некоторых переменных независимо от того, какое вмешательство применялось. Хотя эти результаты совпадают с теоретическими принципами, лежащими в основе МИ, они требуют воспроизведения в других исследованиях и дальнейшей проверки.

### **Гендерные различия**

В нескольких исследованиях, проведенных на базе медицинских учреждений, было обнаружено, что пациенты мужского пола в большей мере откликаются на краткое вмешательство, чем женщины (Babor & Grant, 1992; Elvy, Wells & Baird, 1988; Scott & Anderson, 1991; Wallace et al., 1988). Другие авторы, напротив, выявили больший эффект вмешательства у женщин, чем у мужчин (Fleming et al., 1997). Наконец, Г. А. Марлатт и соавторы (Marlatt et al., 1998) нашли — и таковы же свидетельства наших исследований, — что гендерные различия в результативности вмешательства отсутствуют.

Хотя наши данные не говорят о гендерных различиях в отклике на вмешательство, связь между угнетенным настроением, полом и исходами лечения в разном возрасте все же была выявлена. При анализе результатов обследования, проведенного через 6 месяцев

после выписки из отделения экстренной помощи, мы обнаружили, что наличие угнетенного настроения и принадлежность к определенному полу служат предикторами исхода воздействия на алкогольные привычки (Tapert et al., 1998). Для представительниц женского пола из младшей группы (13—17 лет) более выраженная депрессия предсказывала менее частое употребление алкоголя через 6 месяцев, возможно, вследствие адаптивного дистресса из-за события, вызвавшего госпитализацию. Напротив, у старших девушек более выраженная депрессия имела прогностическое значение для худшего исхода, выражавшегося в более частом употреблении спиртных напитков через 6 месяцев. У представителей мужского пола депрессия не играла предсказательной роли в том, каков будет исход, независимо от возрастной группы. Это обстоятельство заставляет предположить, что депрессия может иметь более прямую связь с употреблением спиртных напитков девочками-подростками, чем мальчиками. Результаты, полученные нами для групп старших представительниц женского пола и для всех представительей мужского, согласуются с данными о взрослых алкоголиках, среди которых уровень депрессии у женщин выше, чем у мужчин (Hesselbrock M. & Hesselbrock V., 1993). Выявленные нами гендерные различия и неоднозначные сведения о роли пола в исходе вмешательства заслуживают внимания при дальнейшей работе.

### **Этнические/расовые различия**

При изучении употребления психоактивных веществ подростками и связанных с этим проблем были установлены существенные этнические различия. Афроамериканцы обнаруживают более низкий уровень потребления спиртных напитков, чем белые, и реже участвуют в кутежах и приеме больших доз алкоголя, чем белые и латиноамериканцы (SAMHSA, 1997). Исследования индейской популяции показывают, что у них самые высокие показатели употребления алкоголя и наркотиков; белые в этом отношении на втором месте (Bachman et al., 1991; Oetting & Beauvais, 1990). Однако имеются свидетельства того, что в раннем возрасте самый высокий уровень приема кокаина, героина, марихуаны — среди латиноамериканцев (Johnbson, O'Malley & Bachman, 1998).

Рандомизированных проводившихся под строгим контролем исследований лечения молодежи от алкоголизма очень мало; в результате об этнических различиях в успешности вмешательства известно немного. Среди подростков, получавших лечение от злоупотребления психоактивными веществами, поведенческие нарушения более высоко коррелировали с употреблением психоактивных веществ у представительей латиноамериканской популяции, чем у иных представителей белой расы (Stewart, Brown & Myers, 1997). Такие данные существенны для разработки культурно-ори-

ентированных подходов в профилактике аддиктивного поведения среди представителей этнических меньшинств (Botwin et al., 1995). К сожалению, в обследованной нами выборке было слишком мало небелых участников, чтобы можно было изучить этнические особенности. Для выявления возможных различий в отклике на вмешательство между представителями белого населения и этнических меньшинств требуются дальнейшие усилия; только тогда можно будет создать подходы, которые окажутся эффективными. Учитывая, что среди пациентов отделений экстренной помощи достаточно большую часть составляют представители этнических меньшинств (Cherpitel, 1995), а возможность воздействовать на них через общину выше, чем, например, в условиях школы (Yung & Hammond, 1997), такие медицинские отделения представляются весьма подходящим местом для изучения возможных этнических/расовых различий и проведения культурно-ориентированных программ.

### **Воздействие при других видах проблемного поведения**

Возможность использования МИ в медицинских учреждениях изучалась применительно и к другим видам проблемного поведения, в частности курению взрослых (Emmons, 1995; Glynn, 1988; Janz et al., 1987; Orleans et al., 1990). К сожалению, результаты таких работ весьма противоречивы. Наша группа недавно завершила пилотное исследование эффективности МИ среди подростков-курильщиков, выявленных среди пациентов больницы (Colby et al., 1998). Курящие подростки (40 человек) 14—17 лет, находившиеся на лечении в городской больнице, были привлечены к участию в исследовании и случайным образом разделены на группы, получавшие МИ или только краткий совет. Отбора по признаку мотивации к прекращению курения не проводилось. В течение 30-минутного МИ подростки обсуждали свои представления о влиянии курения и содержание четырех видеосюжетов, связанных с этой темой. Видеоматериалы использовались для стимуляции дискуссии о возможных последствиях курения (медицинских, социальных, финансовых, наркологических). Испытуемым оказывалась помощь в определении персональных целей в изменении поведения; консультанты, когда это было уместно, давали советы и предлагали возможные стратегии. Через 3 месяца было выявлено, что две трети испытуемых предприняли серьезную (длвшуюся более 24 часов) попытку отказаться от курения — средняя продолжительность составила 3 недели; значимое снижение претерпели частота курения и никотиновой зависимости. При отсроченном обследовании 24 % участвовавших в МИ не курили, по сравнению с 10 % в группе получавших краткие советы ( $h = 0,28$ ; эффект был зафиксирован от малого до среднего).

**П**олученные результаты в достаточной мере нас удовлетворили, и мы приступили к осуществлению крупной клинической программы по изучению воздействия МИ на ежедневно курящих подростков. Работая с большей выборкой и на протяжении длительного срока, мы надеемся выявить медиаторы и индивидуальные различия, что может сыграть важную роль в понимании отклика подростков на вмешательство. Анализ компонентов проведенного исследования привел нас к заключению, что использование различных инструментов, таких как компьютеры и видеоаппаратура, могут привлечь подростков к участию в программе и заинтересовать их. Это заключение совпадает с результатами новаторской работы, проводимой Дж. О. Прохаской и коллегами (Prochaska et al., 1998), которые используют компьютеры для кратких вмешательств, направленных на борьбу с курением, и Х. А. Скиннером (Skinner, 1998), который привлекает подростков к обсуждению здорового образа жизни на сайте Интернета.

## **Заключение**

Краткое вмешательство вообще и мотивационное интервью в частности как его специфический вид обнаружили высокую результативность на взрослой популяции, но лишь минимально были изучены применительно к подросткам. Наша работа показывает, что МИ, осуществленное в «поучительный» момент, может оказаться особенно эффективным в снижении распространенности среди старших подростков опасных видов поведения и их последствий, включая управление автомобилем в нетрезвом состоянии, увечья и травмы, связанные с употреблением алкоголя, нарушения правил дорожного движения и другие проблемы. Однако менее убедительные результаты, полученные для младших подростков, и необходимость выявления медиаторов эффективности вмешательства говорят о необходимости более систематических исследований в этой области.

**Помощь подросткам,  
имеющим алкогольные проблемы,  
в изменении поведения —  
подход, предоставляющий  
право выбора**

*Сандра А. Браун*

**Введение**

В данной главе описывается разработка и первичная оценка новаторского метода вторичной профилактики алкоголизации среди учащихся средней школы. Вмешательство направлено на оказание помощи в изменении поведения и предоставление медицинских услуг подросткам, начавшим пить, но не направленным на лечение.

Программа разрабатывалась для школьников, имеющих опыт употребления спиртных напитков, однако первоначальные исследования показали, что возможность добровольного участия в предоставляющем право выбора вмешательстве оказывается привлекательной и для подростков, входящих в группу риска, еще не имеющих личного опыта алкоголизации, а также для непьющих учащихся, в анамнезе которых отмечены серьезные алкогольные проблемы.

Первые разделы главы посвящены теоретическим предпосылкам и эмпирическим основаниям проекта «Право выбора» — РО (Project Options). Приводятся как описание вмешательства, так и детали мультисистемного, учитывающего возрастные особенности подхода, имеющего целью обеспечение принятия программы и привлечение к участию в ней общины.

В следующих разделах рассматриваются предварительные результаты использования этого подхода в средней школе, а также данные об использовании предлагаемой помощи и исходах вмешательства.

Наконец, обсуждаются будущие направления исследований и варианты применения подхода, предоставляющего возможность самоопределения, для различных популяций.

## Теоретические предпосылки

Несмотря на выделение значительных федеральных ресурсов на борьбу с алкоголизацией подростков, распространение среди молодого поколения употребления спиртных напитков остается для США одной из главнейших проблем. Алкоголь — наиболее часто используемое подростками психоактивное вещество; имеются сообщения о том, что треть учеников средних школ участвуют в опасном для здоровья употреблении спиртного — в течение двух недель не менее одного алкогольного эпизода с потреблением пяти или более доз (Johnson, O'Malley & Bachman, 1999). Употребление подростками алкоголя связано не только с немедленным риском (несчастными случаями, травмами), но и с долгосрочными последствиями — например, нейропсихологическими отклонениями, а также с такими отрицательно отражающимися на возрастном развитии явлениями, как низкая успеваемость в школе, школьный отсев, рискованное сексуальное поведение, употребление других психоактивных веществ и разнообразные психические нарушения (Hussong & Chassin, 1994; Lewinsohn et al., 1993; Newcomb & Bentler, 1988; Tapert Stewart & Brown, 1999).

Несмотря на высокий уровень алкоголизации подростков, в настоящее время удивительно малая их часть подвергается лечению, направленному именно на эти проблемы. Более того, традиционные методы вмешательства представляются далеко не оптимальными для подростков (Brown, 1993). Перемены, имевшие место в системе здравоохранения, высокий порог при направлении на лечение, проволоочки с началом вмешательства приводят к тому, что не удается воспользоваться недолговечным периодом высокой мотивации тех подростков, которые хотели бы бросить пить, и к низкому участию молодежи в антиалкогольных программах. Подавляющее большинство прошедших лечение подростков вновь к помощи не обращаются в значительной мере из-за отрицательных стереотипов отношения к традиционным подходам, сложившихся в обществе (Sobell et al., 1993; Tucker, 1995). Хотя существуют исключения (Liddle & Dakof, 1994), лишь немногие формы антиалкогольного лечения подростков показали свою эффективность. Наконец, среди лечившихся от алкоголизма взрослых велик процент рецидивов, и то же отмечается среди молодежи (Brown, Vik & Creamer, 1989; Brown et al., 1994). При многообразии девиантного поведения, которое демонстрируют подростки, направленные на лечение по поводу алкогольных и/или наркотических проблем (Brown, Mott & Stewart, 1992; Stewart & Brown, 1995), неудивительно, что третичные вмешательства, считающиеся самыми многообещающими для злоупотребляющих алкоголем подростков, требуют значительных ресурсов во многих областях для создания и поддержания необходимых изменений образа

жизни (Heggeleg, 1993). Несомненно, вмешательство, адресованное молодежи на ранних стадиях развития алкогольных проблем, имеет больше шансов охватить значительный контингент нуждающихся в помощи подростков, сэкономить средства и помешать возникновению существенных личных и семейных трудностей (Institute of Medicine, 1990; Mulford, 1977).

### **Естественное выздоровление**

По-видимому, как это имеет место и у взрослых, многие подростки, страдавшие от пристрастия к алкоголю и преодолевшие его, никогда формально лечению не подвергались (Fillmore, 1988; Wagner et al., 1999). Существует удивительное несоответствие между остротой проблемы подростковой алкоголизации на национальном уровне и числом молодых людей, получающих медицинскую помощь от алкогольной или наркотической зависимости (Johnston, O'Malley & Bachman, 1994). Лонгитюдные исследования говорят о том, что часть подростков в процессе взросления преодолевают опасное пристрастие к спиртным напиткам и решают связанные с этим проблемы (Bates & Labouvie, 1994; Donovan & Jessor, 1985; Newcomb & Bentler, 1988). Хотя изучение этого процесса самоизменения, или естественного выздоровления, происходящего среди подростков, только началось (Smart & Stoduto, 1997; Wagner et al., 1999), известно, что три четверти взрослых, самостоятельно разрешивших свои алкогольные проблемы, сделали это, формально к лечению не прибегая (Sobell, Cunningham & Sobell, 1996). Данные наших недавних исследований говорят о том, что значительная часть учащихся средних школ (примерно 25 % пьющих подростков) делают целенаправленные попытки снизить потребление спиртных напитков или вообще от них отказаться, и многие школьники из группы риска решают алкогольные проблемы без формального обращения за лечением (Wagner et al., 1999).

Даже те подростки, которые получают специальную медицинскую помощь в связи со злоупотреблением спиртными напитками или наркотиками, часто меняют свое поведение или поддерживают эти изменения средствами, отличающимися от тех, которые были им рекомендованы во время курса лечения. Среди обследованных нами во время и после лечения школьников, злоупотреблявших алкоголем и наркотиками, только 53 % следовали поведенческим рекомендациям соответствующих медицинских программ и посещали встречи участников проекта «Двенадцать шагов» (Brown, 1993; Brown et al., 1994). Примерно треть подростков, пренебрегавших предписанными мероприятиями этого проекта, на протяжении первого года после лечения прибегали к собственным способам последовательного сокращения потребления алкоголя или полного от него отказа (Brown, 1993).



В целом лонгитюдные исследования по месту жительства и на базе медицинских учреждений показывают, что значительная часть подростков предпринимает усилия, чтобы уменьшить или прекратить употребление спиртного независимо от формализованных медицинских программ, и такие усилия приводят к успеху, который сохраняется по крайней мере в течение года. Знакомство со стратегиями, к которым подростки прибегают в своем естественном окружении для решения проблем алкоголизации, может способствовать нашему пониманию процесса самоизменений, увеличить эффективность вмешательства и дать возможность оказывать помощь тем представителям подростковой популяции, которые в настоящее время не прибегают к лечению (Brown & D'Amico, в печати; Sobell et al., 1996; Watson & Sher, 1998).

### **Процесс самоизменения**

Процессы, посредством которых индивиды успешно изменяют свое чрезмерное потребление алкоголя без медицинского вмешательства, не очень понятны (Watson & Sher, 1998), и исследований в этой области на подростковой популяции проводилось удивительно мало, несмотря на большую теоретическую ценность и практическую значимость подобной информации (Smart & Stoduto, 1997; Wagner et al., 1999). Хотя модели изменения разработаны (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) и прилагаются к аддиктивному поведению, немногие из них действительно выступают в этом качестве. До сих пор такие модели распространялись на мотивированные или целенаправленные изменения и не учитывали другие факторы, такие как восприятие риска или поведенческие изменения по требованию, которые могут провоцировать бездействие подростков (Bandura, в печати).

**Мотивированное изменение.** В работах по изучению процесса самоизменения при наличии алкогольных проблем основное внимание уделялось намеренным изменениям, таким, которых человек достигает по собственной инициативе (Klingemann, 1991; Sobell et al., 1993), или механизмам их запуска (Tucker, 1995; Tucker, Vuchinich & Gladsjo, 1994). Такие исследования помогают понять степень мотивации, процесс целенаправленного изменения, типы связанной с ним активности и обстоятельства, вызывающие усилия по самоизменению. Фактор мотивации может быть особенно важен для подростков: об этом свидетельствуют трудности их привлечения к участию в программах по отказу от приема психоактивных веществ (Myers, Brown & Kelly, 2000; Telch & Coates, 1982). Роль, которую играет мотивация, подчеркивает то обстоятельство, что одно из немногих вмешательств, достигшее, по предварительным данным, успеха в борьбе с курением среди подрост-

ков, было основано на принципах мотивационного интервью (Colby et al., 1998). Мотивация может быть концептуализирована как меняющееся состояние готовности к изменениям (Miller & Rollnick, 1991; Prochaska et al., 1992); поэтому поощрение и подкрепление мотивации к изменению связанного с алкоголем поведения является главным условием успеха. Подростки в целом могут быть менее мотивированы в отношении перемен в употреблении спиртных напитков, сигарет или наркотиков, чем взрослые, поскольку имеют меньший шанс столкнуться с серьезными негативными последствиями (Flay, 1993), в особенности со стороны здоровья. Кроме того, для подвергающихся опасности алкоголизации школьников особенно велика вероятность восприятия употребления больших доз спиртного как нормы, поскольку они обычно растут в окружении пьющих взрослых и общаются с постоянно употребляющими алкоголь лицами. Мотивационный подход особенно важен при антиалкогольном вмешательстве в связи с тем, что некоторые подростки изначально не особенно склонны уменьшать потребление спиртных напитков. Таким образом, вмешательство становится более успешным, если учитывать мотивационные препятствия со стороны имеющих алкогольные проблемы подростков, использовать техники повышения и поддержания мотивации к изменениям и обращаться к личной озабоченности подростка испытываемыми трудностями, а не стремиться воздействовать на уровень потребления спиртных напитков как таковой.

**Побочное изменение.** Лишь немногие исследователи изучали то, что может быть названо побочными изменениями, т. е. изменениями, сопутствующими естественному развитию подростка, такими, как перемена ролей в процессе социализации (Watson & Sher, 1998). Исключение составляют К. Ямагуши и Д. Б. Кендел (Yamaguchi & Kandel, 1985), согласно теории которых возрастные изменения в жизненной ситуации и специфических ролях (социальных, академических, служебных, родительских) влияют на решения, принимаемые в отношении употребления спиртных напитков, как на часть процесса самоопределения, подготовки к исполнению новых обязанностей. Убедительные примеры изменения поведения в отношении алкоголя и наркотиков с изменением роли и обстоятельств во множестве представлены в литературе, касающейся взрослых (например, отказ от героина после возвращения с вьетнамской войны или воздержание от алкоголя и наркотиков во время беременности); высказывались предположения, что так же обстоит дело и с подростками (Brown, 1993; Windle, 1990). Нами было обнаружено усиление алкоголизации и наркотизации подростков, как только они начинают жить самостоятельно (Brown, Kyrigi & Сое, 1998). Отмечался и обратный процесс как следствие образования дружеской группы среди учащихся средней школы (Stice, Myers & Brown, 1998). Поскольку подростковый возраст — время быстрых

социальных изменений и перемен ролей, значительная часть усилий по изменению алкогольного поведения может проходить в русле обычных перемен в ролях и активности.

### **Модель самоизменений**

Теория когнитивного социального научения (Bandura, 1986) применялась и в моделях развития, и при лечении алкогольных проблем (Abrams et al., 1986; Brownell et al., 1986). Наши исследования показывают, что она в равной мере применима к снижению алкоголизации среди подростков. В этих концептуальных рамках употребление алкоголя следует рассматривать как результат процессов когнитивной оценки (Klingeman, 1991; Myers & Brown, 1996; Sobell et al., 1993; Tucker, Vuchinich & Gladsjo, 1990—1991), зависящих от преднамеренности (мотивации) и личного баланса риска и ресурсов (Vik, Mott & Brown, направлено в печать). В частности, модель возрастной обработки социальной информации (Coie & Dodge, 1998) показывает, что непосредственные когнитивные и эмоциональные состояния ведут к проявлению специфического поведения (употреблению спиртных напитков) в социальном контексте (в пьющей компании сверстников). Основывающиеся на когнитивной науке исследования того, как индивид хранит и извлекает из памяти информацию, распределяет ресурсы обработки когнитивных данных и в конце концов решает проблемы, связывают отдаленные факторы (биологический и семейный риск, культурный опыт, устойчивость к внешним воздействиям) с непосредственно возникающими ситуациями (употреблением спиртного сверстниками, доступностью алкоголя, ожиданиями подкрепления, эмоциональным состоянием). Наши лонгитюдные исследования свидетельствуют о том, что эти факторы играют роль как в преднамеренном (интенциональном), так и в автоматическом (побочном) принятии подростками решений, касающихся употребления спиртных напитков.

Таким образом, внешние обстоятельства (тестирование на наркотики в спорте, родительские угрозы, изменения установок в группе сверстников) и/или личный опыт (связанное с опьянением затемнение сознания, тошнота, рискованные сексуальные контакты) могут привести к пониманию необходимости изменения поведения. Если личных ресурсов достаточно для того, чтобы подросток справился, то следует автоматическое принятие решения употреблять или не употреблять спиртное, в зависимости от личного опыта. Однако если личные ресурсы ограничены (плохие навыки разрешения проблем, низкая самооффективность) или если личностный или ситуационный риск высок (жестокое обращение со стороны сверстников или членов семьи, ограниченные финансовые возможности для иных видов деятельности, депрес-

сия), то имеет место более преднамеренная обработка информации. Более того, в зависимости от стадии нейрокогнитивного развития (например, миелинизации фронтальных и префронтальных долей, которая происходит на протяжении пубертата) непосредственные и/или отдаленные последствия оказываются включены в социальное сознание. Такой процесс принятия решений может привести к потенциально различным стратегиям личностных изменений и к разным исходам в младшем и среднем подростковом возрасте по сравнению со старшим (Tarter et al., 1999).

Согласно модели социального познания, факторы, связанные с первоначальным действием в поддержку снижения/прекращения потребления алкоголя/наркотиков (мотивация, баланс решений, непосредственное окружение), отличаются от тех, которые необходимы для поддержания поведенческих изменений (навыки самомониторинга, наличие подкрепления альтернативного поведения, отстраненность). Таким образом, мотивированный подросток может предпринимать усилия, чтобы уменьшить или прекратить употребление спиртных напитков, но не добиться успеха в перманентном изменении поведения. Этот двухсоставной процесс подтверждается литературными данными как об индивидах (взрослых), спонтанно воздерживающихся от употребления алкоголя (Klingeman, 1991), так и о подвергавшихся лечению выборках (Cronkite & Moos, 1980; Tucker et al., 1994). Насколько нам известно, вмешательство, описанное в данной главе, предоставляет первую возможность изучить эту двухфазную модель в отношении выборки имеющих алкогольные проблемы подростков, не находящихся на лечении.

**Возрастной контекст.** Как уже отмечалось, стадия развития — решающий момент в разработке и применении эффективного вмешательства, направленного на разрешение алкогольных проблем у подростков (Deas et al., 2000; Myers & Brown, 1996; Myers, Wagner & Brown, 1998). Быстрые биологические, социальные, поведенческие и нейрокогнитивные изменения, происходящие в этом возрасте (Gottlieb, Wahisten & Licklieter, 1998), и акселерация стрессовых переживаний (Vik & Brown, 1998) требуют социального приспособления и развития навыков. Некоторые задачи психосоциального возрастного развития имеют отношение к употреблению спиртных напитков и к снижению вовлеченности в алкоголизацию. Например, овладение новыми социальными ролями в отношении сверстников своего и противоположного пола, осознание собственной идентичности, овладение социальными навыками, связанными с новыми социальными ролями, отделение от семьи или самостоятельность внутри нее (автономия), умение справиться со специфическими возрастными стрессорами, меняющимися в зависимости от возраста, пола, культуры, социоэкономического статуса и окружения, могут вызывать изменения и спо-

собствовать им (например, идентификации себя как употребляющего алкоголь или наркотики) или, в других случаях, препятствовать успешному выполнению задачи — например, такому разрешению ситуаций, которое оттачивает навыки и повышает самоуважение (Tapert et al., 1999; Windle, 1990).

Учитывая разнообразие и интенсивность требований, которые предъявляет процесс развития, трудно предположить, что единственное вмешательство окажется для подростка подходящим или оптимальным. Напротив, наш опыт показывает: действенная стратегия, направленная на снижение/прекращение употребления алкоголя и поддержание изменений, должна:

- 1) предоставлять возможность личного выбора;
- 2) удовлетворять возрастным, соответствующим стадии развития, интересам;
- 3) соответствовать потребностям оптимизации занятий;
- 4) восприниматься как оказываемая помощь;
- 5) быть достаточно разнообразной, чтобы отражать различия подростков, сталкивающихся с алкогольными проблемами (например, социальных лидеров, не контролирующих свое поведение, подростков со злоупотреблением психоактивными веществами в анамнезе, происходящих из неблагополучных семей), и чувствительной к алкогольным и иным связанным с ними проблемам — депрессии, тревожности, отклонениям в поведении (Lewinsohn et al., 1993; Kaminer et al., 1993; LaBouvie et al., 1990; Henry et al., 1993).

Таким образом, традиционная парадигма эффективности лечения, требующая рандомизированного дизайна и стандартных интенсивности и длительности лечения, — это только одна из форм вмешательства: хотя такие исследования предоставляют важную информацию, они мало говорят об экологической валидности подхода по отношению к нормальным процессам изменений на разных возрастных этапах или в различных психологических контекстах (например, при меняющейся мотивации). В отличие от этого подход с низким порогом участия, предоставляющий право выбора («Набор инструментов для потенциально склонных к рецидиву») и разнообразные формы участия, сохранение тайны личной жизни, возможность выбирать предпочтения, имеющий широкую доступность и воспринимаемый молодежью как социально приемлемый и действенный, предлагает такой формат вмешательства, который может оптимизировать участие подростков и тем самым обеспечить лучшие личностные изменения и более положительные исходы.

Более того, накапливается все больше свидетельств того, что существует много разных путей как приобщения (например, Shet, 1991), так и отказа (Brown, 1993; Humphreys, Moos & Finney, 1995) от злоупотребления алкоголем/наркотиками. Такие факторы индивидуальных различий, как алкоголизм в семейном анам-

незе, личностные особенности, сопутствующие психопатологии, поведенческая расторможенность, воздействуют на индивидуальную траекторию алкоголизации подростка. Аналогичным образом демографические и социокультурные факторы, такие, как пол, социоэкономический статус, этническая принадлежность, возраст, влияют на вероятность перемен в употреблении спиртных напитков и связанных с этим проблемах. Все это разнообразие факторов в совокупности делает необходимым предоставление выбора, которое и является основным ядром оптимальной вторичной профилактики подростковой алкоголизации. Например, у подростков мужского пола распространенность злоупотребления спиртными напитками и алкогольной зависимости выше, чем у представительниц женского пола; среди последних выше частота ремиссии (Fillmore, 1988) и иные барьеры в отношении к лечению (Beckman & Amaro, 1986). Младшие подростки для изменения аддиктивного образа жизни чаще прибегают к помощи семьи, в то время как старшие подростки больше полагаются на сверстников и иные внешние источники поддержки (Brown, 1993; Chassin, Presson & Sherman, 1985). Культурные факторы также играют чрезвычайно важную роль в понимании паттернов алкоголизации (Windle, 1990), прогрессировании связанных с употреблением спиртных напитков проблем (Stewart, Brown & Myers, 1997) и вероятности обращения за лечением или восприятия вмешательства как оказывающего помощь (Neighbors, 1985). Например, американцы азиатского происхождения и латиноамериканцы значительно реже обращаются за лечением, чем белые американцы испанского происхождения (Bui, Takeuchi, 1992; Hough et al., 1987; Padgett et al., 1994), хотя краткосрочные результаты лечения аддиктивного поведения в этих этнических группах сопоставимы (Stewart et al., 1997). Таким образом, в различных этнических группах распространенность и паттерны личных усилий по изменению поведения могут быть разными. Можно предположить, что причины некоторых подобных различий лежат в социоэкономическом статусе: например, у афроамериканцев низкий социоэкономический статус ассоциируется с высокой распространенностью алкогольных проблем, а у белых американцев испанского происхождения более высокий социоэкономический статус — с ростом числа диагнозов алкоголизации (Darrow et al., 1992; Jones-Webb, Hsiao & Hannan, 1995).

## **Эмпирические исследования**

В последнее время нами был проведен ряд исследований употребления школьниками алкоголя и наркотиков, в которые входило изучение усилий по самоизменению. Первое из исследований на

базе школы (Wagner et al., 1999) показало, что в этнически разнообразной выборке из 1388 человек 15 % (25 % из употребляющих спиртные напитки) по самоотчетам предпринимали попытки уменьшить или прекратить употребление алкоголя. Из них 69 % сообщали об одной или двух таких попытках, а 15 % — пяти или более (Brown et al., 1998; Wagner et al., 1999). Кроме того, сопоставимая часть всей выборки (16—18 %) также сообщала о попытках снизить или прекратить потребление никотина и других наркотиков.

Мы проверили эти результаты при обследовании второй, отличавшейся от предыдущей, выборки, в которую входило 620 учащихся средней школы. Было обнаружено, что 22 % школьников, употреблявших спиртное за предшествующий месяц, на протяжении предыдущего года пытались, по их словам, ограничить прием алкоголя или отказаться от него; 13 % также сообщали о таких попытках в прошлом. Следует отметить, что у 56 % школьников, которые сообщили о недавно испытанном опьянении, эти показатели оказались несколько выше: соответственно 26 и 16 %. Значительная часть испытуемых пыталась ограничить или прекратить курение (31 %) и прием других наркотиков (27 %). От четверти до трети школьников, пытавшихся снизить или прекратить употребление спиртного, также предпринимали попытки уменьшить или отказаться от курения или приема других наркотиков. Эти показатели были значимо выше среди подростков, имевших в анамнезе опасную для здоровья алкоголизацию.

Несомненно, значительная часть учащихся средней школы предпринимает личные попытки уменьшить или прекратить прием психоактивных веществ. В проспективном исследовании мы изучали способность подростков с алкогольными проблемами разрешить их без формального обращения за лечением. С этой целью мы на протяжении четырех лет пять раз обследовали по месту жительства 122 подростка из группы риска. При первом обследовании у них в анамнезе не было злоупотребления алкоголем или связанных с этим проблем, средний возраст составлял 16 лет, у 72 % хотя бы один из биологических родителей страдал алкогольной зависимостью.

На протяжении четырех лет наблюдений 42 подростка (34,6 %) начали пить много и сообщили об объективных проблемах, связанных с алкоголем; эти данные были подтверждены членами их семей. Те, у кого обнаруживались проблемы, по большинству показателей были сопоставимы с выборкой в целом, за тем исключением, что проблемы чаще возникали у юношей (64 %), чем у девушек, и преобладающее большинство (92 %) имели в анамнезе родителя с алкогольной зависимостью. Из тех испытуемых, которые характеризовались тяжелой алкоголизацией, 69 % впоследствии, по крайней мере, в течение года, воздерживались от потребления больших доз и не имели связанных с алкоголем или

наркотиками проблем. Двое подростков были направлены на амбулаторное лечение от алкоголизации, но на лечение не явились. Таким образом, основываясь на стандартном критерии естественного выздоровления (отказ от употребления спиртного или незначительное его употребление без формального обращения за лечением в связи с возникающими проблемами в течение как минимум года), можно заключить, что примерно две трети подростков, наблюдавшихся по месту жительства, разрешили свои алкогольные проблемы без медицинского вмешательства.

### **Процесс самоизменения у подростков**

Следующим шагом в изучении личных попыток подростков изменить свое поведение в отношении употребления алкоголя была оценка того, какие стратегии помогают им в этом. Поскольку долгосрочной целью вмешательства является поддержание достигнутых поведенческих изменений (а не просто поддержка попыток отказаться от спиртного), было выдвинуто несколько основанных на возрастных закономерностях гипотез о том, каковы предпосылки усилий подростка по сохранению поведенческих изменений в отношении употребления алкоголя/наркотиков. Предполагалось, что стратегии, помогающие стабильному изменению поведения подростка, должны:

- 1) быть легкодоступны;
- 2) восприниматься как приносящие успех, для того чтобы их применение продолжалось;
- 3) соответствовать стадии возрастного развития;
- 4) отражать разнообразие выборов в связи с наличием многих путей к успеху (Brown, 1993).

Нам представлялось маловероятным, чтобы единственная стратегия или одно усилие могли поддерживать выраженное поведенческое изменение в алкоголизации на протяжении продолжительного периода времени и в весьма различных обстоятельствах.

С целью изучения стратегий, используемых подростками; стремящимися уменьшить или прекратить свою вовлеченность в прием алкоголя или наркотиков, мы сравнили группу из 30 подростков, находящихся на антиалкогольном или антинаркотическом лечении, с 30 соответствующими по демографическим показателям подростками из группы высокого риска, обследованными по месту жительства с помощью полуструктурированных интервью. Им задавались вопросы о том, что они считают полезным или оказывающим помощь в попытках прекратить или уменьшить употребление алкоголя или других наркотиков. Дословные ответы подвергались контент-анализу для выделения шести типов личных стратегий изменения:

- 1) независимые усилия («сила воли», «сам попытаюсь»);



- 2) структурированные действия (рекреация, добровольная помощь, религия);
- 3) влияние школы/работы;
- 4) участие друзей («друзья меня понимали и поддерживали»);
- 5) помощь семьи (эмоциональная поддержка, предложения заняться чем-нибудь другим);
- 6) влияние групп поддержки (церковная община, группы по месту жительства, друзья, занимающиеся по программе «Двенадцать шагов»).

Затем подросткам предлагалось оценить эти стратегии применительно к их собственным попыткам изменить себя по шкале полезности (Helpfulness Scale) — от 1 (никакого эффекта) до 100 баллов (чрезвычайно полезная). Большинство респондентов оценили две или более из стратегий как полезные (от «умеренно» до «чрезвычайно», средний балл выше 40). Независимые усилия (например, сила воли, самоконтроль, самопринуждение) оценивались как наиболее помогающие в достижении цели ( $M=63,9$ ;  $sd=35,1$ ); наименьший рейтинг получили группы поддержки «Двенадцать шагов» ( $M=12,8$ ;  $sd=28,0$ ). 82 % респондентов охарактеризовали программу «Двенадцать шагов» и роль групп поддержки как приносящие мало или вообще не дающие никакой пользы (1—10 баллов). Такие занятия, как структурированная рекреация, спорт, хобби, посещения церкви и добровольная помощь, получили самую высокую после независимых усилий оценку ( $M=48,9$ ;  $sd=38,0$ ). Остальные стратегии — школа/работа, друзья, семья — характеризовались умеренными баллами ( $M=36,8—38,8$ ). Взаимные корреляции рейтингов выделенных стратегий были подсчитаны для оценки потенциальных паттернов усилий. Значимые корреляции обнаружались между такими факторами, как семья, друзья и группы поддержки ( $r=0,47 \div 0,65$ ) и между независимыми усилиями и школой/работой ( $r=0,33 \div 0,60$ ). Таким образом, большинство подростков, в прошлом имевших алкогольные проблемы и разрешивших их, не прибегая к лечению, находили набор стратегий полезным для своих попыток уменьшить/прекратить употребление спиртных напитков и как наиболее действенные оценивали независимые/личные усилия и структурированные действия.

Третье наше исследование было посвящено оценке того, какие действия по личностному изменению соотносятся с поддержанием стабильных поведенческих изменений у подростков, получавших лечение в связи с алкоголизацией и наркотизацией. С этой целью 167 подростков — пациентов клиники, проходивших антиалкогольное и антинаркотическое лечение, были обследованы через год после выписки. Возраст испытуемых, отвечавших диагностическим критериям DSM-III-R злоупотребления или зависимости от алкоголя, составлял 13—18 лет ( $M=16,07$ ). Из этой выборки

92 % соответствовали критериям DSM-III-R зависимости от одного наркотика, а 78 % — критериям зависимости от двух или более. Через 6 и 12 месяцев после окончания лечения испытуемые и близкие им люди (родители, соседи по комнате) прошли независимое интервьюирование и заполнили серию опросников. Десятипроцентной случайной выборке был сделан анализ мочи для подтверждения отчетов о приеме психоактивных веществ. Для оценки наркотизации и восприятия полезности усилий по поддержанию отказа от алкоголя и других наркотиков использовались Протокол привычного употребления алкоголя и наркотиков (Customary Drinking and Drug Use Record — Brown et al., 1998), отчеты близких людей, данные анализа мочи и шкала полезности. В этом исследовании на шкале полезности категории «старые друзья» и «новые друзья» были разведены, а все виды структурированных действий (школа, работа, рекреация) — объединены; была также добавлена графа, в которую можно было вписывать новые стратегии. Испытуемые (35 %) относились к группе «положительного исхода», если они воздерживались от употребления спиртного или если пили за год менее 30 раз (каждый эпизод — не более двух дней подряд), не участвовали в попойках (пять доз за раз) и не имели явных, связанных с алкоголем, проблем (арестов в пьяном виде, пропусков уроков или прогулов на работе) на протяжении года после выписки. Подростки, употреблявшие алкоголь или наркотики более часто или имевшие связанные с этим проблемы (65 %), были отнесены к группе «отрицательного исхода». Входившие в эту группу испытуемые сообщали о приеме спиртных напитков или наркотиков в среднем 307 дней в году по сравнению с 16 в группе положительного исхода.

При изучении устойчивого изменения аддиктивного поведения были выделены четыре типа стратегий, оказавшихся очень эффективными ( $M > 60$ ): независимые/личные усилия, поддержка семьи, общение с новыми друзьями и структурированные действия (школа, работа, рекреация). Старые друзья и группы поддержки «Двенадцать шагов» были оценены как оказывающие значительно меньшую помощь. Испытуемые из группы положительного исхода расценивали пять из шести стратегий как более полезные, чем респонденты из группы отрицательного исхода (средняя разница в числе баллов по шкале полезности — 25,5). И те и другие оценивали старых друзей (тех, с кем дружили до лечения) как только условно полезных в преодолении алкоголизации. Кроме того, 8 % назвали дополнительный оказывающий помощь механизм (например, общение с консультантом).

Таким образом, те же стратегии, которые обследованные по месту жительства подростки считали помогающими в их попытках самоизменения, оказались важными для пациентов, старающихся придерживаться отказа от спиртных напитков после лече-

ния от алкоголизации. Воспринимаемая полезность в этой концептуальной модели самоизменения рассматривается как предпосылка усилий по изменению поведения. В зависимости от той степени, в какой подростки воспринимают стратегии как оказывающие помощь, вторичная профилактика, включающая все разнообразные используемые подростками стратегии, может увеличить вероятность успешного использования предлагаемых ею мер.

**Изучение деэскалации.** Наконец, нами был завершен анализ данных двух исследований, в которых участвовало 600 аризонских школьников, проводившихся с промежутком примерно в 9 месяцев и охватывавших учебный год (Stice et al., 1998). Используя теоретически выделенные предикторы, мы сравнили три группы учащихся: тех, кто на протяжении года увеличил потребление алкоголя (от неупотребления — к употреблению, от умеренного потребления — к выраженному); тех, кто сохранил стабильный паттерн приема спиртных напитков (неупотребление, умеренное потребление, выраженное потребление); и тех, кто снизил потребление алкоголя (от умеренного — к неупотреблению, от выраженного — к умеренному). Сравнение показало, что изменения в употреблении алкоголя группой сверстников предсказывали переход от выраженного к умеренному потреблению спиртных напитков, а участие родителей (увеличившийся родительский контроль) — от умеренного употребления к неупотреблению. Таким образом, использование факторов, связанных с переменами в группе сверстников (иными видами деятельности, возникновением новых дружеских связей) и с участием родителей (семейными дискуссиями по поводу употребления алкоголя) может оказаться полезным компонентом вмешательства.

### **Результаты лечения подростков: паттерны и процесс анализа**

Благодаря серии лонгитюдных исследований, финансированных Национальным институтом по изучению проблем алкогольной зависимости и алкоголизма, охватывавших 15-летний период, мы изучили не только обстоятельства, вызывающие нарушение подростками рекомендаций по преодолению алкогольных проблем, но также и способы, с помощью которых они добиваются успеха. Важным открытием в этом отношении оказалось то, что только примерно половина подростков (53 %) следуют первичным поведенческим рекомендациям всех программ лечения — посещают занятия групп «Двенадцать шагов». Несмотря на неучастие в этих встречах, 32 % злоупотреблявших алкоголем подростков оказываются способными прекратить или снизить его по-

требление до не вызывающего проблем уровня (Brown, 1993; Wagner et al., 1999). Используя различные стратегии (например, изменяя связи внутри и вне семьи или когнитивные и поведенческие традиции), подростки, по сути, находят альтернативные пути достижения успеха, и эти пути меняются с возрастом (для подростков младше 16 лет и тех, кто старше 16).

Мы также многое узнали о применяемых подростками стратегиях благодаря проекту развития вмешательства (Myers et al., 2000), разработанному с целью побудить злоупотребляющих психоактивными веществами подростков отказаться от курения. Одной из трудностей, с которыми мы столкнулись в процессе вмешательства, являлся широкий размах мотивации к поведенческим изменениям: многие злоупотребляющие алкоголем подростки не были заинтересованы в отказе от курения. Поэтому мы включили в программу разнообразные стратегии, направленные на укрепление мотивации, имея целью преодолеть барьеры, мешающие участию подростков в профилактических мероприятиях. Например, на начальном этапе вмешательства основное внимание уделялось усилению мотивации и изучению ожидаемых преимуществ от курения по сравнению с его стоимостью; мы выявляли мнения подростков о роли курения в их будущей жизни и использовали такие мотивационные техники, как приспособление к сопротивлению (Miller & Rollnick, 1991), а также предоставляли лично значимую обратную связь для усиления сомнений в отношении курения.

Другим важным новшеством, введенным нами в процессе развития вмешательства, было предоставление обследуемым контроля над целями поведенческих изменений. Вместо того чтобы предлагать им отказ от курения как единственный выбор (что типично для программ по борьбе с курением), подросткам предлагалось несколько альтернатив с учетом их привычек в отношении табака. С самого начала вмешательства мы ясно давали понять, что каждый участник ответствен за выбор индивидуальных целей при изменении поведения, которые могут варьировать от участия в групповых занятиях, не подусматривающих активных попыток изменить поведение (один конец спектра), до усилий по прекращению курения (другой его конец). Мы нашли, что такой подход эффективен в снижении барьеров, препятствующих участию в программе. Большинство подростков сначала приняли решение уменьшить число выкуриваемых сигарет, выбрав тем самым промежуточную цель.

Польза данного подхода была подтверждена тем, что кратковременным результатом вмешательства оказалась предпринятая 50 % участников попытка бросить курить, а 23 % из них сообщили о том, что не курили в течение недели, предшествовавшей интервью при отсроченном исследовании (Myers et al., 2000).

# Проект «Выбор»

## Разработка и осуществление

Основываясь на описанных выше теоретических и эмпирических данных, мы разработали процедуру вмешательства, целью которого было пробудить у учащихся средней школы интерес к снижению и/или прекращению потребления спиртных напитков. Согласно лежащей в ее основе концептуальной модели мотивации к изменению, ее сочетания с адекватными ресурсами и поведенческими навыками достаточно для того, чтобы побудить подростка к личным усилиям по изменению себя. Предполагается, что такие усилия подростка по отказу от вредной привычки могут быть успешными в преодолении алкоголизации, а также связанных с нею проблем.

Проект «Выбор» (Project Options) включает в себя три формата вмешательства: групповые дискуссии, индивидуальные встречи и использование интерактивного сайта Интернета. Содержание всех сходно и касается вопросов и проблем, которые учащиеся каждой школы выделяют как важные для себя. Благодаря использованию форматов вмешательства, основанных на предпочитаемых паттернах изменений, проект «Выбор» в максимальной степени может контролироваться самими подростками. Факторы, препятствующие и помогающие их привлечению к лечению, оценивались при помощи обследований, проводимых дважды в год в каждой школе. Эти факторы рассматривались как логистические требования, налагаемые на дизайн вмешательства, с двух точек зрения: 1) без их учета подростки не сделали бы добровольного выбора в пользу участия в проекте; 2) благодаря включению в программу их собственных идей у них возникало чувство собственности по отношению к ней, которое делало их более восприимчивыми к вмешательству, направленному на борьбу с алкоголизацией.

Главным препятствием к участию в проекте служили сомнения в конфиденциальности, которые усиливались в начале каждого индивидуального или группового занятия и при открытии страницы сайта в Интернете. Поэтому как испытуемый, так и ведущий давали обязательство охранять конфиденциальность в пределах, определяемых законами штата Калифорния. Кроме того, проблема конфиденциальности рассматривалась как вопрос доверия при межличностном общении, поскольку школьники выделяли ее как важное условие самораскрытия. Предлагаемые вмешательства альтернативы были сформулированы таким образом, чтобы максимизировать их доступность. Групповые и индивидуальные занятия проводились в полдень или после уроков, а также в любое время, не регламентированное жестко расписанием. Учащиеся могли входить на сайт с любого компьютера (школьного

или домашнего), используя код. Каждый раз пользователю напоминалось о мерах по обеспечению конфиденциальности (безопасности): «огненная стена», зашифровка, личный пароль.

Групповые дискуссии состояли из шести отдельных занятий, которые учащиеся могли посещать в любом порядке; краткое индивидуальное вмешательство состояло из четырех занятий. Хотя школьники могли входить на сайт сколько угодно раз, поощрение полагалось только за шесть посещений. Сайт в Интернете был связан с другими исследовательскими и учебными сайтами для подростков и спонсировался национальными учреждениями (например, Национальным институтом по изучению проблем алкогольной зависимости и алкоголизма, Национальным институтом наркологии, организацией «Матери против пьяных водителей»).

Каждый контакт был рассчитан на то, чтобы:

- 1) побудить подростка лично оценить степень своей алкоголизации;
- 2) предоставить обратную связь и информацию об употреблении психоактивных веществ сверстниками, а также об успешных попытках изменения, совершенных учениками той же школы;
- 3) поощрить участие в проекте.

На протяжении всего вмешательства использовались стратегии мотивационного интервью. Хотя каждое занятие имело собственные цель и тему, информация, которой подростки обменивались в ходе неконфронтационной дискуссии, использовалась для освещения общих проблем и позитивных решений, найденных сверстниками.

Индивидуальные и групповые занятия, а также сайт были рассчитаны на то, чтобы привлечь подростков к участию в проекте в соответствии с их возрастными и гендерными особенностями. Нормативная обратная связь предоставлялась в зависимости от воспринимаемой и реальной степени участия и действительных усилий по самоизменению и их успешности у учащихся данной школы. Факторы, препятствующие и помогающие личным изменениям, обсуждались в контексте наиболее распространенных общих проблем и вопросов, которые интересуют школьников. Эти темы выявлялись во время проводимых дважды в год обследований каждой школы; в их число вошли: стресс, свидания с представителями противоположного пола, давление сверстников (в частности, связанное с употреблением алкоголя), школьные оценки, конфликты с родителями.

Главными темами занятий были следующие.

- Распространенность употребления алкоголя и причины ее переоценки.
- Мифы и реальные ожидания, связанные со спиртными напитками.
- Преодоление стресса и искушений без использования алкоголя.

• **Оценка** различий в индивидуальном воздействии алкоголя и соотношение положительных и отрицательных сторон изменения алкогольного поведения.

• Альтернативные виды деятельности и возможность заниматься ими без спиртного.

• Улучшение навыков и ресурсов при помощи общения.

Проблемы, которые затрагивали подростки, обсуждались в контексте этих шести тематических занятий. Сайт, если школьник выбирал этот формат, содержал ту же информацию.

Следуя процедуре, каждый подросток заполнял краткую анкету (возраст, пол, класс, частота употребления алкоголя и количество выпиваемого). Эти данные использовались как основа для обратной связи относительно личных паттернов употребления алкоголя при проводимых дважды в год обследованиях. Полученная информация позволяла сравнивать предполагаемые паттерны с реально существующими. Задания, предлагаемые сайтом, давали возможность оценить знания подростков и развеять мифы о воздействии алкоголя. Сайт содержал перечень десяти самых популярных стратегий изменения поведения, используемых сверстниками, а также информацию о необходимых ресурсах. В частности, школьники получали доступ к другим предназначенным для молодежи сайтам, предоставляющим связанные с употреблением алкоголя данные, сведения о групповых и индивидуальных занятиях по проекту «Выбор» и возможности контактов с другими школьными и общественными организациями.

Каждый школьник поощряется за участие в проекте подарком или скидкой в местных магазинах, торгующих продовольствием, музыкальными товарами или одеждой, а также в местах отдыха (например, театрах). Магазины, рестораны или развлекательные учреждения выбирались в соответствии с предпочтениями подростков, выявленными при обследованиях в школе. Таким образом, учащиеся получали стимул к заполнению анкеты, дополняющей сведения, полученные при весеннем и осеннем обследованиях. Благодаря этому выявлялись паттерны выбора и степень использования возможностей, предоставляемых вмешательством. Кроме того, эти показатели и перемены в алкогольном поведении могли быть сопоставлены с таковыми у той части подростков, которые не принимали добровольного участия во вмешательстве.

Торговые и развлекательные учреждения округа предоставляли подарочные сертификаты или купоны, дающие скидку, в качестве участия в общественных мероприятиях, направленных на приобщение молодежи к здоровому образу жизни. С администрацией тех учреждений, которые были выбраны самими подростками, ведутся переговоры и достигается договоренность об их взносе. Таким образом, без затрат со стороны школы или федеральных

агентств школьники могут получить предпочитаемые ими поощрения за участие в проекте. Такая процедура укрепляет связи школы с общиной и способствует единству действий.

До осуществления вмешательства в каждой школе проводились подготовительные организационные мероприятия. Для проекта «Выбор» был создан Рекомендательный совет. Школьникам, представляющим все классы и все выбранные школы, было предложено выступить с критикой материалов, используемых на групповых и индивидуальных занятиях и выставленных на сайте в Интернете. На основании этой обратной связи в протокол были внесены стилистические изменения, направленные на то, чтобы вызвать более дружественный отклик со стороны подростков. Кроме того, учащиеся высказали несколько идей, которые были использованы в рекламе проекта. Персонал проекта «Выбор» встретился с руководством, консультантами и учителями каждой школы, чтобы достичь взаимодействия, уточнить логистические детали и выработать стратегии эффективного проведения вмешательства.

Еще одной формой организационной подготовки являлось информирование родителей о том, какие возможности данный проект предоставляет их детям. Сообщения рассылались школой во все семьи; университет и администрация округа послали всем родителям запросы об их согласии. Разделы, посвященные проекту «Выбор» и обратной связи, включались в листовки для родителей и по крайней мере на одном из родительских собраний в семестре проходила презентация проекта.

Наконец, перед началом вмешательства в каждой школе проводилось тестирование в классах и выделялись группы риска. После этого на основании обратной связи протокол уточнялся с целью обеспечить участие школьников. Для рекламы проекта привлекались ученики-добровольцы. Реклама вмешательства была разнообразной и менялась от школы к школе: использовались постеры, объявления в школьных газетах, ежедневные устные объявления, видеоматериалы. Участие учащихся и школьного персонала в рекламе проекта поощрялось подарками/сертификатами на скидки.

## **Осуществление и предварительные результаты**

Описываемый новаторский подход ко вторичной профилактике в настоящее время осуществляется в четырех школах. Предварительная оценка участия подростков и паттернов алкоголизации получена для одной школы, где 10 % школьников участвовали в одном (или больше) мероприятии проекта «Выбор»; 60 % из тех, кто принял участие, добровольно продолжают сотрудничать с нами.

Участие по собственному выбору в данном антиалкогольном вмешательстве меняется в зависимости от пола, класса и этни-



ческой принадлежности. Добровольно в программе участвует больше девочек (60 %), чем мальчиков (40 %). Ученицы средней школы, как правило, предпочитают групповую форму занятий, в то время как большинство мальчиков выбирают пользование сайтом Интернета. Две трети — ученики IX, X классов и чаще предпочитают групповой формат. Ученики XII классов, напротив, в девять раз чаще, чем остальные, выбирают индивидуальную форму вмешательства.

В проекте «Выбор» принимают участие школьники различной этнической и культурной принадлежности. Было обнаружено, что кривая добровольного участия параллельна кривой распределения школьников по этническому признаку. В целом белые подростки неиспанского происхождения с большей вероятностью предпочитают групповые занятия. Американцы азиатского и латинского происхождения чаще выбирают индивидуальный формат. Американские индейцы предпочитают пользоваться сайтом Интернета.

Объектом вмешательства являлись умеренно или много пьющие подростки. Большинство участников проекта сообщали о множественных алкогольных эпизодах на протяжении месяца. Важно отметить, что среди них пропорция любителей кутежей была значительно выше, чем в среднем по школе. Таким образом, представляется, что набор возможностей, предоставляемых вмешательством, был достаточно привлекателен, чтобы вызвать интерес школьников, подвергающихся наибольшему риску алкоголизации.

Некоторая часть учащихся, не являвшихся в этот момент пьющими, также присоединились к проекту. Хотя такие участники были в меньшинстве, в качестве причин, побудивших их воспользоваться ресурсами вмешательства, они называли имевшиеся в прошлом алкогольные проблемы или беспокойство о пьющих родителях, других членах семьи или близких друзьях. Следовательно, побочный положительный эффект вмешательства распространялся и на тех школьников, которые сами не принадлежали к группе риска.

Хотя информация об исходах касается лишь ограниченной выборки, создается впечатление, что проект «Выбор» может изменить представления подростков о распространенности употребления спиртных напитков среди их сверстников и в некоторой степени остановить переход в категорию много пьющих. По сравнению с учениками соответствующих по этническим показателям школ, не участвующими в проекте «Выбор», те школьники, на которых распространялось вмешательство, ожидали от своих сверстников меньшего потребления алкоголя. В частности, представления о частоте приема спиртных напитков у учеников школы сравнения, по данным обследований осенью и весной, не изменились, в то время как учащиеся экспериментальной школы оце-

нивали ежемесячное потребление алкоголя сверстниками значительно ниже. Более того, значимо большую часть своих товарищей участники проекта «Выбор» считали непьющими или пьющими один-два раза в месяц, и значимо меньшую – пьющими три или более раз в месяц. Хотя представления об употреблении алкоголя сверстниками в обеих школах оказывались выше, чем показатели самоотчетов о приеме спиртных напитков, предварительные результаты вмешательства совпадали с целями проекта «Выбор» (Brown & D'Amico, 2000).

Если частота употребления алкоголя в течение учебного года в группе сравнения значимо не изменилась, то в экспериментальной группе было обнаружено снижение среднего числа доз, приходящихся на каждый алкогольный эпизод. Кроме того, хотя уровень алкоголизации в двух школах в начале учебного года был одинаков, ученики той школы, где осуществлялся проект «Выбор», сообщали о меньшем числе связанных с употреблением спиртных напитков проблем, чем учащиеся контрольной школы. Следует отметить, что хотя пока получены лишь предварительные данные, выявленные паттерны соответствуют целям и усилиям проекта «Выбор».

## **Направления будущих исследований**

О необходимости возрастного соответствия программ, осуществляемых в средней школе, говорилось неоднократно, но до сих пор лишь в немногих случаях их участникам предоставлялось право выбора как формата, так и контекста вмешательства, как это имеет место в проекте «Выбор». Предварительные результаты его осуществления говорят о том, что вторичная профилактика, основанная на таком подходе, весьма подходит для средней школы. Если паттерн собственных выборов подростков совпадает с этнической представленностью в школе, то распределение использования специфических форматов антиалкогольного вмешательства зависит от пола, класса и этнической принадлежности. Важно отметить, что в результате вмешательства подростки в значительной мере перестали переоценивать ожидаемое употребление сверстниками спиртных напитков, что всегда рассматривалось как важный предиктор будущей алкоголизации; снизилась также интенсивность потребления спиртного, согласно самоотчетам.

Несомненно, для подтверждения этих предварительных результатов необходимы дальнейшие исследования эффективности таких вмешательств. Поскольку собственный выбор школьниками формата отличается большим разнообразием, вполне возможно, что оптимальные формы профилактики алкоголизации окажутся различными для разных школ. Можно предположить также, что

наиболее соответствующее целям проекта содержание вмешательства, определяемое на основании того, что особенно беспокоит школьников, с течением времени должно будет меняться, чтобы быть в наибольшей степени привлекательным для участников.

Дополнительные исследования необходимы и для выяснения контингента и длительности вмешательства, а также определения наиболее действенных его компонентов. Хотя полученные нами данные говорят о том, что в основном испытуемые положительно относятся ко всем предлагаемым форматам, все же девочки предпочитают групповые занятия, а мальчики чаще используют возможности, предоставляемые компьютером. Наконец, конфиденциальность, обеспечиваемая индивидуальными беседами или сайтом Интернета, может оказаться весьма привлекательной для представителей этнических меньшинств. Нуждается в изучении вопрос о том, какие механизмы (в настоящем исследовании использовалась двухступенчатая модель — укрепление мотивации, а затем, в случае надобности, выработка навыков) наилучшим образом способствуют изменениям в восприятии степени алкоголизации сверстников и снижению потребления спиртных напитков.

## **Заключение**

Проект «Выбор» представляет собой первую попытку разработать и испытать вмешательство, достаточно привлекательное для подростков, чтобы они добровольно выбрали краткий курс лечения от алкоголизации. Предварительные данные осуществления проекта на базе средних школ показали его потенциал в отношении как умеренно, так и много пьющих школьников. Хотя требуются дополнительные исследования эффективности такого подхода, наш опыт говорит о том, что привлечение школьников к разработке дизайна и к рекламе вмешательства может предоставить возможность воздействия на них на более ранних стадиях алкоголизации и тем самым снизить необходимость в традиционных методах лечения.

## **Проект «Помощь подросткам»: вмешательство на базе школы для подростков, сталкивающихся с алкогольными или наркотическими проблемами**

*Эрик Ф. Вагнер, Элизабет Кортландер,  
Стаси Л. Моррис*

### **Теоретические предпосылки**

Проект «Помощь подросткам» — TIP (Teen Intervention Project) представляет собой клинически контролируемое исследование, финансируемое Национальным институтом по изучению проблем алкогольной зависимости и алкоголизма, целью которого является выявление эффективности стандартизированной программы «Помощь учащимся» — SAP (Student Assistance Program), созданной для лечения подростков, сталкивающихся с алкогольными и наркотическими проблемами. Разработанная по образцу программы «Помощь работающим по найму» — EAP (Employee Assistance Program: Foote & Erfurt, 1991; Walsh et al., 1991), проект «Помощь подросткам» представляет собой наиболее распространенный тип вмешательства на базе школы, предназначенный для воздействия на подростков, принимающих психоактивные вещества. Он включает два основных компонента:

- 1) механизмы раннего выявления школьников с алкогольными и/или наркотическими проблемами;
- 2) методы вторичной и третичной профилактики отрицательных последствий, связанных с этими проблемами.

Этим проект «Помощь подросткам» отличается от программ первичной профилактики, направленных на снижение вероятности приобщения к приему психоактивных веществ и злоупотребления ими в общей популяции учащихся школ (Klitzner et al., 1993).

Распространенность SAP отражает факт существования крупной организации — Национальной ассоциации руководства программы помощи учащимся (National Association of Leadership for Student Assistance Programs) с более чем 3000 членов и ежемесячно издаваемого журнала «The Student Assistance Journal», по-

священного исключительно темам SAP. Судя по данным справочника «National Student Assistance Alliance Directory» (1997), в США программа SAP используется более чем в 1500 школьных системах. Другими словами, такие школы насчитываются тысячами, и десятки тысяч школьников каждый год соприкасаются с этой программой.

В связи с таким широким распространением не приходится удивляться наличию существенных различий в методах ее осуществлении. Наиболее приняты два типа SAP: «Модель команды-ядра», особенностями которой являются выявление и оценка состояния школьников обученным школьным персоналом и направление их на лечение во внешние медицинские учреждения, и «Модель SAP, графство Вестчестер, штат Нью-Йорк», согласно которой в школьный штат вводятся консультанты по SAP, осуществляющие на базе школы как обследование учащихся, так и вмешательство. Как правило, для последней модели характерно групповое консультирование подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами (Morehouse, 1984). Кроме того, существуют варианты SAP, различающиеся порядком проведения, философией, привлекаемым персоналом, процедурами работы с подростками и другими особенностями: «Пенсильванская модель» (Newman et al., 1988—1989; DiRenzio, 1990), «SAP Центра изучения алкоголизации университета Патджерса» (Milgram, 1989), «Проект SCOPE» (Forman & Linney, 1987), «Программа защиты от алкоголя и наркотиков» (Palmer & Paisley, 1991), «Айовское объединение» (Simmering, 1991).

При таком разнообразии видов SAP трудно оценить эффективность этих программ в решении проблем алкоголизации и наркотизации подростков, не говоря уже о специфических факторах, определяющих успех или неудачу вмешательства. Осложняет ситуацию и тот факт, что публикации, касающиеся SAP, по большей части посвящены специфике осуществления программы, а не ее эффективности. Тем не менее существует несколько исследований, в которых оценивалась эффективность лечения и приводились предварительные данные, говорящие о том, что некоторые разновидности SAP могут снизить употребление алкоголя и других наркотиков и улучшить академическую успеваемость подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами (Morehouse, 1984; Carlson, 1993; Carlson, Hughes & Deeback, 1996).

В рамках проекта Национального института по изучению проблем алкогольной зависимости и алкоголизма Э.Р. Мурхаус (Morehouse, 1984) разработала и провела оценку эффективности «Модели SAP, графство Вестчестер, штат Нью-Йорк». Исследовательница обнаружила, что 63 % школьников, сообщавших об употреблении алкоголя, и 94 % из тех, кто признавался в приеме марихуаны при первичном обследовании, сообщали об отказе от их

употребления на протяжении участия в SAP в составе созданных в школе групп, хотя только 50 % подростков, которые, согласно самоотчетам, испытывали опьянение во время обучения в школе до участия в программе, изменили свое поведение с началом вмешательства. Э. Р. Мурхаус также выявила значимое увеличение посещаемости школьных занятий подростками, сообщавших об употреблении спиртных напитков, со времени их участия в программе. К. А. Карлсон и соавторы (Carlson, 1993; Carlson et al., 1996) оценивали «SAP штата Вашингтон», включавшую групповые занятия на базе школы. Было установлено, что у 44 % участников программы, по мнению консультантов, к концу учебного года обнаружено общее улучшение. Наконец, Э. Ф. Вагнер и соавторы (Wagner et al., 1999) провели пилотное исследование вмешательства, описываемого в этой главе. Согласно их данным 86 % школьников, участвовавших в пилотной программе, прекратили или значительно снизили употребление психоактивных веществ, а 73 % оценивали полученный опыт как позитивный. Следует отметить, что частота употребления алкоголя до начала вмешательства не предсказывала воздействия программы на ее оценку участниками.

Особенно примечательным является то обстоятельство, что как Э. Р. Мурхаус, так и К. А. Карлсон с коллегами обнаружили, что SAP не оказала воздействия на многих школьников. По крайней мере, среди подростков, злоупотребляющих спиртным, 37 % в графстве Вестчестер и 56 % в штате Вашингтон в результате вмешательства не изменили своего поведения в отношении психоактивных веществ. К сожалению, ни один из исследователей не изучал причин того, почему SAP оказывалась эффективной для одних и неэффективной для других. Кроме того, хотя можно только одобрить попытки оценить эффективность специфических разновидностей программы, все три указанных исследования отличались существенными методологическими недостатками. Ни одна из этих работ не включала создания контрольной группы, проведения систематических регулярных повторных обследований школьников, участвовавших в SAP, или оценки подростков с использованием стандартных методов определения приема алкоголя и/или других наркотиков. Ни в одном исследовании не было сделано попытки определить 1) «активные ингредиенты» вмешательства, т. е. те составляющие многокомпонентного вмешательства, которые в наибольшей степени связаны с изменениями в аддиктивном поведении испытуемых, и 2) причины того, почему одни школьники реагировали на вмешательство, а другие — нет.

Учитывая важность SAP для лечения подростков от злоупотребления психоактивными веществами, явно необходима эмпирическая проверка эффективности как в целом, так и в отношении выявления специфических «активных ингредиентов», способствующих изменению поведения (например, укреплению навы-

ков отставания собственного мнения, пониманию потенциальных негативных последствий приема психоактивных веществ и т. д.). Именно с этой целью был разработан проект «Помощь подросткам» (ПП), представляющий собой программу группового консультирования на базе школы и состоящий из десяти еженедельных занятий с использованием инструкции. Этот проект многое позаимствовал из методов группового консультирования, применяемых в «Модели SAP, графство Вестчестер, штат Нью-Йорк». Была создана контрольная группа, члены которой проходили обследование и получали направление на лечение в медицинских учреждениях, что является стандартной процедурой применительно к злоупотребляющим психоактивными веществами подросткам в той школьной системе, где мы работали.

Обе группы — контрольная и экспериментальная — перед вмешательством проходили обследование, а также обследовались немедленно после окончания вмешательства (экспериментальная группа) и через 12 недель, 4, 7 и 12 месяцев после направления на лечение (в контрольной группе). Обследование включало стандартное определение употребления алкоголя и наркотиков и изучение пусковых механизмов изменения аддиктивного поведения («активных ингредиентов») у школьников, получавших групповое консультирование. С целью выявления причин, по которым одни участники реагируют на вмешательство, а другие — нет, мы также исследовали влияние некоторых переменных (депрессии, связанных с употреблением алкоголя ожиданий, социальной поддержки) на отклик на вмешательство.

## **Привлечение участников и обследование**

Проводимое на базе школы исследование связано со многими практическими и методологическими трудностями (Wagner, Sweden, Henggeler, 2000), и начинаются они с привлечения участников и их обследования. Прежде чем приступить к проекту, нужно было сделать несколько предварительных шагов. Во-первых, требовалось, чтобы он был рассмотрен школьным советом графства и департаментом здравоохранения, которые должны были его одобрить. Затем последовало предложение участвовать в программе конкретным школам. Мы начали с массовой рассылки брошюр администрации и персоналу всех школ округа, сопроводив это контактами по телефону. В тех случаях, когда школьная администрация проявляла интерес, руководитель проекта встречался с персоналом для обсуждения проведения вмешательства и ознакомил с проектом учителей, школьников и/или их родителей. Как только договоренность с несколькими школами бывала достигнута, возникал эффект «заражения», и другие школы также

высказывали желание участвовать. Опубликованная в местной газете статья пробудила дополнительный интерес к сотрудничеству с нами. На протяжении первого года нам удалось обеспечить участие шести школ; теперь, на пятом году работы, мы сотрудничаем более чем с 20 школами.

При осуществлении программы во всех школах мы придерживались одних и тех же базовых процедур. После консультации с руководством школы избирался сотрудник, который должен был служить связующим звеном между школой и проектом «Помощь подросткам». С ним согласовывались все направления на вмешательство. Как правило, описание программы и бланки для направлений раздавались всему школьному персоналу вместе с инструкцией обращаться к сотруднику, контактирующему с представителями проекта. Таким сотрудником чаще всего был главный консультант или помощник директора; в его обязанности входило также узнавать телефонные номера семей школьников, направленных на вмешательство, и сообщать их исследовательской команде.

После получения этой информации к подростку прикреплялся интервьюер, который звонил родителям или опекунам школьника, объяснял им программу вмешательства и получал от них устное согласие; при этом выяснилось, что школа не всегда располагает верными данными о координатах родителей. В таких случаях мы обращались к сотруднику школы, осуществлявшему контакты с проектом, за более точной информацией. Мы также использовали справочную службу, поиск через Интернет и платные услуги для установления контакта с родителями. В крайнем случае родителям посылалось заказное письмо с просьбой связаться по бесплатному номеру с сотрудниками проекта.

Реакция родителей на наши обращения обычно бывала позитивной, однако варьировала от согласия до страха и возмущения. Наши сотрудники были обучены осторожному подходу к родителям и во время первого контакта подчеркивали следующие моменты: 1) проект одобрен школьным советом; 2) ваш сын/дочь получил/получила направление на вмешательство, потому что оно может принести ему/ей пользу; 3) проект ориентирован на школьников, экспериментирующих с психоактивными веществами и тем самым подвергающихся риску; 4) вмешательство направлено на борьбу с аддиктивным поведением в момент его возникновения, а не на лечение уже сложившихся проблем; 5) вся полученная информация остается конфиденциальной, за исключением тех случаев, когда поведение школьника представляет опасность для него самого или для других; в таких случаях уведомляются родители и предпринимаются необходимые медицинские меры; 6) вмешательство включает всестороннее обследование и наблюдение в течение года с направлением в случае необходимости в медицин-



ские учреждения; 7) все услуги оказываются бесплатно и осуществляются на базе школы. После того как было получено устное согласие, мы посылали родителям для заполнения письменную форму с оплаченным ответом.

Следующим этапом была встреча интервьюера со школьником. Поскольку участие в проекте являлось добровольным, подросток мог отказаться или в любой момент прекратить сотрудничество. Если испытуемый давал согласие, интервьюер приступал к предваряющему вмешательство обследованию, включавшему сбор данных анамнеза, оценку аддиктивного поведения, коморбидных состояний и симптоматики, выявление переменных, связанных с компонентами лечения (например, владения навыками отказа); определялись также другие показатели возможного отклика на вмешательство (например, наличие социальной поддержки).

Главной целью предшествовавшего вмешательству обследования было выявление тех школьников, которым подходят меры ПП, а также тех, кому они не подходят (например, не принимающим психоактивные вещества или нуждающимся в более серьезном лечении выраженного злоупотребления наркотиками). Первичное обследование длилось от 50 до 180 минут и проводилось в один или несколько этапов. Такой разброс был связан с индивидуальными различиями в коморбидной симптоматике, уровне грамотности, когнитивных способностях, способности сосредоточить внимание и толерантности к фрустрации. Учитывая широту охвата, это обследование являлось наиболее полным и экономичным временем из всех проводившихся нами процедур.

Обследование после вмешательства осуществлялось по завершении 10-недельного курса группового консультирования. Параллельно обследовались школьники из контрольной группы. Это обследование включало оценку аддиктивного поведения, переменных, связанных с компонентами вмешательства, и других потенциальных показателей отклика на воздействие, а также удовлетворенности вмешательством и готовности испытуемых выполнять терапевтические назначения. Последующие обследования касались только аддиктивного поведения.

## **Описание вмешательства**

### **Теоретическое обоснование**

Теоретическими основами стандартизованного группового консультирования служат теории социального научения (Bandura, 1977) и проблемного поведения (Jessor R. & Jessor S., 1977). Мы полагаем в полном соответствии с этими теориями, что в развитие аддиктивного поведения подростков вносят вклад многие фак-

торы (биопсихосоциальная модель), хотя особое внимание уделяем возможности влиять на факторы окружения, выученные представления и поведение на протяжении вмешательства (Wagner, Myers & Brown, 1994).

В соответствии с этой концепцией предполагалось, что ожидания подростков в отношении эффекта приема психоактивных веществ формируются под воздействием ролевой модели родителей, сверстников и, более широко, социально-культурной модели (Christiansen, Goldman & Inn, 1982; Goldman, Brown, Christiansen, 1987). Эти ожидания часто оказываются предикторами возникновения впоследствии злоупотребления психоактивными веществами (Christiansen et al., 1989) и включают представление о том, что алкоголь снимает стресс, способствует социальным контактам, приносит хорошее самочувствие (Wagner et al., 1994).

При изучении этиологии подростковых проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ, следует принимать во внимание возрастные факторы. Поэтому мы признаем, что некоторое экспериментирование с наркотиками и/или алкоголем может считаться нормативным (Shelder & Block, 1990). Тем не менее подростки, не обладающие навыками управления собственным настроением, хороших социальных взаимоотношений, создания положительной эмоциональной атмосферы в отсутствие алкоголя или наркотиков и эффективного противостояния социальному давлению, подвергаются значительному риску развития проблем, обусловленных приемом алкоголя или других наркотиков (Bentler, 1992; Pandina & Schuele, 1983).

Программа группового консультирования включает также элементы воздействия, подчеркивающие важность мотивации клиента в исходе лечения (Miller & Rollnick, 1991). Одним из способов усиления готовности школьников, злоупотребляющих психоактивными веществами, принять участие в лечении (другими словами, их мотивации) является предоставление им возможности выбора методов и целей вмешательства (Sobell M. & Sobell L., 1995). Учитывая бóльшую, чем у других, озабоченность подростков правом делать самостоятельный выбор, такое участие в определении аспектов лечения может быть особенно важным для усиления мотивации к изменениям. Таким образом, члены группы не только сами оценивают свой статус в отношении готовности изменить аддиктивное поведение, но и определяют для себя ближайшие и долгосрочные цели как в изменении связанного с приемом психоактивных веществ поведения, так и жизненные цели вообще (в межличностных отношениях, академической успеваемости, построении карьеры).

Все участники проекта получают тетради, которые они заполняют от занятия к занятию и используют на протяжении всего вмешательства. Благодаря таким записям осуществляется продол-

**жизельная активная проработка** программного материала. В них также вносятся высказываемые самими испытуемыми идеи и предложения, что содействует поддержанию внимания и повышению самооценки, подкрепляя чувство личного руководства собственными поведенческими изменениями (Wagner, Myers & Brown, 1994). Главным является то, что каждый член группы сам ведет записи о том, что узнал и чего достиг за время занятий. Таким образом, рабочая тетрадь представляет собой хорошее индивидуализированное пособие, которое можно использовать в случае возникновения в будущем связанных с употреблением психоактивных веществ трудностей.

Итак, наше основанное на овладении навыками групповое вмешательство строится на нескольких основаниях: теории социального научения, мотивационном вмешательстве, учете возрастного развития. Предполагается, что следование ролевой модели в употреблении психоактивных веществ и связанное с этим увеличение ожиданий вкупе с дефицитом поведенческих навыков (например, неумением справляться со стрессом) подвергают подростков риску приобщения к приему и злоупотреблению психоактивными веществами. Учитывая это, проект ПП делает упор на информировании школьников в отношении алкоголя, наркотиков и развития аддиктивных проблем и проводит тренировки навыков, улучшающие их возможности в указанных областях. В терапевтическом смысле мотивационная установка помогает членам группы осознать собственное стремление изменить поведение и поставить перед собой соответствующие цели. Такой подход особенно подходит для подростков, которые благоприятно реагируют на чувство собственного контроля над своей жизнью, создаваемое активным участием в процессе вмешательства (Tober, 1991).

### **Компоненты вмешательства**

Программа 10-недельного группового консультирования представляет собой структурированное вмешательство с использованием пособий, последовательно осуществляющее информирование подростков о приеме психоактивных веществ с тем, чтобы предоставить им возможность осознать причины, приводящие к употреблению психоактивных веществ, поставить перед собой цель уменьшить или прекратить их прием и овладеть навыками, помогающими справляться со стрессом и другими факторами, провоцирующими аддиктивное поведение. В широком смысле программа может рассматриваться как состоящая из двух основополагающих стадий:

1) просвещение членов группы в отношении употребления психоактивных веществ (как в общем плане, так и применительно к ситуации каждого из участников);

Таблица 9.1. Компоненты стандартного группового консультирования

*Информация о злоупотреблении психоактивными веществами:* школьникам рассказывается об употреблении психоактивных веществ и о развитии связанных с ним проблем

*Выявление и признание существования личных проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ:* ведется обучение умению связывать возникающие трудности с приемом психоактивных веществ

*Самомониторинг:* школьники проводят мониторинг собственного употребления алкоголя и других наркотиков

*Оценка мотивации:* школьники оценивают, в какой степени он готов изменить свое аддиктивное поведение

*Формирование решимости:* школьники принимают решение уменьшить или прекратить употребление алкоголя и других наркотиков

*Постановка цели:* школьники ставят перед собой ближайшие и долгосрочные цели в отношении отказа от приема психоактивных веществ и других видов аддиктивного поведения

*Опознавание ситуаций, связанных с высоким риском:* школьники учатся опознавать ситуации, провоцирующие употребление психоактивных веществ

*Альтернативы приему психоактивных веществ:* школьники вырабатывают формы поведения, альтернативные по отношению к употреблению алкоголя, с особым упором на ситуации, провоцирующие риск приема психоактивных веществ

*Преодоление стресса:* школьники учатся опознавать стресс и находить не связанные с приемом психоактивных веществ стратегии его преодоления

*Навыки общения:* школьники обучаются настойчивости и специфическим формам эффективного общения

*Эффект соскальзывания обратно:* с целью предотвращения возможных рецидивов школьники учат предвидеть возможность такого состояния и справляться с негативной эмоциональной реакцией, которую это может вызвать

*Тренинг противостояния/отказа:* школьники изучают и репетируют ситуации давления в пользу приема психоактивных веществ со стороны сверстников

*Социальная поддержка:* школьники выделяют те группы или тех лиц, которые поддержат их усилия по изменению аддиктивного поведения

2) помощь в достижении и поддержании специфических изменений в аддиктивном поведении.

Для овладения соответствующими навыками используются когнитивно-поведенческие техники. Члены группы учатся осознавать ситуационные факторы, такие, как мысли и чувства, возникающие у них в отношении употребления психоактивных веществ, у них

укрепляет стремление достичь поставленной цели; участие в ролевых играх позволяет им совершенствоваться в приобретенных навыках. Вновь вводимый материал всегда предваряется объяснением важности концепций и навыков, которые изучаются на занятиях.

С самого начала подчеркивается последовательность предъявления материала и важность активного участия самих школьников. Им объясняется, что содержание каждого занятия базируется на изученном ранее, знание которого необходимо для понимания дальнейшего. В начале занятия делается обзор того, что было рассмотрено на предыдущем. Чтобы подчеркнуть важность активного участия каждого подростка в программе, проводится аналогия с успехом в любых занятиях (музыкой, спортом), для достижения которого необходимо оттачивать умения постоянной практикой. Таблица 9.1 содержит основные компоненты программы группового консультирования, таблица 9.2 — описание вмешательства от занятия к занятию.

Программа группового консультирования делает упор на совместной работе для того, чтобы занятия были содержательны и продук-

Таблица 9.2. Описание вмешательства по всем занятиям

Занятие	Тема	Занятие	Тема
1	Представление группы (знакомство) и описание принципов ее работы	6	Специфический план изменений; ближайшие и долговременные цели
2	Информация о злоупотреблении психоактивными веществами	7	Преодоление стресса
3	Выявление и признание существования личных проблем, связанных с приемом психоактивных веществ; самомониторинг употребления психоактивных веществ	8	Улучшение взаимоотношений; навыки общения
4	Выявление ситуаций, связанных с высоким риском; оценка мотивации к изменениям	9	Эффект соскальзывания обратно; тренинг противостояния/отказа
5	Выработка решимости*; поиск альтернатив употреблению психоактивных веществ	10	Окончательная решимость измениться; социальная поддержка; заключительные упражнения

\* Повторяется на всех последующих занятиях

тивны. Вначале участникам предлагается подумать о том, каких принципов следует придерживаться, чтобы сотрудничество в группе было успешным (например, сохранять конфиденциальность, говорить только от своего имени, выслушивать других). Для укрепления сплоченности группы проводятся «парные интервью» — члены группы задают друг другу заранее подготовленные вопросы («Каково твое любимое времяпрепровождение?», «Что ты хотел бы в себе изменить?»). Такие интервью помогают участникам узнать друг друга, а также задуматься над тем, какие перемены в группе они хотели бы произвести.

Первоначальные образовательные компоненты программы включают рассмотрение причин, по которым подростки начинают принимать психоактивные вещества, информацию об алкоголе, описание разных стадий аддикции — от экспериментирования до зависимости. Взгляд на развитие пристрастия к психоактивным веществам с биопсихосоциальной точки зрения помогает школьникам понять разнообразие причин, приводящих к употреблению психоактивных веществ (желание попробовать, улучшить самочувствие, избавиться от скуки или от стресса). Затем обсуждаются конкретные причины, которые привели их к аддиктивному поведению, и выделяются те из них, которые подростки считают наиболее значимыми. Просвещение в отношении употребления психоактивных веществ продолжается в форме «Теста осведомленности относительно алкоголя», содержащего специфические вопросы относительно спиртных напитков и их употребления. Хотя знания членов группы различаются, большинство оказывается удивлено ответами на некоторые вопросы, что, как правило, вызывает конструктивную дискуссию.

Затем школьники знакомятся с концепцией развития связанных с употреблением психоактивных веществ проблем: если все начинается с экспериментирования, то следующими стадиями оказываются проблемное поведение, злоупотребление, а со временем и зависимость (так называемый «Путь к проблемам»). Описание каждой стадии включает указания на сопряженные с ней поведенческие проявления и симптомы; подчеркивается, что человек часто не осознает, что движется по наклонной плоскости, и что чем дальше, тем труднее уменьшить или прекратить употребление психоактивных веществ. Этот элемент программы чрезвычайно важен для того, чтобы помочь подросткам оценить степень своей вовлеченности в аддикцию, а также для конструктивной поддержки любых тенденций к минимизации такой вовлеченности. В результате члены группы сами выносят суждение о том, насколько далеко они зашли по пути алкоголизации или наркотизации (вместо того, чтобы получить заключение на этот счет со стороны). Такой упор на собственное мнение уменьшает сопротивление переменам и отражает мотивационный характер программы.

По мере продвижения вперед занятия все более соответствуют специфике ситуации каждого члена группы. Школьники рассматривают свое личное приобщение к приему психоактивных веществ, составляя «Мою историю», включающую описание первой пробы алкоголя, указание на его количество, перечисление других, помимо спиртного, психоактивных веществ, которые они принимали, рассмотрение причин, приведших к экспериментированию и продолжению приема, и описание реакции окружающих на их аддиктивное поведение. Члены группы начинают заполнять дневник, куда вносят данные о своем употреблении психоактивных веществ. В сочетании со знаниями, помогающими подростку понять собственные паттерны аддиктивного поведения и важность такого понимания для определения путей изменения, подобный дневник дает возможность лучше и полнее отдать себе отчет в мыслях, чувствах и видах поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ.

Дневник заполняется ежедневно, в нем отмечается, что школьник употреблял и в каком количестве, описывается ситуация, в которой это произошло, причины и последствия (как негативные, так и позитивные). Записи за каждую прошедшую неделю обсуждаются на следующем занятии. Знакомство с дневником позволяет проводить функциональный анализ аддиктивного поведения одновременно с высказываемыми подростками мыслями по поводу обсуждаемого. Такая информация позволяет прояснить ожидания школьников в отношении воздействия алкоголя и наркотиков на стресс и другие факторы. С поведенческой точки зрения рассмотрение последствий употребления психоактивных веществ особенно полезно благодаря развенчанию представлений и ожиданий, согласно которым оно приносит пользу. Хотя немедленный положительный эффект (например, уменьшение напряжения) не отрицается, обсуждаются часто игнорируемые более отдаленные последствия (неприятности с родителями, низкие оценки, малое участие в конструктивных видах деятельности).

Заполнение дневника позволяет членам группы обнаружить «триггеры» своего аддиктивного поведения. Триггер определяется как ситуация, вид поведения, мысль или чувство, ассоциирующееся с приемом психоактивных веществ и могущее послужить пусковым механизмом для их приема. Выявляя основные триггеры, школьники лучше отдают себе отчет в автоматически возникающих мыслях, а также ощущениях и поведении, связанных с приемом психоактивных веществ. Мысли, чувства и ситуации, оказывающиеся связанными с аддиктивным поведением, отмечаются как характеризующиеся высоким риском, и школьники учатся способам их преодоления без помощи психоактивных веществ.

Вторая часть консультационной программы направлена на помощь в снижении вовлеченности в прием психоактивных веществ;

окончательной целью является полный отказ от них. Главным шагом в продвижении к такой цели служит помощь подросткам в оценке собственной мотивации к изменениям. Члены группы заполняют опросник, касающийся того, насколько они озабочены собственным аддиктивным поведением и тяжестью его последствий, а также их умения добиваться изменений и важности поддержания тех изменений, которых им уже удалось достичь.

В соответствии с мотивационным содержанием программы и признанием важности собственной постановки цели для достижения успеха, как это вытекает из теории социального научения (Sobell M. & Sobell L., 1995), каждому члену группы предлагается ставить еженедельные цели по изменению аддиктивного поведения. В своих еженедельных «Соглашениях об изменении» они записывают, каких изменений в своем поведении они рассчитывают достичь на следующей неделе. Подчеркивается необходимость ставить реалистические цели, и школьники поощряются в восприятии своих попыток как экспериментов, что снижает сопротивление и помогает находить альтернативы аддиктивному поведению; поощряется также гибкость в постановке будущих целей. Чтобы укрепить решимость в достижении цели, каждый член группы подписывает свое «Соглашение об изменении», а другой школьник подписывает его как свидетель.

Записи в дневниках позволяют сравнивать действительную ситуацию в отношении приема психоактивных веществ с поставленными целями по изменению аддиктивного поведения. При этом очень важно подкрепление успеха (например, за сообщение о каждом дне полного воздержания от приема психоактивных веществ остальные члены группы аплодируют школьнику) и конструктивное обсуждение того, что помешало выполнению обязательств. Основываясь на таком анализе, подростки пересматривают свои «Соглашения об изменении» на будущую неделю. Еженедельные обсуждения дневниковых записей и «Соглашений об изменении» служат отправной точкой для групповых дискуссий, во время которых подростки не только обсуждают собственное поведение, но и обмениваются информацией. Благодаря этому из группового процесса и положительного взаимовлияния сверстников извлекается польза для изменений в нужном направлении.

После того как часть программы, направленная на поведенческие изменения, начинает давать необходимые результаты, на занятиях прорабатываются способы их поддержания и укрепления. Члены группы обучаются поиску альтернатив приему психоактивных веществ, планированию дальнейшего снижения их приема, постановке ближайших и долговременных целей по изменению аддиктивного поведения, а также поведенческим изменениям в других областях (в карьере, межличностных отношениях, школьных занятиях). Прививаемые подросткам специфические



навыки включают методы преодоления стресса, улучшения взаимоотношений (особенно умения общаться), предотвращения рецидивов приема психоактивных веществ. Ролевые игры и моделирование ситуаций консультантом помогают подросткам предвидеть проблемные ситуации и тренируют членов группы в их разрешении.

Для совершенствования навыков изменения аддиктивного поведения школьников предлагается составить список альтернативных откликов на триггеры употребления психоактивных веществ. Им прививается понимание того, что наличие конкретного плана по достижению желаемых изменений увеличивает вероятность успеха. В результате члены группы осознают, какие специфические шаги они намерены предпринять, чтобы уменьшить или прекратить прием психоактивных веществ. Они обдумывают, как сделать, чтобы психоактивные вещества стали для них недоступны, как увеличить свое участие в деятельности, не связанной с их употреблением, как добиться поддержки своих поведенческих изменений. Кроме определения целей по уменьшению приема психоактивных веществ и приобщению к конструктивным видам деятельности на неделю, такие же планы составляются на месяц, на год и на пятилетку.

Для того чтобы противостоять стрессу, подростки учатся узнавать основные его признаки и причины и выделять из них те, которые имеют отношение к ним самим. Рассматриваются возрастные факторы; особое внимание уделяется тем типам стресса, с которыми школьники сталкиваются чаще всего (например, нажим со стороны родителей, стремящихся добиться от детей совершенства, неприятности в школе, давление сверстников в пользу приема психоактивных веществ). Члены группы овладевают стратегиями предотвращения стресса, таким как регулярные занятия, постановка реалистических целей, снятие напряжения, а также стратегиями его преодоления (умением разрешать проблемы, общаться с окружающими).

Наши данные свидетельствуют о том, что подростки, как правило, видят основной источник стрессов в межличностных проблемах. Гнев, который они вызывают, часто служит триггером аддиктивного поведения. Упор, делаемый программой на развитии навыков общения (в особенности умения настоять на своем), может быть особенно важен для обучения разрешению межличностных проблем без употребления психоактивных веществ. Говоря о навыках общения, мы подчеркиваем то обстоятельство, что такие навыки позволяют выразить свое мнение прямо, уважительно и эффективно. Умение настоять на своем означает способность выражать свои чувства ясно и открыто, не поступаясь уважением ни к себе, ни к окружающим. Чтобы продемонстрировать умелое межличностное общение, приводятся примеры такого по-

ведения («Говори от собственного лица», «Сосредоточься на обсуждаемой теме»). Мы подчеркиваем, что для успешного применения навыков общения в них нужно практиковаться; с этой целью проводятся ролевые игры, в которых члены группы применяют вновь освоенные умения.

Для поддержания достигнутых изменений поведения подростков учат справляться с рецидивами. «Эффект соскальзывания обратно» объясняется как следствие пораженческих мыслей и поведения, связанного с возвратом к приему психоактивных веществ. Школьникам объясняют конструктивные способы преодоления такого состояния (осознание того, что «соскальзывание» — это ошибка, но одна ошибка еще не означает полного поражения). На эту тему также проводятся ролевые игры, на этот раз нацеленные на обучение тому, как преодолеть соблазн возврата к аддиктивному поведению.

На последнем занятии члены группы заполняют форму «Долговременные цели и решимость измениться». Они обсуждают свои ближайшие и долговременные планы, о которых шла речь на предшествующих занятиях, и используют этот материал для определения конечной цели. Подростки составляют список источников социальной поддержки (друзья, члены семьи, консультанты), с помощью которых они рассчитывают преодолеть стресс и сохранить достигнутые успехи. В конце занятия всем раздаются руководства для дальнейшей борьбы с употреблением психоактивных веществ и вручаются «Сертификаты окончания курса».

### **Гибкое применение**

Успешная реализация программы ПП требует тщательного следования руководствам для консультанта и для школьников. В то же время мы понимаем, что эффективное консультирование зависит от учета в каждом случае комплекса индивидуальных проблем. Поэтому мы считаем желательным гибкое применение изложенных в руководствах принципов (Kendall et al., 1998). Консультанты должны использовать весь набор терапевтических методов, проявлять эмпатию и внимательное отношение к клиническим потребностям каждого подростка, в полной мере владеть специальными техниками вмешательства.

Смысл такого гибкого подхода заключается в восприимчивости к поступающей от школьников информации и понимании, какие компоненты программы наиболее подходят в конкретном случае. Например, подросток может быть очень взволнован ссорой с родителями и стремится обсудить это на занятии группы. В такой ситуации было бы ошибкой и отмахнуться от просьбы школьника на том основании, что такое обсуждение не соответ-

стает темой занятия, и отвлечься от изучаемого материала, чтобы оказать индивидуальную поддержку данному члену группы. Эффективный образ действий должен заключаться в том, чтобы связать случившееся с темой занятия: задать подростку вопросы о том, не послужила ли ссора поводом для приема психоактивных веществ, какие мысли и чувства сопровождали такой поведенческий отклик и каковы были последствия. Консультант может также сослаться на предстоящее занятие, посвященное навыкам общения, которое даст возможность вернуться к рассмотрению этого случая.

Для гибкого применения руководства также необходимо понимание того, что с разными членами группы лучшие результаты могут достигаться при использовании разных компонентов вмешательства. Например, у одних школьников прогресс может наступить после приобретения умения отслеживать аддиктивное поведение и осознания имевших место ранее автоматических реакций, в то время как для других таким поворотным пунктом окажется умение распознавать связанные с риском ситуации и избегать их. В соответствии с этим консультант должен отличать, какие компоненты вмешательства приносят лучшие результаты, и делать на них упор в подходящий момент. Например, один из школьников, принимавших большие дозы марихуаны, приобрел мотивацию к изменению аддиктивного поведения, когда на занятии рассматривался «Путь к проблемам». Хотя сначала он скептически отнесся к полученной информации, но потом, вернувшись к материалу соответствующего занятия, постепенно осознал, что был на пути к зависимости; это и мотивировало его стремление к изменению. Другими словами, программа ПП предполагает определенную тематическую последовательность, но вместе с тем не является жестко однонаправленной: материал, изученный на начальных занятиях, не только служит основанием для дальнейшего, но может быть включен в содержание более поздних занятий.

Отклик на специфические потребности подростков, например, принимаемые консультантом меры при обнаружении симптомов депрессии или другой психопатологии, также является проявлением гибкого применения программы. Школьник, проявляющий депрессивные тенденции, может испытывать трудности в постановке целей из-за чувства безнадежности. Восприимчивость к таким проблемам и нахождение путей к их разрешению позволяют консультанту помочь подростку приобрести умение ставить цели или овладеть другими навыками, полезными в преодолении депрессии (например, увеличением самоэффективности в преодолении аддиктивного поведения).

Групповые характеристики, такие, как выраженные различия между членами группы по степени вовлеченности в прием психоактивных веществ, могут требовать применения специфических

стратегий. Так, подчеркивая негативные последствия приема психоактивных веществ, можно снизить воздействие ролевых моделей сверстников, отличающихся аддиктивным поведением, на тех подростков, которые находятся на самых ранних стадиях приобщения к психоактивным веществам.

## **Выводы и направления будущих исследований**

Главный вопрос — почему одни подростки откликаются на программу «Помощь учащимся», а другие нет, — начинает получать ответ благодаря анализу результатов проекта ПП. Хотя эти данные еще в полной мере не проанализированы, мы хотели бы обсудить приведенный выше вопрос, так как это может указать важные направления будущих исследований.

Хорошо известно, что подростки, имеющие связанные с употреблением психоактивных веществ проблемы, представляют собой неоднородную группу; имеют место индивидуальные различия по таким факторам, как ожидаемый эффект и последствия приема психоактивных веществ, контекст и мотивация приобщения к ним (Wagner & Kassel, 1995). Некоторые варианты программы «Помощь учащимся» могут оказаться неэффективными из-за недостаточного внимания к индивидуальным различиям в демографических, психологических и/или социальных показателях, связанных с употреблением психоактивных веществ.

Весьма вероятно, что переменные, характеризующие индивидуальные различия, влияют на восприимчивость к лечению (Kazdin, 1995) и на факторы соответствия (Project MATCH, 1997). Очень немногие работы были посвящены дифференцированному воздействию на подростков разных видов психологического вмешательства и лечения, соответствующего разным аддиктивным ситуациям. Переменные, которые мы в настоящее время изучаем как влияющие на восприимчивость к лечению, включают психиатрическую коморбидность, алкогольные ожидания, социальную поддержку, молодежные правонарушения, мотивацию к переменам, историю злоупотребления или неудачного лечения, конфликты в семье и употребление психоактивных веществ родителями. По мере получения новых знаний относительно факторов, воздействующих на восприимчивость к лечению, могут быть разработаны алгоритмы воздействия на подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, с использованием определенных разновидностей программы «Помощь учащимся» или ее компонентов, что дало бы максимальную надежду на успех.

Другим важным направлением будущих исследований является изучение эффективности программы «Помощь учащимся» применительно к другим популяциям школьников и обобщение полу-

ченных данных для использования в иных областях проблемного поведения. Например, школьники, обучающиеся в альтернативных школах<sup>1</sup>, имеют большую вероятность оказаться вовлеченными в прием психоактивных веществ и иметь связанные с этим проблемы, чем учащиеся обычных средних школ. Эта популяция, несомненно, требует вмешательства по поводу злоупотребления психоактивными веществами и может получить пользу от программы «Помощь учащимся», особенно если компоненты последней будут рассчитаны на борьбу с более серьезными проблемами аддикции, имеющими место в данной группе. Что же касается других видов проблемного поведения, то подростки, злоупотребляющие психоактивными веществами, часто демонстрируют агрессию, связанное с высоким риском сексуальное поведение, безрассудство. Программа «Помощь учащимся» при внесении в нее некоторых модификаций может быть полезна и в этих случаях.

Проект «Помощь подросткам», описанный в данной главе, представляет собой один из первых шагов в создании эффективной стратегии вмешательства по поводу проблем, связанных с приемом психоактивных веществ школьниками. Хотя мы надеемся, что он внесет свой вклад в борьбу со злоупотреблением алкоголем и наркотиками, предстоит сделать еще очень многое. Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что уровень аддиктивного поведения среди подростков остается весьма высоким, и у некоторой их части разовьется зависимость. Чтобы приблизиться к решению этой важной проблемы здравоохранения, необходимо вести дальнейшие исследования, в ходе которых будут разработаны и оценены эффективные виды лечения. Особенно важной в этом отношении областью является разработка моделей вмешательства по месту жительства (в расположенных рядом медицинских учреждениях, в школе, дома), что имеет большую экологическую ценность и встречает меньше препятствий, чем традиционные методы борьбы с подростковым аддиктивным поведением (Wagner et al., 2000). Мы надеемся, что материал данной главы поможет исследователям и практикам в улучшении эффективности вмешательств по поводу злоупотреблений психоактивными веществами среди подростков.

---

<sup>1</sup> Альтернативная школа — частная или государственная средняя школа; к этой категории относятся, например, школы, цель которых удержать детей от дурного влияния улицы, и школы с разнообразными формами обучения. (Примеч. пер.)

## **Семейная поведенческая терапия**

*Брэд Донохью, Нэйт Азрин*

### **Теоретические предпосылки и логические обоснования**

Стандартизованная программа, которая будет описана в этой главе, была изначально разработана для изучения исходов вмешательства и финансировалась Национальным институтом наркологии (Azrin et al., 1996) и Национальным институтом психического здоровья (Azrin et al., в печати). Она включает в себя многочисленные виды вмешательств, имеющие целью воздействие на употребление подростками наркотиков, на их поведение, навыки разрешения проблем, семейные отношения и навыки общения. Программа рассматривает употребление наркотиков как сильный внутренний изначальный подкрепляющий фактор, часто усугубляемый подражанием, физиологическими или ситуационными потребностями, отсутствием источников подкрепления и/или отдаленностью или отсутствием веры в наступлении обычных негативных последствий (семейных, социальных, легальных, профессиональных, медицинских). Такое определение использовалось в программе лечения алкоголизма у взрослых по месту жительства с помощью подкрепления — CRT (Community reinforcement treatment — Azrin, 1976; Azrin et al., 1982; Hunt & Azrin, 1973). Сильная позитивная связь между ребенком и родителями рассматривается как центральный фактор в исправлении проблемного поведения подростков, включая употребление наркотиков, подобно тому как программа CRT подчеркивает позитивную роль супружеских отношений для взрослых. Такой же подход использовался программой «Консультирование на основе взаимности» для молодежи (Reciprocity Counselling program for youth) (Besalel & Azrin, 1981), ориентированной на управление непредвиденными обстоятельствами и тренинг позитивного общения. В основу описываемой в данной главе

программы положено использование нескольких специфических стандартизованных процедур, направленных на борьбу с приемом психоактивных веществ и связанных с ним поведенческих проблем; ниже детально описываются эти процедуры.

## **Описание программы вмешательства**

### **Первые контакты с участниками программы**

Поскольку лица, злоупотребляющие психоактивными веществами, и их близкие известны своим нежеланием участвовать в терапевтических мероприятиях, мы разработали эмпирически подтвердившийся метод улучшения посещаемости медицинских мероприятий (Donohue et al., 1998). Согласно этой процедуре, сотрудник проводил телефонное интервью с подростком и одним из его родителей за три дня до первой назначенной встречи. Мы обнаружили, что более ранний контакт не выполнял роли напоминания, а разговор за день или за два до занятия увеличивал вероятность изменения времени встречи с пациентом. При первом контакте интервьюер пытался установить взаимопонимание с подростком с помощью состоящего из восьми шагов процесса. Подростка просили описать проблемы, которые в последнее время создавали для него/нее окружающие (обыкновенно родители, сверстники, учителя) и посочувствовать беспокойству, которое вызывала у окружающих такая ситуация. Следующими шагами были: описание интервьюером пользы, которую другие подростки, по их отзывам, получали от участия в программе (например, уменьшение срока заключения или испытательного срока, улучшение отношений с родителями), и попытка вызвать признание интервьюируемого подростка в потенциальной пользе вмешательства именно для него. Затем его просили описать, какие качества он/она рассчитывает обнаружить в терапевте, и заверяли, что назначенный консультант проявит именно их (терапевт получал инструкцию подчеркнуть указанные аспекты общения). Подростку сообщалось также, что на занятии он получит угощение и безалкогольные напитки. Они предназначались для подкрепления желания участвовать в программе. (Один из участников программы даже сказал консультанту: «Спасибо за конфеты. Так приятно узнать, что хоть кто-то не посылает на фиг мои потребности».) И наконец, интервьюер предпринимал попытку выяснить, какие обстоятельства потенциально могут помешать явиться на назначенную встречу (например, ссора с родителями непосредственно перед занятием), и побудить подростка предложить свои варианты решения проблем, которые могли возникнуть. После такого первичного контакта интервью-

ер приглашал к телефону родителя или опекуна и повторял аналогичный процесс в его адрес.

Через два дня после первой встречи интервьюер снова связывался по телефону с подростком и его родителем/опекуном (по отдельности) и сообщал обоим о позитивном отклике терапевта, в том числе, если это соответствовало действительности, об одобрении пунктуальности явки на встречу. Подростку и родителю предлагалось задавать вопросы о будущем вмешательстве и делать предложения по улучшению программы. Эти предложения перед следующей встречей передавались терапевту. Подростка и его родителя/опекуна просили подтвердить время следующей встречи, сообщить о возникающих в связи с этим проблемах и возможности их разрешения; в случае необходимости расписание встреч уточнялось.

### **Оценка статуса подростка**

По прибытии подростка и его родителя/опекуна на первую встречу в медицинском учреждении им предлагались угощение и напитки. После ознакомления с общими положениями программы они оба письменно удостоверяли свое согласие на участие в программе. Терапевт знакомил их со следующими положениями программы:

1) оценка статуса подростка требует двух амбулаторных посещений длительностью по 90 минут каждое;

2) лечение будет состоять из 15 занятий, проводимых в течение полугода, их длительность и частота постепенно будут снижаться — от 90 до 60 минут и от еженедельных до ежемесячных;

3) по окончании вмешательства и через полгода по его завершении будут проведены обследования с целью определения достигнутого успеха;

4) для лечения будут использоваться собственные силы пациента;

5) целью программы является помощь подростку в разрешении проблем, связанных с употреблением наркотиков и иными видами нежелательного поведения, в нормализации семейных взаимоотношений, улучшении успеваемости/трудовых достижений;

6) подросток и его родители сами могут определять, какому виду вмешательства отдать предпочтение;

7) терапевт для определения характера принимаемых мер будет пользоваться апробированным руководством по вмешательству. После этого пациенту предлагалось пройти вместе с медицинским работником в туалет, чтобы под наблюдением сдать анализ мочи для определения содержания наркотиков.

Хотя первые 15—20 минут подростки и их родители при обследовании обсуждают с терапевтом имеющиеся место проблемы совместно, мы обнаружили, что в остальное время их лучше оп-



рашивать по отдельности. Такой распорядок позволяет терапевту кратко оценить взаимодействие между ребенком и родителем и в то же время оставляет достаточно времени для оценки каждого из них наедине. Если первым интервьюируется родитель/опекун, то пациенту в это время предлагается заполнить опросники-самоотчеты в приемной. В число опросников входят «Самоотчет подростка» («Youth Self Report») для оценки нескольких поведенческих показателей с его собственной точки зрения (Achenbach, 1991), «Опросник по разрешению социальных проблем» («Social Problem Solving Inventory» — D'Zurrilla & Nezu, 1990) и «Шкала удовлетворенности подростка отношениями с родителями» («Youth Satisfaction with Parent Scale» — DeCato et al., 2001). В то время, когда подросток заполнял эти опросники, его родителя интервьюировали для заполнения формы «Обследование ребенка и родителя» («Parent-Child Assessment Survey») с целью получения диагностической информации (Hodges et al., 1982) и оценки родителем частоты приема подростком наркотиков с использованием метода ретроспективы (Sobell et al., 1986). После того как беседа с родителем заканчивалась, терапевт получал от подростка заполненные опросники и проверял правильность их заполнения.

На время беседы терапевта с подростком родитель получал для заполнения следующие опросники: «Список поведенческих проявлений ребенка» («Child Behavior Checklist») для выяснения родительской оценки поведения подростка (Achenbach, 1991) и «Шкала удовлетворенности родителя отношениями с ребенком» («Parent Satisfaction with Youth Scale» — Donohue et al., 2001). В это время консультант обследовал подростка в отношении злоупотребления наркотиками и наркотической зависимости в соответствии с разделом «Нарушения, связанные с употреблением психоактивных веществ» структурированного клинического интервью DSM-III-R (Spitzer et al., 1992). Одновременно оценивался самоотчет подростка о частоте приема наркотиков с помощью метода ретроспективы (Sobell et al., 1986). При втором амбулаторном обследовании проводился анализ мочи на содержание наркотиков и оценка взаимоотношений подростка с членами семьи и друзьями, его увлечений и занятий, уточнение целей, которые он перед собой ставит, участвуя в программе.

**Анализ мочи на содержание наркотиков.** Мы полагаем, что, по крайней мере, на начальных стадиях вмешательства очень важно делать анализ мочи подростка на содержание наркотиков при каждом посещении для объективной оценки употребления подростком психоактивных веществ. Общий анализ (выявляющий целый спектр наркотиков: амфетамины, барбитураты, марихуану, кокаин, фенилциклидин, героин) может быть произведен специализированной компанией примерно за 10 \$. Если финансирования для такого широкого исследования недостаточно, общий анализ

может проводиться рандомизированно; кроме того, возможно уменьшение частоты анализов при наличии подтвержденных свидетельств о воздержании от приема наркотиков или выполнение анализа на содержание конкретного наркотика, а не всего спектра. Если пациент встречается с трудностями при мочеиспускании, полезно пустить струю воды в раковину или посоветовать ему/ей опустить руки в теплую воду, а также обеспечить поглощение подростком достаточного количества жидкости на протяжении встречи. Последняя мера должна применяться с осторожностью, поскольку чрезмерное количество воды может привести к повышению уровня креатина и этим, возможно, исказит результаты анализа.

Если анализ свидетельствует об употреблении наркотиков, терапевт обычно (при отсутствии смягчающих факторов) сообщает об этом в присутствии пациента и его родителя/родителей. Если подросток отрицает употребление наркотиков, ему следует объяснить, что такой анализ является высоконадежным методом и самым объективным показателем приема наркотиков, а также упомянуть, что существуют процедуры исключения непредвиденных обстоятельств в случае положительных результатов анализа (см. ниже раздел «Заклучение соглашения»). Терапевт указывает на важность продолжения лечения, поскольку ложноположительные результаты анализа встречаются чрезвычайно редко. Следует подчеркнуть, что, если терапевт выразит неуверенность в достоверности результатов анализа (например, скажет: «Может быть, все-таки марихуана в организме Джона есть, но на первый раз будем толковать сомнение в его пользу»), подросток, скорее всего, станет в будущем подвергать сомнению и достоверность всех результатов обследования. На самом деле скорее можно ожидать ложноотрицательных результатов: наркотики, отличные от марихуаны (сильнодействующие), быстро выводятся из организма и обнаружить их присутствие трудно. В случае с марихуаной, которая иногда может быть выявлена по прошествии двух-трех недель после приема (особенно если подросток тучен, малоподвижен или употребил большую дозу), большинство проводящих анализы компаний сообщит о наличии ее в моче. Таким образом, если уровень, выявленный при более позднем анализе, окажется выше, чем при более раннем, недавнее употребление марихуаны может быть обнаружено путем сравнения результатов последовательных анализов. Подростки часто утверждают, что положительный результат анализа на содержание марихуаны вызван тем, что они вдыхали дым от сигареты, которую курил кто-то другой. В таких случаях мы советуем терапевту просто сообщить ему, что результат анализа говорит о приеме наркотика и что ему следует избегать подобных ситуаций в будущем, особенно в связи с тем, что целью вмешательства является устранение всяких связанных с наркотиками стимулов.

**Сообщение о результатах обследования и оценка связанных с вмешательством ожиданий пациента.** Мы считаем важным распространение информации о результатах обследования и оценку связанных с вмешательством ожиданий пациента по нескольким причинам. Получив ясное представление о существующих проблемах, подросток и его родители скорее осознают, какое поведение к ним приводит, и постараются его предотвратить, а также выберут образ жизни, несовместимый с проблемным поведением. Кроме того, этот процесс позволяет терапевту развеять нереальные ожидания, которые часто ведут к излишне критическому отношению со стороны окружающих подростка людей.

Первый лечебный сеанс терапевт начинает с устного подкрепления, сообщая подростку и его родителям нечто положительное об их участии в обследовании (например, хвалит за откровенность, готовность к сотрудничеству, за доброжелательность). Затем терапевт проводит конфиденциальные беседы с родителями и с подростком, используя данные обследования в качестве напоминания. Родителям он сообщает обо всех значимо повышенных показателях тестирования и о диагнозе, сделанном на основании данных «Обследования ребенка и родителя» и структурированного клинического интервью DSM-III-R, а также перечисляет, по каким пунктам «Шкалы удовлетворенности родителя отношениями с ребенком» получены самые низкие показатели. Терапевт поощряет обратную связь и вовлекает родителей в обсуждение прошлых попыток уменьшить потребление их ребенком наркотиков и повлиять на его отклоняющееся поведение (хвалит родителей, если оказывается, что они использовали правильные и эффективные методы). Родителям задается вопрос о том, чего они ожидают от настоящего вмешательства в плане воздействия на аддиктивное и антисоциальное поведение ребенка. Задача терапевта — внушить близким подростка надежду и поддержать положительные ожидания изменений; эффект обратной связи помогает родителям поверить в обоснованность своих ожиданий. Им сообщается, что посещение медицинских мероприятий и следование назначениям являются сильными детерминантами достижения целей вмешательства. Как и во время всех встреч, ретроспективный метод используется для получения от родителей сведений о частоте приема подростком запрещенных законом наркотиков со времени предыдущего посещения.

После беседы с родителями терапевт проводит индивидуальное занятие с подростком. Ему задается вопрос о том, не было ли чего-то такого, обсуждение чего в присутствии родителей его смущало. Терапевт рассеивает опасения пациента, если таковые имеются, и сообщает ему результаты теста «Шкала удовлетворенности подростка отношениями с родителями». При этом он просит обследуемого кратко охарактеризовать области, охватываемые этой шкалой; которые вызывают у него наибольшую неудовлетворен-

ность; когда это уместно, терапевт проявляет эмпатию. Если подросток интересуется другой информацией, полученной при тестировании, следует ему ее предоставить. Затем ему предлагается высказать собственные предположения о потенциальных методах улучшения его/ее «ситуации», в том числе об уменьшении приема наркотиков и изменении отклоняющегося поведения. Эти ожидания подростка обсуждаются, например: «Джон, ты сейчас употребляешь кокаин один-два раза в неделю. Как ты думаешь, изменится ли частота приема, когда мы начнем лечение?.. Почему ты думаешь, что это будет так?.. Ты к тому же прогуливаешь уроки в школе. Как тебе кажется, изменится ли это в ближайшие несколько месяцев?.. Что заставляет тебя так думать?» Во время каждой беседы подростка просят назвать число дней приема запрещенных законом наркотиков со времени предыдущего посещения, используя для этого ретроспективный метод.

И подростку, и его родителям предлагается приводить с собой на последующие занятия других значимых для них людей, которые стремятся помочь в достижении целей вмешательства (друзей подростка, членов семьи, старших сиблингов). Расширение круга участников происходит только после того, как все терапевтические процедуры применены хотя бы один раз, что, как правило, происходит к шестому занятию. Друзья подростка обычно находят занятия интересными и часто подражают увиденным терапевтическим приемам. Младшие сиблинги, которым обычно бывает не больше 13 лет, от подобного участия отстраняются, поскольку речь идет о частоте приема наркотиков или сценариях аддиктивного поведения. Действительно, такие обсуждения бывают весьма наглядными и могут поощрить преждевременное знакомство с наркотиками, привести к искаженному восприятию такого образа жизни как «клевого», «крутого».

### **Вмешательство**

После обсуждения результатов обследования и ожидаемых последствий лечения терапевт встречается с подростком и его родителями для совместного выбора средств вмешательства, предлагаемых программой. И подростку, и родителям вручается список методов лечения. Памятка состоит из двух колонок: в одной в доступной форме описываются различные терапевтические процедуры (например, «получение поощрения от родителей за уменьшение приема наркотиков и хорошее поведение» как мера проводимой нами поведенческой терапии или «нахождение способов избежать ситуаций, связанных с наркотиками и неприятностями, и намерение посвящать больше времени занятиям, не связанным с наркотиками и неприятностями», как вмешательство, направленное на регуляцию поведения стимулами); в другой колонке отведено место

для оценки как самим подростком, так и родителями ожидаемой эффективности перечисленных мер, которая проводится в баллах от 0 до 100 (0 — «совершенно бесполезно», 100 — «чрезвычайно полезно»). Процедуры, получившие нулевую оценку и у подростка, и у родителей, исключаются из рассмотрения, а остальные располагаются в порядке ранжирования. Пациенту и его родителям сообщается, что процедуры будут использоваться в соответствии с их выбором и ожидается, что их применение будет последовательным и кумулятивным. Другими словами, после того как процедура будет применена в первый раз, она станет использоваться и на последующих занятиях, хотя и в меньшей степени. После того как все процедуры будут проведены хотя бы один раз (обычно это происходит к шестому занятию), пациент и его родители ранжируют их снова, чем и определяется степень их применения в дальнейшем.

Ниже мы опишем в общих чертах процедуру вмешательства. Судя по литературе, посвященной эмпирическим исследованиям, заключение соглашения между подростком и родителями представляет собой одну из наиболее эффективных в отношении подростков-правонарушителей терапевтических процедур, и немедленное ее применение настоятельно рекомендуется. Однако некоторые семьи не одобряют мер по поощрению поведенческих изменений. Поэтому, чтобы не подвергать опасности участие этих лиц в программе, мы предпочитаем заинтересовывать их, используя те терапевтические приемы, которые они сами считают наиболее желательными, тем более что все описываемые нами методы продемонстрировали свою эффективность в проведенном нами контролируемом исследовании исходов вмешательства. Таким образом, мы обращаем особое внимание на то, чтобы процедуры проводились в порядке их ранжирования пациентами (см. выше).

**Интервью о причинах раздражения.** Целью этой процедуры является создание первоначальной мотивации к снижению приема наркотиков и изменению проблемного поведения благодаря осознанию негативных последствий таких действий. Родителей просят вернуться к заполненной «Шкале удовлетворенности родителем отношениями с ребенком» и выбрать пять областей, вызывающих у них наибольшую озабоченность. В список включаются каждый вид запрещенного поведения и каждый запрещенный наркотик. Затем проводится занятие с подростком, и ему сообщается об основных причинах озабоченности родителей. Например, терапевт может сказать:

Мне сообщили о беспокойстве окружающих в связи с тем, что ты принимаешь наркотики, и с теми неприятностями, которые у тебя возникают со взрослыми. У меня пока не было возможности поговорить с тобой об этом. Чтобы я мог лучше понять причины этой тревоги, мне было бы интересно узнать, какие неприятные последствия для себя ты испытал и каких неприятностей ожидаешь.

Применительно к приему наркотиков и к каждой проблемной области, названной родителями, подростку предлагалось оценить по 100-балльной шкале неприятности, ожидающие его, если прежний паттерн аддиктивного поведения сохранится. Оценки фиксировались в соответствующей колонке списка, а затем подросток должен был описать неприятные последствия приема наркотиков в каждой из упомянутых областей. Эти ответы заносились в следующую колонку. После того как названные пациентом последствия вносились в список, терапевт интересовался дополнительной информацией с помощью заданного нейтральным тоном вопроса: «Что-нибудь еще?» — и предлагал пациенту внести дополнения в каждую из колонок. Типичный пример вопроса мог выглядеть так.

Какие неприятности связаны с тем, что ты принимаешь наркотики? (*Подросток перечисляет неприятности.*) Что-нибудь еще? (*Больше ничего не названо.*) А как насчет последствий твоих противоправных поступков? (*Пациент рассказывает о двух негативных последствиях.*) Что-нибудь еще? (*Ничего больше не вспомнил.*) Какие неприятности тебя ждут из-за неуспеваемости в школе? (*Подросток не предвидит дополнительных осложнений.*) Что-нибудь еще?

Внимание пациента привлекается к каждому из первоначально названных им неприятных последствий, оцененным менее чем в 70 баллов; ему предлагается сообщить, что особенно фрустрирует его в этом обстоятельстве (например: «Ты сказал, что у тебя возникают ссоры с матерью из-за того, что ты ворует. Что для тебя в таких ссорах особенно неприятно?»). Очень важно побудить подростка ясно и подробно описать названные им отрицательные последствия. Приведем пример возможного диалога:

Пациент. Я расстраиваюсь после того, как приму крэк.

Терапевт. Из-за чего ты расстраиваешься?

Пациент. Из-за разных вещей, вроде того, что я, должно быть, плохой сын.

Терапевт. Почему же это тебя расстраивает?

Пациент. Не знаю. Я просто начинаю себе не нравиться.

Терапевт. Такие мысли тебя огорчают?

Пациент. Ага.

Терапевт. Значит, еще одним неприятным последствием приема наркотика для тебя являются мысли о том, что ты плохой сын и сам себе не нравишься.

После того как подробно обсуждены все названные последствия, терапевт перечисляет дополнительные неприятности, которые могли быть не упомянуты пациентом, но которые типичны для данной возрастной группы (например: тюремное заключение, вред для здоровья, негативные взаимоотношения, травмирующие близких, неуважение со стороны окружающих, неудачи в школе

или на работе). После того как эта тема исчерпана, терапевт привлекает внимание подростка к тому, какими «на самом деле» травмирующими все эти явления могут быть для него/нее, особенно те из них, которым пациент дал самую высокую оценку, и подчеркивает, что неприятные чувства подростка по этому поводу совершенно нормальны. Необходимо также рассмотреть положительные последствия от отказа принимать наркотики и хорошего поведения.

Модифицированный вариант интервью о причинах озабоченности может применяться и на последующих встречах, когда возникает сопротивление терапии и/или отсутствует мотивация к изменениям. Терапевт может кратко рассмотреть получившие самую высокую оценку отрицательные последствия употребления наркотиков и основные области, вызывающие беспокойство, напомнить о том, что все эти неприятности могут произойти, и подчеркнуть нежелательность этого. Подростка можно также похвалить за прежние усилия и кратко перечислить положительные следствия хорошего поведения и отказа от приема наркотиков.

**Основные принципы общения при проведении терапии.** Прежде чем приступить к описанию видов вмешательства, мы считаем полезным рассмотреть общие принципы общения при проведении терапии. Исходное их обоснование излагается подростку и его родителям совместно. Такое обоснование включает: 1) краткую постановку проблемы, которая будет обсуждаться; 2) описание терапевтических процедур, которые будут применяться; 3) информацию о том, что подобное вмешательство было успешным для других семей со сходными проблемами; 4) индивидуализированное объяснение причин, по которым ожидается, что вмешательство окажется особенно эффективным для данной семьи.

Приведем пример такого обоснования общих коммуникативных принципов.

В предстоящих терапевтических беседах нам предстоит рассмотреть много материала. Поэтому важно установить некоторые общие принципы, которые будут способствовать позитивному общению при наших встречах. Они относятся в равной мере ко всем членам семьи, и, если в процессе терапии какой-то из принципов будет нарушен, я буду обсуждать это с тем участником, который оказался не в состоянии выполнять правила. Я также буду просить это лицо исправить нарушение правил общения, прежде чем мы двинемся дальше. Члены других семей нашли эту процедуру очень полезной, поскольку ключевым моментом предотвращения неприятных инцидентов на занятиях является раннее пресечение нежелательного поведения. Думаю, что данная процедура будет особенно полезна вашей семье, так как все вы выразили желание улучшить свое общение.

После того как принципы общения доведены до сведения участников, каждому выдается соответствующая памятка. Правила

общения зачитываются всем членам семьи и каждого из них просят признать, что их соблюдение важно для общения; участников просят сделать попытку следовать им. Правила общения таковы:

- 1) не перебивать собеседника;
- 2) не говорить дольше минуты, не предложив другим высказаться;
- 3) называть те аспекты просьбы, которые могут быть удовлетворены, вместо того чтобы просто отвечать «нет»;
- 4) ни в какой форме не использовать сарказм;
- 5) не ругаться и не прибегать к оскорбительным выражениям;
- 6) избегать обсуждения прошлых проблем или слабостей собеседника, предлагать вместо этого способы разрешения проблем;
- 7) сосредоточить внимание на специфических желательных действиях, а не на огульной критике вызывающего протест неприязненного отношения;
- 8) разговаривать тихо, но внятно.

Следует безусловно ожидать нарушений этих правил кем-либо из участников на протяжении вмешательства. Тем не менее получение согласия подростка и его близких на пресечение нежелательных форм и ознакомление их с принципами конструктивного общения несколько понижает трудности управления поведением возбужденных членов семьи. Для улучшения навыков общения могут использоваться ролевые игры. В тех редких случаях, когда на занятии общение ребенка с родителями приобретает чрезвычайно конфликтный характер, членам семьи предлагается разойтись на 5—15 минут, и занятие продолжается, только когда они успокоятся. Длительность занятия должна быть увеличена на время такого перерыва.

**Осознание взаимодействия.** Эта процедура предназначена для того, чтобы члены семьи осознали приятные стороны существующих между ними отношений. Прежде чем приступить к ней, терапевт сообщает участникам следующие общие сведения.

Члены семьи часто забывают о тех положительных вещах, которые они делают друг для друга. Когда такое случается, легко почувствовать, что тебя не ценят. Данная программа строится на использовании ваших собственных сил. Терапия, которую мы будем проводить, направлена на усиление осознания всего того хорошего, что вы делаете друг для друга, и такое осознание послужит для усиления мотивации продолжать делать эти положительные вещи в будущем.

После этого подростку и его родителям предлагается перечислить и записать то, что они делают друг для друга в соответствии с принципом: «Я делаю то, что тебе приятно»; «Ты делаешь то, что приятно мне». Терапевт поощряет их, время от времени делая замечания, например: «Ну, много же хорошего ты делаешь!» или «Я слышал, как некоторые подростки говорят, что их родители



делают для них...» После заполнения списка «добрых дел» терапевт предлагает родителю назвать что-нибудь, что для него сделал подросток, и похвалить его за это. Подростку в свою очередь предлагается сказать, что он чувствует, когда его усилия ценят, и пообещать, что он/она постарается продолжать так себя вести. Затем подростку предлагается выбрать что-нибудь из того, что делает для него родитель, и сообщить, как он это ценит. Родитель должен ответить сыну/дочери, что ему приятно, когда его усилия ценятся по достоинству, и он будет продолжать поступать так в дальнейшем. Если на занятии присутствуют сиблинги/друзья подростка, взрослые могут обмениваться комплиментами с подростками как с командой. Такие упражнения в выражении признательности могут повторяться и затем кратко воспроизводиться на последующих занятиях. Задания на дом должны включать подобные диалоги.

Подросток и его родители также обучаются напоминать друг другу о том хорошем, что происходит в их семейной жизни. Родитель называет что-нибудь, что он делает для ребенка (из списка «То, что я делаю для своего ребенка»), и спрашивает, нравится ли тому способ, каким это делается. Если подросток ценит поступок родителя, он должен сказать об этом. Если же он это действие не ценит, терапевт сообщает родителю, что поступать так больше нет необходимости. Можно предложить подростку назвать что-то, чего он очень хотел бы.

Затем подростку предлагается назвать что-нибудь, что он делает для родителя (из списка «То, что я делаю для родителей»), и спросить, доволен ли тот этим. Если родитель ценит поступок сына/дочери, он говорит об этом, если нет, терапевт уведомляет подростка, что больше так поступать не стоит, и предлагает родителю назвать что-нибудь, чего ему хотелось бы. Такие напоминания и суждения о взаимных хороших поступках делаются еще один-два раза, а затем повторяются в начале следующих занятий. Домашнее задание включает практику в выражении признательности или в добавлении к списку новых пунктов, которые затем зачитываются на занятии.

**Предотвращение раздражения.** Данная процедура представляет собой стратегию умения справляться с гневом. Приведем пример разъяснения этой процедуры членам семьи пациента.

Испытывая раздражение в адрес другого человека, трудно разрешить конфликт. Предлагаемая процедура предназначена для того, чтобы переадресовать гнев с человека, вызвавшего раздражение, на ситуацию, его спровоцировавшую. Такая мера очень эффективна, особенно в отношении семей, которые, подобно вашей, заинтересованы в устранении враждебных межличностных отношений.

Подростку и его родителям выдается памятка с описанием последовательных шагов по предотвращению раздражения, и под-

ростка просят описать ситуацию, когда родитель делает что-то, вызывающее его раздражение. После этого терапевт моделирует предупреждение возникновения враждебной реакции (например: предлагает сделать несколько глубоких вдохов; объективно описать гипотетическую ситуацию; объясняет, что причина ее возникновения вне контроля данного лица; напоминает о личной ответственности). Подростку предлагается прорепетировать процедуру предотвращения раздражения в отношении сходной ситуации; ему предоставляется обратная связь. Родителей также обучают сходным мерам по предотвращению раздражения. На дом дается задание: применять данную процедуру в подходящих для этого обстоятельствах. Подросток и его родитель участвуют в ролевой игре на эту тему еще по крайней мере на трех последующих занятиях или по мере надобности.

**Процедура доброжелательной просьбы.** Эта процедура имеет целью научить подростка и его родителей просить о желательных действиях в доброжелательной манере. Приведем пример ее обоснования.

Люди, которые выражают свою просьбу в доброжелательной и убедительной манере, обычно чаще получают желаемое. Поэтому вам всем следует научиться соответствующим образом просить о вещах, которые для вас важны. Это, возможно, снизит частоту и резкость ваших споров, поскольку вы сосредоточитесь на взаимно удовлетворительных решениях.

Членам семьи выдается памятка, в которой перечислены специфические действия, необходимые для того, чтобы просьба была выражена позитивно. Затем терапевт моделирует доброжелательную просьбу и в гипотетической ситуации (пример для модели может привести кто-нибудь из участников занятия), используя при этом следующие шаги: 1) вежливая просьба совершить определенное действие с указанием на то, когда это желательно сделать; 2) указание на пользу, которую это принесет лицу, к которому просьба обращена; 3) указание на пользу, которую это принесет просящему; 4) предположение о том, что выполнить просьбу может оказаться нелегко; 5) предложение помощи в выполнении необходимых действий; 6) предложение отплатить услугой за услугу; 7) заверение в том, что выполнение просьбы будет принято с благодарностью; 8) обещание изменить свое поведение; 9) просьба к лицу, к которому она обращена, согласиться на изменение поведения или предложить свой вариант. Участникам занятия сообщается, что все эти шаги нет необходимости совершать в домашних условиях, но что так следует поступать в медицинском учреждении.

Подростку предлагается попросить о чем-нибудь родителя, используя процедуру доброжелательной просьбы. После того как он получит обратную связь, родителю предлагается выполнить его просьбу и в свою очередь попросить у него чего-то для себя жела-

тельного. Терапевт советует членам семьи практиковаться в процедуре доброжелательной просьбы применительно к особенно нужным вещам. На следующих трех занятиях каждый из участников должен по крайней мере один раз обратиться с просьбой, получив при этом обратную связь от терапевта.

**Заключение соглашения.** Мы используем систему ступенчатого вмешательства, в результате чего снижение приема наркотиков подростком и переход к просоциальному поведению сопровождаются пропорциональным увеличением поощрений со стороны родителей. Применение нашей системы начинается с ознакомления подростка и его родителей со следующим ее обоснованием.

Известно, что (*имя подростка*) принимает наркотики и попадает из-за этого в беду. Следующая процедура предназначена для усиления его мотивации к отказу от употребления наркотиков и такому поведению, которое не будет сопряжено с неприятностями. Я попытаюсь привести вам примеры некоторых вещей, которые (*имя подростка*) хотел бы получить от вас (*имя родителя*). Я также постараюсь обозначить некоторые вещи, в отношении которых (*имя родителя*) хотел бы увидеть перемены к лучшему с твоей (*имя подростка*) стороны. Запросы (*имя подростка*) будут возрастать по мере того, как его поведение будет исправляться, но пропорционально этому будут увеличиваться и получаемые им привилегии и поощрения. Нами было выявлено, что пошаговая система очень эффективна для того, чтобы поддерживать мотивацию подростков в отношении отказа от приема наркотиков и противоправного поведения. На мой взгляд, данная процедура будет особенно эффективна применительно к вашей семье, поскольку все ее члены стремятся к справедливому взаимодействию. Хотели бы вы оба это попробовать?

Затем проводится индивидуальная беседа с подростком, которому предлагается назвать подкрепляющие его мотивацию факторы, используя стандартный список поощрений (см. приложение 1). Если подросток проявляет интерес к определенной части списка (например, к транспортным средствам), ему задается вопрос о том, что в настоящее время он получает в этом отношении от родителей, и предлагается обсудить, как эту сферу сделать такой, «как надо»; ответы подростка фиксируются.

После того как обсуждены все пункты списка, терапевт встречается с родителем/родителями, которым предъявляется общий перечень видов поведения, связанных с избеганием неприятностей и воздержанием от приема наркотиков (см. приложение 2). Родителю предлагается выделить те сферы, которые требуют улучшения, и терапевт помогает ему определить один из трех уровней изменения поведения («небольшое улучшение», «умеренное улучшение», «безупречное поведение»), которые могут подвергаться ежедневному мониторингу. Для более легкого определения соответствующего уровня каждый вид поведения описывается тремя гипотетическими ситуациями. В случае если перечисленные уров-

ни оказываются для подростка слишком легко или слишком трудно достижимыми, терапевт прибегает к обратной связи. Во многих случаях родителям бывает легче выделять крайние уровни и лишь затем переходить к промежуточному (см. приложение 3).

После того как для каждого вида поведения определены три уровня изменения, родителям перечисляют названные подростком идеальные подкрепления и предлагают определить соответствующие уровни поощрения для каждого подкрепления. Например, если подросток хотел бы, чтобы родители купили ему автомобиль, родители могут счесть, что небольшого улучшения поведения для этого недостаточно, но можно позволить ему воспользоваться семейным автомобилем вечером в субботу, если такое улучшение поведения будет иметь место (что эквивалентно первому уровню); если же подросток проявит значительно лучшее поведение, родители могут согласиться купить ему подержанный автомобиль (второй уровень). Как и виды поведения, так и разновидности подкрепления подразделяются на три уровня, что помогает подростку сориентироваться. В отношении денег (этот вид подкрепления подростки называют наиболее часто) родители получают совет определить максимальную сумму, которую подросток может получать в неделю в случае безупречного поведения. Эта сумма затем делится на семь, что становится верхней границей ежедневных выплат (третий уровень). Ежедневная выплата самого нижнего уровня (первого) определяется средней суммой, которую подросток получал до вступления в действие соглашения. Промежуточный уровень — это половина суммарных выплат третьего и первого уровней. Иногда родителям для определения разницы между подкреплениями до и после введения указанной программы бывает удобно вести учет предметов, приобретаемых для подростка. Все подкрепления, которые не могут быть оценены при ежедневном мониторинге, включаются в группу «бонусов». Другими словами, родители решают, сколько дней подросток должен последовательно придерживаться определенного уровня поведения, чтобы заработать данное подкрепление (например, если в течение 30 дней он выполняет все требования, ему приобретается плеер для компакт-дисков).

При индивидуальных встречах с подростком производится проверка ежедневного соответствия уровня его поведения и подкрепления. Подкрепления, представляющие собой бонусы, также обсуждаются. Если подросток высказывает сомнения в удовлетворительности достигнутого соглашения, терапевт предпринимает попытку найти приемлемые условия, хотя окончательное решение об их пересмотре принимается родителями. Затем в кабинет приглашается родитель, и им обоим еще раз объясняются принципы ступенчатой системы; затем следует ролевая игра. Подросток и его родители получают совет: ввести в распорядок дня ежедневное

обсуждение успехов подростка во всех видах поведения и поощрение его в том случае, если все условия выполняются. Договаривающимся сторонам сообщается, что если все условия, касающиеся поведения определенного уровня, выполнены, то должны быть получены и все подкрепления данного уровня; если же хоть в одном из видов поведения нужный уровень не достигнут, то подросток лишается всех поощрений этого уровня. В том случае если он в течение семи дней выполняет все условия определенного уровня, ему присваивается следующий уровень; если обнаруживается (по данным анализа мочи) употребление запрещенных законом наркотиков, то уровень понижается на единицу. Подросток может «компенсировать» нарушения или исправить свое поведение, но засчитываться это может только с согласия родителей, и не допускается компенсация таких отклонений, как употребление наркотиков или арест за противоправное поведение. После того как все правила разъяснены, терапевт моделирует поведение родителя при обсуждении с подростком гипотетической ситуации, включая осуществление подкрепления. Родитель проводит под руководством терапевта, предоставляющего обратную связь, аналогичный разговор с подростком, и процедура завершается подтверждением заключенного соглашения и подростком, и родителями.

На последующих занятиях участникам предлагается рассказать о положительных аспектах поведенческих достижений подростка. Терапевт должен постараться определить, проводит ли родитель мониторинг интересующих его видов поведения и осуществляется ли подкрепление в соответствии с договоренностью. Терапевт также должен проследить за тем, чтобы подкрепления не имели места при нарушении заключенного соглашения. Участникам следует напомнить, что ступенчатая система предоставляет замечательную возможность обоснованной похвалы в случае желательных поведенческих изменений и что достижение подростком определенного уровня должно быть подтверждено на протяжении нескольких недель, прежде чем будет возможно перевести его на следующий уровень.

**Регуляция поведения стимулами.** Регуляция поведения с помощью стимулов включает три фазы. Перед началом первой из них подростку и его родителям предлагается следующее разъяснение.

Сейчас я попрошу (*имя подростка*) перечислить людей, места и виды деятельности, которые ему больше всего нравятся. Каждую неделю мы с (*имя подростка*) будем обсуждать соответствующие ситуации, чтобы я мог помочь ему избежать употребления наркотиков и неприятностей. Все, о чем мы будем говорить, останется между нами. Потом, когда (*имя подростка*) сочтет, что все хорошо, я приглашу остальных участников для выяснения того, чем родители могут помочь (*имя подростка*) удерживаться от приема наркотиков и сопряженных с ним проблем. Впрочем, сегодняшний разговор не будет включать обсуждения ситуаций, связанных с при-

емом наркотиков и отклоняющимся поведением. Позже, когда это одобрит (*имя подростка*), я приглашу вас (*имена родителей*) для такой беседы. Опыт работы с другими семьями показывает, что при обсуждении трудностей, возникающих из-за приема наркотиков, наедине подростки бывают более откровенны, что в конце концов помогает им более эффективно добиваться поставленных целей. Хочу напомнить вам всем, что конфиденциальность — необходимое условие. Если ни у кого нет вопросов, можно начинать.

Затем проводится индивидуальная беседа с подростком для составления перечня лиц, мест, ситуаций/видов деятельности, которые никогда не ассоциировались для него с употреблением наркотиков или противоправным поведением. Подростку предлагается перечислить всех приятных ему людей, в обществе которых никогда не имел место прием наркотиков, или действия, приводящие к неприятностям, и все ситуации/занятия, доставлявшие удовольствие и не связанные с употреблением психоактивных веществ или нарушением общественного порядка. Аналогичным образом составляется список лиц, мест и ситуаций, ассоциирующихся с проблемным поведением. Терапевт может пользоваться подсказками и направляющими вопросами, чтобы выделить «рискованные» стимулы (например: «Приходилось ли тебе попадать в неприятности или употреблять наркотики на вечеринках? Кто на них присутствует? Чем вы занимаетесь на вечеринках? Связаны ли неприятности или прием наркотиков с предшествующим употреблением спиртного?»). Если время позволяет, можно попросить подростка рассказать, что ему нравится или не нравится в отношении самых сильных стимулов, и обсудить с ним стратегии, увеличивающие шанс «держаться подальше» от наркотиков и избегать неприятностей. Подросток также должен составить на ближайшие 24 часа план безопасного поведения и попытаться все это время обходиться без наркотиков.

Подростку сообщается, что необходимо получить подобный перечень лиц, мест и ситуаций, ассоциирующихся с приемом наркотиков или проблемным поведением, от его родителей, они должны подтвердить достоверность «безопасных» стимулов, названных их сыном/дочерью как не связанных с проблемным поведением. При этом подросток получает заверения в том, что будут приняты все меры для сохранения конфиденциальности представленного им перечня ситуаций нарушения общественного порядка, связанных с приемом наркотиков. В свою очередь, родителю напоминает, что для оказания позитивного влияния на подростка в отношении аддиктивного поведения не следует раскрывать ему содержания получаемой от терапевта информации, чтобы подросток при общении с консультантом продолжал чувствовать себя свободно. Наш опыт работы с сотнями подростков показывает, что родители ни разу не просили показать им составленные деть-

ми списки, хотя имели право потребовать ознакомления с ними и у терапевта, и через суд в случае отказа (терапевт может не согласиться с требованием родителей, если сочтет, что это не в интересах пациента).

На индивидуальной встрече с родителем он обсуждает с ним «безопасные» и «рискованные» стимулы. Родитель оценивает «безопасные» стимулы, подтверждая, что каждый пункт списка, составленного подростком, действительно не имеет отношения к приему наркотиков или поведенческим нарушениям. Если подросток называет определенный стимул «безопасным», а родитель относит его к «рискованным», терапевт оставляет его в «безопасных», однако расхождение во мнениях фиксируется. Затем родителю предлагается назвать знакомства/занятия подростка, которые наверняка или с определенной степенью вероятности связаны с аддиктивным или отклоняющимся поведением. Родитель описывает способы, с помощью которых пытается помочь своему ребенку отказаться от приема наркотиков и нарушений правил поведения. Наконец, подросток и родитель совместно намечают, каким приятным делом займется вся семья к следующему занятию.

Положительные аспекты запланированной деятельности рассматриваются на следующем занятии. Если подросток и его родители не завершили задание, они обсуждают то, что доставило бы им самое большое удовольствие, если бы они его завершили, и как следовало бы проводить это семейное мероприятие. Осуществляется планирование дальнейших совместных действий, а затем при индивидуальной беседе подросток рассматривает использовавшиеся стимулы и отмечает в особом списке те, которые появились после предыдущего занятия. Применительно к каждому стимулу подросток рассказывает о его воздействии в плане отказа от приема наркотиков и отклоняющегося поведения. Если наркотики все-таки употреблялись или были нарушения порядка, подростку предлагается перечислить альтернативы этому и способы избегания нежелательных ситуаций. Он также должен описать выполнение запланированных на предыдущем занятии действий и составить расписание на следующие 24 часа, включающее общение со сверстниками, не употребляющими наркотики. При индивидуальной беседе с родителем обсуждаются стратегии помощи подростку, использующие стимулы, которые признаны «безопасными».

После пяти или шести занятий с использованием процедуры регуляции поведения стимулами семья переводится на следующий уровень. На этом этапе подросток и его родители совместно с терапевтом обсуждают «безопасные» пункты списка. На заключительном этапе семья совместно рассматривает перечень «безопасных» и «рискованных» стимулов. Если подросток высказывает какие-либо сомнения в привлечении родителя к обсуждению «рискованных» стимулов, заключительный этап не проводится.

**Самоконтроль.** Данная процедура предназначена для того, чтобы помочь подростку предотвращать позывы к употреблению спиртного или наркотиков. Подростку сообщается следующее.

Раньше ты рассказывал мне, что иногда совершаешь спонтанные поступки, приводящие к неприятностям, например принимаешь наркотики. Такие ситуации часто начинаются со случайных мыслей или неопределенных чувств. Многие твои сверстники говорят, что действуют прежде, чем успевают подумать о том, как их поступок отразится на них самих и на окружающих. Расскажи мне о тех действиях, которые ты совершал «не задумываясь» и которые приводили к неприятностям для тебя или для других... Техника, которую ты должен будешь освоить, называется «самоконтроль», и благодаря ей ты научишься управлять импульсивными мыслями и чувствами, обычно приводящими к неприятностям. Поскольку ты обладаешь сильной волей, я думаю, что ты особенно хорошо воспользуешься этой техникой. Есть ли у тебя какие-нибудь вопросы?

Затем терапевт рассказывает подростку, что на занятиях он будет практиковаться в том, чтобы «думать вслух»: это нужно, чтобы помочь консультанту лучше понять и представить его мыслительные паттерны. Пациент обучается пониманию того, что опознание и изгнание мыслей, ассоциирующихся с приемом наркотиков или противоправными поступками, при первом их появлении значительно увеличивают шансы предотвратить аддиктивное или делинквентное поведение. Подростку предлагается описать ситуацию, приведшую к недавнему приему наркотиков, и вспомнить, когда у него появилась первая мысль об этом. Как показывает приводимый ниже пример, терапевту иногда приходится ему помогать в этом.

**Т е р а п е в т.** Расскажи мне о последнем случае приема наркотиков. Мне особенно интересно узнать о мыслях, которые у тебя возникли перед тем, как ты решил принять наркотик в той ситуации.

**П о д р о с т о к.** Я был в одном доме, где увидел парня, который курил трубку. Вот я и подумал, что крэк доставит удовольствие.

**Т е р а п е в т.** Ты очень хорошо обозначил мысль, которая привела к приему наркотика. Только я хочу, чтобы ты подумал еще. Наверняка у тебя были еще какие-то мысли, которые и привели тебя в дом, где употребляют крэк.

**П о д р о с т о к.** Я начал думать об этом, когда проезжал мимо, а в животе у меня забурчало.

**Т е р а п е в т.** А теперь попытайся вернуться еще дальше. Что предшествовало тому, как ты проезжал мимо?

**П о д р о с т о к.** Мне заплатили за стрижку лужайки, и я подумал, что заслуживаю кое-чего после целого дня тяжелой работы.

После этого терапевт моделирует попытку самоконтроля и предлагает подростку проделать соответствующую процедуру. Первая проба касается ситуации приема наркотика, вторая — реакции на мысль о совершении противоправного поступка. Последующие про-



едуры бывают поочередно направлены на эти два вида поведения. Число попыток осуществить самоконтроль зависит от степени вовлеченности подростка в прием наркотиков и отклоняющееся поведение со времени предыдущего занятия. Примеры конкретных ситуаций могут быть почерпнуты из невыполненных в рамках ступенчатой системы заданий. Подростки, активно употребляющие наркотики и уклоняющиеся от поведения, предписанного соответствующим уровнем ступенчатой системы, нуждаются в большей тренировке самоконтроля, чем те, кто сумел воздержаться от приема наркотиков и вел себя нормально. Плохое выполнение процедуры требует повторных тренировок на каждом занятии.

Первым шагом в процедуре самоконтроля является раннее осознание мыслей или образов, связанных с приемом наркотика или противоправным поступком, позволяющее разорвать цепь реакций и тем самым избавиться от подобных мыслей, для чего нужно твердо сказать «стоп», напрягая при этом мышцы. В случае, если произошло упущение (например, подросток не явился домой вовремя или не сообщил родителям о своем местопребывании в поздний час), дается совет: сказать себе «стоп» в момент, когда нарушение могло быть предотвращено. Информация об обстоятельствах, в которых возникла провоцирующая ситуация, должна быть достаточно подробной, чтобы можно было правильно ее оценить (например: «Я оказался рядом с почтовым ящиком, и приятель предложил расколотить ящик старика бейсбольной клюшкой»).

Вторым шагом является осознание хотя бы одного из отрицательных последствий приема наркотиков или хулиганских поступков для себя, для друзей, для близких или вообще для других людей. Примеры негативных последствий могут быть почерпнуты из списка вызывающих раздражение явлений. Их осмыслению должны сопутствовать чувства печали, гнева, отвращения и/или отчаяния. Мышцы должны оставаться напряженными. Примеры последствий могут повторяться (или добавляться) при нескольких пробах. Терапевту следует напоминать подростку об отдельных деталях отрицательных последствий.

Рассмотрение последнего отрицательного следствия должно послужить сигналом к проверке состояния мышц для того, чтобы убедиться в отсутствии неприятных ощущений и напряженности. Должны быть проверены основные группы мышц с головы до ног. Если при этом выясняется, что какая-то группа мышц расслаблена (например, плечевые мышцы), то подростку предлагается описать это состояние. Если мышца оказывается напряжена, подросток должен использовать стимульные слова релаксации до тех пор, пока она не расслабится (например: «Мои руки все больше и больше расслабляются. Я представляю себе, как вокруг них образуется полоса расслабления. Руки спокойны и расслабляются все больше и больше»). Дышать при этом надо глубоко и ритмично; тело при-

нимает удобное положение, его вес распределяется равномерно. Описание ощущения расслабленности должно продолжаться на протяжении всего периода релаксации, который длится до тех пор, пока не расслабятся все группы мышц (в идеале 5—10 секунд). Если после окончания процедуры не наблюдается ни неприятных ощущений, ни напряжения мышц, подростку можно предложить сделать только несколько глубоких вдохов.

Следующий этап заключается в рассмотрении различных видов поведения, которыми можно заменить прием наркотиков и нарушения общественного порядка. Сюда может входить: 1) перечисление альтернативных действий, не приводящих к приему наркотиков или отклоняющемуся поведению; 2) краткая проверка того, что поступок не приведет к приему наркотика или неприятностям для самого подростка или окружающих; 3) рассмотрение положительных последствий поступка для самого подростка или других людей.

Во время выполнения этого упражнения важно помогать подростку находить дополнительные альтернативные виды поведения, представлять себе их положительное воздействие на других людей и соответствующие поощрения со стороны окружающих, противопоставляя все это негативным последствиям продолжающегося проблемного поведения.

После рассмотрения нескольких видов поведения, несовместимого с противоправными действиями, подростку предлагается выбрать один из них и описать совершение соответствующих действий (например: «Я думаю, лучше всего будет сказать Бобу, что мне нужно зайти к Джеки. Ну вот, я говорю Бобу, что должен зайти к Джеки. Когда говорю ему это, вижу, что он разочарован, поэтому предлагаю вместе пойти в кино в следующую субботу. Боб отвечает, что мне лучше пойти в кино с Джеки. Я ухожу от Боба и направляюсь к дому Джеки. Я прихожу к ней и говорю, что хотел бы сводить ее в кино, она улыбается и отвечает, что будет очень рада. И говорит еще, что гордится мной»). При выполнении этого упражнения терапевт задает наводящие вопросы, чтобы добиться более подробного изложения деталей, в том числе описания успешного преодоления возможных трудностей. Иногда полезно предложить подростку попрактиковаться в преодолении межличностных затруднений, которые могут привести к приему наркотиков или неприятностям (например: «Покажи мне, как ты будешь говорить Бобу, что должен идти домой. Я буду играть роль Боба»). Подростку всегда нужно советовать поощрять свои воображаемые попытки совершать действия, не связанные с приемом наркотиков или противоправным поведением.

Следующий шаг заключается в том, что подросток должен представить себе, как рассказывает другу и/или члену семьи о совершении не приводящего к неприятностям поступка. Слушатель дол-

жен реагировать положительно, и подросток должен описать его позитивные чувства. Например: «Я сказал маме, что мог бы пойти в кино с Бобом, но вместо этого пошел с подружкой, потому что она не употребляет наркотики. Рассказывая об этом, я горжусь собой. Мама смотрит на меня и говорит, что я здорово справился и что она тоже мной гордится. Она также добавляет, что подумывает о разрешении мне возвращаться домой позднее, раз я стараюсь держаться подальше от наркотиков».

Упражнение заканчивается описанием нескольких приятных исходов и позитивных черт характера (например: «Я в самом деле горжусь тем, что сказал Бобу: я собираюсь чаще встречаться со своей подружкой. Мы с ней прекрасно проведем время, и наши отношения улучшатся. Мне понравилось, как я все прямо изложил Бобу и не мямлил. Это же говорит о том, что я за человек. Я могу откровенно разговаривать с людьми и при этом не ранить их чувства. Если мне удастся и дальше так делать, у меня появится мотивация к тому, чтобы найти приработок и вернуться в школу, а родители говорят, что, если я буду держаться подальше от наркотиков и неподходящей компании, они дадут мне 400 \$ на мопед»).

Когда подросток только начинает тренироваться в осуществлении самоконтроля, может оказаться необходимым предложить ему гипотетическую ситуацию и помочь в нужный момент сказать: «Стоп» (например: «Ты гуляешь в парке. Боб подходит к тебе и предлагает сигарету с марихуаной. Сразу же кричи: “Стоп!”»). Аналогичным образом на первых порах может оказаться полезным предлагать подсказки на каждом этапе; позднее от такой помощи следует постепенно отказаться.

После каждой попытки самоконтроля терапевт просит подростка дать собственную оценку желанию совершить противоправные действия до и после завершения упражнения (например: отсутствие желания — 0 баллов, сильное желание — 100 баллов). Подростку предлагается высказать критические замечания по поводу своего поведения. Терапевт хвалит его за высказывания, отражающие стремление к достижению целей программы, а также делает предложения по более успешному проведению будущих занятий.

Ситуации, используемые в качестве примеров для таких упражнений, должны располагаться в следующем порядке: 1) самое недавнее употребление сильнодействующего наркотика за последним месяц в соответствии с самоотчетом подростка, наблюдениями родителей и/или данными анализа мочи; 2) самое недавнее употребление марихуаны за последний месяц в соответствии с самоотчетом подростка, наблюдениями родителей и/или данными анализа мочи; 3) время, проведенное в рискованной ситуации, особенно способствующей употреблению наркотиков. Подобные сведения могут быть получены следующим образом. На

занятии, посвященном ступенчатой системе подкреплений, терапевт просит родителей сообщить о желательном, но не имевшем места со времени последней беседы виде поведения подростка, которое представляется им наиболее важным. В том случае если отсутствуют несколько видов желательного поведения, они ранжируются по степени важности (не более трех примеров аддиктивного и трех примеров отклоняющегося поведения на одном занятии). Если оказывается, что подросток после последней встречи с терапевтом не обнаружил ни одного поведенческого отклонения, ему предлагаются только упражнения, касающиеся недавней рискованной ситуации, приведенной в перечне, составленном при выполнении процедуры регуляции поведения стимулами.

## **Эмпирические исследования**

Эффективность описанной выше программы показало несколько исследований контролируемых исходов вмешательства, финансировавшихся Национальным институтом наркологии. Первое из них ( $n = 82$ , Azrin et al., 1994) включало обследование подвыборки подростков, употреблявших запрещенные законом наркотики и отобранных в момент начала амбулаторного лечения. Пациенты были случайным образом разделены на тех, кто участвовал в программе, и тех, кто получал поддерживающее консультирование. Испытуемые из первой группы проявляли значимо меньше выраженную депрессию, большую удовлетворенность своими взаимоотношениями со значимыми другими (например, родителями), проводили меньше времени в лечебных и исправительных учреждениях, меньше прогуливали школьные занятия. Результаты последующих обследований выявили сохранение эффекта вмешательства на протяжении 9 месяцев после его окончания (Azrin et al., 1996). Другое исследование, уделявшее особое внимание подросткам ( $n = 26$ , Azrin et al., 1994b), показало, что 73 % испытуемых, участвовавших в программе семейной поведенческой терапии, к моменту завершения вмешательства отказались от приема запрещенных законом наркотиков, в то время как в группе, где проводилось поддерживающее консультирование, этот показатель составил 9 %. У испытуемых из первой группы были значимо менее выражены депрессивные состояния и поведенческие проблемы, частота употребления алкоголя; на протяжении 6 месяцев они чаще посещали школу, чем испытуемые из второй группы. Родители подростков из первой группы были более удовлетворены поведением своих детей, чем родители испытуемых из второй группы. Подобные же результаты были получены при недавнем исследовании подростков с двойным диагнозом, проведенном при фи-

пансовой поддержке Национального института психического здоровья (Azrin et al., в печати).

## Вопросы назначений и согласований

Созданная нами программа предназначалась для разрешения различных проблем, таких как сочетанное злоупотребление наркотиками, зависимость, разнообразные поведенческие нарушения, предпочтение определенных терапевтических приемов, вызванное культурными и иными факторами. Программа имеет всеобъемлющий характер и, хотя является стандартизированной, обладает достаточной гибкостью, чтобы удовлетворять индивидуальные потребности и желания пациентов. Например, процедура развития самоконтроля включает компоненты, которые могут быть использованы для подавления психологических импульсов, приводящих к употреблению наркотиков или противоправному поведению (вандализму, прогулам школы), однако она использует и социальные влияния, которые обладают большим потенциалом в достижении долговременных перемен, ассоциирующихся со свободным от наркотиков образом жизни. Таким образом, подросток, употребляющий марихуану только на вечеринках, может выбрать для себя в первую очередь социальные компоненты процедуры усиления самоконтроля, в то время как пациент, злоупотребляющий крэком, возможно, предпочтет первые этапы этой процедуры, которые включают стратегию контроля над импульсивными порывами. Коммуникативные процедуры могут также иметь большое значение для подростков, не склонных проводить много времени дома из-за плохих семейных взаимоотношений, в то время как семьи, не имеющие аналогичных проблем, могут предпочесть лишь кратко с ними ознакомиться. Тем не менее все описанные виды терапии должны применяться хотя бы несколько раз, поскольку члены семьи могут отрицать или не осознавать наличие проблем, требующих внимания терапевта. Например, родитель до знакомства со стратегией заключения соглашения может утверждать, что оно не имеет особой важности, но позднее, после того как терапевт поможет ему/ей осознать неудачи, ставшие следствием нарушения обязательств, изменить свое мнение.

Как ни странно, мы обнаружили, что присутствие на занятиях даже самых неблагополучных сверстников увеличивает принятие программы пациентом, потому что такие сверстники почти всегда ведут себя образцово, чтобы произвести хорошее впечатление на родителей пациента и склонить их к разрешению своему сыну/дочери проводить больше времени в их обществе. Возможно также, что сверстник оказывается мотивирован жела-

нием продемонстрировать терапевту свою покладистость, чтобы тот охарактеризовал родителям пациента его влияние как благотворное.

Таким образом, мы рекомендуем привлекать к терапии членов семьи и друзей подростка, но только после того, как все процедуры будут осуществлены хотя бы один раз с участием самого подростка и его родителей. Мы пришли к выводу, что в отношении присутствия на занятиях значимых близких пациента эффективны следующие стратегии: (1) участие в занятиях лишь одного сверстника или несовершеннолетнего сиблинга пациента; (2) самостоятельное объяснение пациентом целей и процедур программы; (3) самостоятельная демонстрация пациентом всех предусмотренных занятием техник; (4) приглашение присутствующих значимых близких к участию во всех видах терапии (ролевых играх, поощрительных комментариях); (5) предложение всем присутствующим минимального угощения (конфет, сладостей) и напитков (минеральной воды, кофе), чтобы сделать для значимых других участие в занятиях приятным.

## **Заключение и направления будущих исследований**

Наши исследования подтверждают эффективность разработанной нами программы лечения злоупотребляющих психоактивными веществами и отличающихся поведенческими нарушениями подростков. Она включает разнообразные виды вмешательства, делая упор на тех из них, которые выбирают совместно подросток и его родители.

В течение нескольких лет программа совершенствовалась на основе исследований контролируемых исходов. Однако ее результаты нуждаются в сравнении с другими видами терапии, доказавшими свою эффективность применительно к данной популяции. Нами недавно завершено эмпирическое сравнение описанной выше программы со стандартизованным вмешательством, предусматривающим разрешение проблем, на выборке подростков, которым диагноз был поставлен с помощью шкалы «Поведенческие нарушения и зависимость от психоактивных веществ» — «Conduct Disorder and Substance Dependence» (National Institute of Mental Health). Изучение данных показывает, что в обоих случаях отмечаются значимые улучшения в отношении частоты приема наркотиков и поведения (Azrin et al., в печати). В будущем мы планируем осуществить сравнение вмешательства, использующих и не использующих стратегию заключения соглашения. Информация, полученная от пациентов и терапевтов, говорит о том, что подростки с выраженными поведенческими проблемами и высоким уров-

нем потребления наркотиков менее восприимчивы к этому виду терапии, чем более юные и страдающие от слабо выраженных нарушений подростки. Наконец, нам интересно выяснить, улучшает ли исход вмешательства определение родителями степени применения каждой процедуры и в том числе очередности их включения в курс терапии.

## Приложение I

### ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПРИВИЛЕГИИ И ПООЩРЕНИЯ

**Деньги:** (1) \_\_\_ \$ в день; (2) \_\_\_ \$ в день; (3) \_\_\_ \$ в день.

**Пользование автомобилем:** (1) поездка на \_\_\_ миль в день; (2) поездка на \_\_\_ миль в день; (3) поездка на \_\_\_ миль в день.

Или: (1) пользование автомобилем \_\_\_ часов в день (в одобренном направлении, в одиночестве); (2) пользование автомобилем \_\_\_ часов в день (в одобренном направлении, в обществе \_\_\_); (3) пользование автомобилем \_\_\_ часов в день в обществе \_\_\_.

**Ланч:** (1) родитель упаковывает ланч; (2) родитель оплачивает ланч в школе; (3) оплаченный ланч в школе и \_\_\_.

**Десерт/меню:** (1) выбор \_\_\_; (2) выбор \_\_\_; (3) посещение \_\_\_ ресторана.

**Стирка:** (1) помощь родителя со стиркой; (2) помощь родителя со стиркой и сушкой; (3) помощь родителя со стиркой, сушкой и глажением.

**Пользование телефоном:** (1) использование домашнего телефона для местных звонков с \_\_\_ по \_\_\_; (2) использование домашнего телефона с \_\_\_ по \_\_\_; (3) неограниченная возможность делать с домашнего телефона местные звонки, \_\_\_ минут междугородных разговоров.

**Спорт/членство в фитнес-клубе:** (1) \$ \_\_\_ за членство в \_\_\_; (2) \$ \_\_\_ за членство в \_\_\_; (3) \$ \_\_\_ за членство в \_\_\_.

**Приглашение друзей с ночевкой:** (1) разрешение пригласить \_\_\_ человек; (2) разрешение пригласить \_\_\_ человек плюс \_\_\_ поощрение; (3) разрешение пригласить \_\_\_ человек плюс \_\_\_ поощрение.

**Вечеринка без наркотиков и алкоголя:** (1) вечеринка с \_\_\_ участниками; (2) вечеринка с \_\_\_ участниками плюс \_\_\_ поощрение; (3) вечеринка с \_\_\_ участниками плюс \_\_\_ поощрение.

**Поездки с семьей и/или друзьями:** (1) семейная поездка в \_\_\_ с участием \_\_\_; (2) семейная поездка в \_\_\_ с участием \_\_\_; (3) поездка в \_\_\_ с участием \_\_\_ (изменяется предполагаемое место и состав участников. — *Прим. ред.*).

**Приобретение домашнего животного:** (1) покупка \_\_\_; (2) оплата корма для \_\_\_ в неделю; (3) оплата корма для \_\_\_ в неделю.

**Личное время:** (1) \_\_\_ минут дома в одиночестве; (2) \_\_\_ минут дома с \_\_\_ другом; (3) \_\_\_ минут дома с \_\_\_ друзьями.

**Письмо должностному лицу, осуществляющему надзор за условно осужденными:** (1) сообщение о некотором улучшении поведения; (2) сообщение об умеренном улучшении поведения; (3) сообщение о значительном улучшении поведения.

## ВИДЫ ЖЕЛАТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

**Криминальное поведение:** (1) отсутствие замечаний со стороны полиции; (2) отсутствие замечаний со стороны полиции и наказаний в школе; (3) отсутствие замечаний со стороны полиции, наказаний в школе и замечаний со стороны учителей.

**Употребление наркотиков:** (1) никаких признаков употребления сильнодействующих наркотиков; (2) никаких признаков употребления сильнодействующих наркотиков и марихуаны; (3) никаких признаков употребления наркотиков и алкоголя.

**Поведение во время терапии:** (1) посещение назначенных занятий; (2) своевременное прибытие на занятие; (3) сотрудничество с терапевтом во время занятия.

**Своевременная явка домой:** (1) явка до \_\_\_; (2) явка до \_\_\_; (3) явка до \_\_\_.

**Информирование родителей о своем местопребывании:** (1) сообщение о местопребывании; (2) сообщение о местопребывании плюс один телефонный звонок во время отсутствия; (3) обращение к родителям за разрешением пойти в определенное место плюс один телефонный звонок во время отсутствия.

**Спокойное разрешение споров:** (1) отсутствие намеренной порчи имущества в течение дня; (2) отсутствие повышения голоса на родителя в течение дня; (3) отсутствие повышения голоса на родителя в течение дня плюс поиск компромисса.

**Выполнение домашних обязанностей:** (1) выполнение \_\_\_ обязанностей; (2) выполнение \_\_\_ обязанностей; (3) выполнение \_\_\_ обязанностей (в соответствии с ранжированием домашних обязанностей. — *Прим. ред.*).

**Школьная успеваемость:** (1) чтение \_\_\_ страниц любого литературного произведения; (2) предъявление родителю любого школьного теста, упражнения или задания или обсуждение учебного дня на протяжении \_\_\_ минут; (3) выполнение домашнего задания на протяжении \_\_\_ минут или предъявление родителю любого теста, упражнения или задания с оценкой по крайней мере на \_\_\_ баллов выше средних оценок по \_\_\_ предмету.

**Вежливый разговор:** (1) обращение к родителю «Привет!» или «Как дела?»; (2) разговор с родителем в спокойном тоне на протяжении \_\_\_ минут на любую тему; (3) разговор с родителем в спокойном тоне на протяжении \_\_\_ минут на любую тему.

**Друзья:** (1) разговор на позитивную тему с одним другом или более в течение \_\_\_ минут с одобрения родителя; (2) разговор с друзьями о том, что было сделано, в течение \_\_\_ минут с одобрения родителя; (3) обсуждение с родителем связанных с друзьями проблем по выбору родителя.

**Обзор событий за день:** (1) сообщение родителю о том, хорошо или плохо прошел день; (2) сообщение родителю об одном или двух самых важных событиях дня; (3) \_\_\_ минут обсуждения событий дня с родителем.



**ОБРАЗЕЦ ФОРМЫ ПРИ СТУПЕНЧАТОЙ СИСТЕМЕ**

## Первый уровень

Вид поведения (отмечается крестиком, если в данный день имел место)	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	Воскресенье
Отсутствие контактов с полицией							
Отсутствие свидетельств приема сильнодействующих наркотиков							
Присутствие на назначенном терапевтическом занятии							
Подтверждение присутствия на уроках школьной канцелярией							
Информирование мамы о местопребывании в течение дня и ночи							
Сообщение родителям о том, куда идет вечером							
Отсутствие рукоприкладства, сквернословия или повышения голоса на отца							
Возвращение домой до 23.30							
Стрижка лужайки по пятницам, мытье посуды по четвергам, уборка комнаты по субботам							
Разговор с одним из родителей об «образе жизни в колледже»							
Обращение «Привет!» или «Как дела?» к отцу							
Разговор о хобби и хороших качествах друзей Джо в течение одной минуты							
Проверка того, были ли все указанные выше поведенческие цели достигнуты							
Проверка того, были ли получены следующие вознаграждения, если все поведенческие цели были достигнуты: 1 \$ в день; поездка на 5 миль; оплата школьного ланча; мороженое после обеда; стирка белья отцом в субботу; пользование телефоном для местных звонков; просмотр телепередач; приглашение Боба на обед; поездка на рыбную ловлю с отцом и с Бобом в выходные дни; один час личного времени в день; письмо должностному лицу, осуществляющему надзор за условно осужденными, с сообщением об улучшении поведения							

## **Многокомпонентная семейная терапия злоупотребления психоактивными веществами среди подростков**

*Говард А. Лиддл, Аарон Хоуг*

### **Введение**

Конечная цель исследований в области психотерапии — выявление моделей вмешательства и терапевтических стратегий с доказанной эффективностью применительно к конкретному нарушению и по отношению к определенной популяции. Первый шаг к достижению этой цели — установление эффективности лечения, что говорит о способности вмешательства дать ожидаемые положительные результаты при оптимальном сочетании выборки участников, организации лечения и его осуществления (Hoagwood et al., 1995; Seligman, 1996).

Определение эффективности не является легким делом. Последние усилия в направлении установления конкретных критериев эффективности лечения (Chambless, 1996; Chambless & Hollon, 1998; Crits-Christoph, 1996; Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995) подчеркивают следующие минимально необходимые характеристики:

1) наличие руководства по вмешательству, выделяющего предполагаемые компоненты достигаемых в результате лечения изменений и содержащего указания на необходимую квалификацию терапевта и методику применения модели;

2) опробование лечения на точно определенной выборке из популяции, для которой это лечение предназначено;

3) оценка терапевтических процессов и исходов с использованием инструментов, обладающих установленными психометрическими качествами и клинической применимостью;

4) контролируемое исследование, включающее сравнение результатов лечения на адекватных контрольных группах при рандомизированных клинических испытаниях.

**Движение** в сторону кодификации критериев эффективности лечения, хоть и подвергается критике (например, Garfield, 1996), по крайней мере, активизирует усилия исследователей в рассмотрении собственных методов, выявлении пробелов в базовых научных знаниях и озабоченности прикладными аспектами, а также в отношении применения эффективных методов в стандартных клинических условиях (Borkovec & Castonguay, 1998; Chambless & Hollon, 1998).

За два последние десятилетия в области детской и подростковой психотерапии достигнут большой прогресс в выявлении эффективности основанных на эмпирических данных видов лечения самых разнообразных нарушений (Durlak et al., 1995; Kazdin, 1991; Weiss et al., 1995). Общее мнение, высказанное в ряде посвященных метаанализу обзоров, сводится к тому, что в целом детская и подростковая психотерапия обладают выраженным положительным эффектом (Casey & Bergman, 1985; Kazdin et al., 1990; Weiss et al., 1987, 1995). Более того, А. Э. Каздин и Дж. Р. Вейс (Kazdin, Weiss, 1998) выделяют несколько специфических подходов, обладающих впечатляющей исследовательской базой, которые могут быть оценены как соответствующие критериям эффективной терапии. В это число входят когнитивно-поведенческая терапия детских страхов, тренинг для родителей подростков, отличающихся оппозиционным и агрессивным поведением, и систематическая семейная терапия подросткового антисоциального поведения.

Нет сомнений в том, что контролируемые исследования эффективности чрезвычайно обогатили эмпирическую базу детской и подростковой психотерапии, однако А. Э. Каздин (Kazdin, 1994) напоминает, что оценка эффективности представляет собой лишь один из этапов многоаспектного процесса, необходимого для достижения главной цели — выявления эффективных методов лечения. Этот же автор убедительно показывает, что, поскольку исследования в области детской и подростковой психотерапии находятся на сравнительно ранней стадии, очень полезным может оказаться систематический подход к разработке и оценке эффективных методов лечения; другими словами, накоплению эмпирического опыта будет весьма способствовать строгое соблюдение плана развития вмешательства. Такой план должен предусматривать последовательные шаги, направленные на создание и проверку эффективных видов лечения, соответствующих достигнутым научным стандартам. Применительно к сфере аддикции такие стандарты сформулированы в так называемой технологической модели исследования методов лечения (Carrol, Rounsaville & Keller, 1991; Carrol et al., 2000). Следующее плану развитие вмешательства обладает следующими привлекательными качествами: 1) наличием общей шкалы измерений для оценки эффективно-

сти разных видов терапии различных нарушений; 2) предоставлением исследователям указаний на то, как внести действенный, применимый и предпочтительный вклад в существующие знания.

Этапы развития лечения, которые предлагает А. Э. Каздин (Kazdin, 1994), представлены в таблице 11.1. Ведущую роль играет развитие теории, включающее концептуализацию подвергающейся лечению дисфункции и испытываемой модели. Продуктивное развитие теории содействует формированию процесса лечения двояко: оно способствует разработке клинически применимых и целенаправленных видов вмешательства и предоставляет средства ин-

Таблица 11.1. Этапы развития эффективного метода лечения

**1. Концептуализация дисфункции.**

Концептуализация главных областей, имеющих отношение к развитию, возникновению, обострению дисфункции; предположения относительно ключевых процессов, являющихся предшественниками отдельных аспектов поведенческого отклонения, и механизмов появления и протекания этих процессов.

**2. Исследование процессов, связанных с дисфункцией.**

Исследование основных для дисфункции (поведенческого отклонения) процессов в их взаимосвязи с моделью.

**3. Концептуализация лечения.**

Концептуализация главных задач лечения, выявление того, как специфические процедуры соотносятся с другими процессами, связанными с дисфункцией и с желаемым исходом лечения.

**4. Подробное описание лечения.**

Перечень конкретных лечебных процедур, желательно в форме руководства, для оценки целостности вмешательства и ради возможности кодификации полученных данных, а также воспроизведения использовавшихся процедур.

**5. Изучение процесса лечения.**

Изучение того, действительно ли техники вмешательства, методы и процедуры воздействуют на процессы, особенно важные для модели.

**6. Изучение исхода лечения.**

Изучение вмешательства для оценки его воздействия: широкий спектр проверок (например: проведение открытых, неконтролируемых исследований, исследований единичных случаев, полномасштабных клинических испытаний) может предоставить свидетельства того, что изменение произошло; с этой целью используется несколько типов исследований — составные, параметрические, компаративные.

**7. Изучение пограничных состояний и модераторов.**

Изучение ребенка, родителей, семьи и контекстных факторов, с которыми взаимодействует вмешательство; пограничные состояния или границы приложения выявляются благодаря эмпирическому изучению взаимодействия лечения с различными характеристиками.

**терпретации** результатов исследований, которые в свою очередь служат усовершенствованию используемой модели (Liddle, 1999). Поэтому развитие теории требует внимания к исходным концептуальным структурам, поддерживающим модель, а также к их эволюции в ходе повторного применения и оценки модели. Изучение эффективности лечения входит в более широкую область психотерапевтических исследований, которые включают изучение основополагающих механизмов изменений и эффективности лечения в разных контекстах и для различных популяций. Изучение эффективности — лишь одна из стадий развития вмешательства, и каждая стадия жизненно важна для успеха остальных и для прогресса мероприятия в целом.

Настоящая глава рассматривает историю развития амбулаторного семейного вмешательства, направленного на разрешение аддиктивных и поведенческих проблем подростков: многокомпонентной семейной терапии (МСТ) — MDFT (Multidimensional Family Therapy). Обзоры программ, посвященных изучению вмешательства, показывают, насколько успешно происходит достижение определенных целей в этой сложной области (Foreland, 1990; O'Leary, в печати). МСТ представляет собой экологическую возрастную психотерапевтическую программу, направленную на изменение индивидуального поведения, внутрисемейных взаимодействий, а также отношений между членами семьи и релевантными социальными системами (Liddle, 1991). Вмешательство имеет целью воздействие на взаимосвязанные контексты развития подростков, а в их пределах — на обстоятельства и процессы, вызывающие и/или способствующие сохранению дисфункции (Bronfenbrenner, 1979; Hawkins, Catalano & Miller, 1002; Jessor, 1993). МСТ привлекает к терапевтическому воздействию разнообразные социальные системы (отдельных членов семьи, различные семейные подгруппы, влиятельных лиц и организации, которые не входят в состав семьи) и действует в различных областях функционирования подростка и семьи — аффективной, поведенческой, когнитивной, межличностной. Подход ориентирован на создание последовательных и ясных связей между его различными организационными уровнями: теорией, принципами вмешательства, стратегиями и методами, клинической оценкой семейного прогресса. МСТ получила признание как представительница нового поколения всеохватывающих, многокомпонентных, теоретически обоснованных и эмпирически подтвержденных программ лечения злоупотребления наркотиками среди подростков (Center for Substance Abuse Treatment, 1998; Kazdin, 1999; Lebow & Gurman, 1995; National Institute on Drug Abuse, 1999; Nichols & Schwartz, 1998; Selekman & Todd, 1991; Stanton & Shadish, 1997; Waldron, 1997; Weinberg et al., 1998; Winters, Latimer, & Stinchfield, 1999).

В настоящей главе будет описано, как эта программа была разработана, проверена и усовершенствована в соответствии с научными стандартами и ради эмпирического подтверждения ее эффективности в лечении злоупотребления психоактивными веществами и связанных с этим поведенческих проблем среди подростков. На наш взгляд, план, который предлагает А. Э. Каздин (Kazdin, 1994), является конструктивной системой для организации и обсуждения наших продолжающихся усилий по валидации программы. В соответствии с этим глава разбита на семь частей. Помимо всего прочего, представленный план указывает на стоящие перед нами цели в оценке полноты и последовательности осуществляемых мер и на новые направления в повышении эффективности вмешательства.

## **Этапы 1 и 2: концептуализация дисфункции и исследование связанных с ней процессов**

В идеале представления о том, как развивается, поддерживается и обостряется дисфункция, являются основополагающими для любого вмешательства и для целостной модели, на которой оно базируется. Теория, касающаяся природы дисфункции, подвергающейся лечению, должна определять процесс оценки состояния пациентов, принятие решений и осуществление вмешательства, направлять подготовку реализующего воздействие терапевта и использоваться при рассмотрении результатов лечения. Кроме того, модели лечения должны устанавливать процессы и механизмы, с помощью которых терапевтические техники должны оказывать воздействие на объекты вмешательства; сюда входят указания на то, как принимаемые меры воздействуют на сферы функционирования, имеющие основное значение для развития дисфункции.

### **Теория дисфункции**

Эпидемиологические, клинические и фундаментальные исследования указывают на то, что употребление подростками наркотиков представляет собой многокомпонентную проблему (Brook et al., 1988; Bukstein, 1995). Как экспериментирование с наркотиками (см.: Petraitis, Flay & Miller, 1995), так и диагностируемые нарушения, злоупотребление психоактивными веществами и зависимость (см.: Weinberg et al., 1998) являются следствием взаимодействия нескольких этиологических факторов. Современные исследования коррелятов употребления и злоупотребления наркотиками выделяют несколько важнейших сфер функционирования: индивидуальную, семейную, социальную, касающихся сверстников, школы, окружения по месту жительства (Hawkins, Arthur & Catalano, 1995;

Hawkins et al., 1992). Такие факторы, как уровень образования, чрезвычайная бедность и влияние окружения по месту жительства, могут играть значимую роль в развитии проблемы. Более близкие факторы, такие как семейные конфликты и нарушение управления семьей (Dishion et al., 1995; Jessor, 1993), также могут способствовать нежелательным исходам. Индивидуальные факторы, такие как родительская психопатология или наркомания, отсутствие связи подростка со школой и академических успехов, подростковые проблемы эмоциональной регуляции, низкие навыки межличностного общения и отношений со сверстниками, вносят свой вклад в предрасположенность к употреблению наркотиков (Brook et al., 1988; Gottfredson & Koper, 1996; Jessor et al., 1995; Kandel & Andrews, 1987; Newcomb & Felix-Ortiz, 1992; O'Donnel, Hawkins & Abbott, 1995; Pickens & Svikis, 1991). Кроме того, злоупотребление психоактивными веществами предвещает множество негативных жизненных событий для конкретного подростка, включая опасности для физического здоровья (Achterberg & Shannon, 1993; Anderson, 1991), задержку эмоционального развития и развития навыков разрешения проблем (Baumrind & Moselle, 1985; Coombs, Paulson & Pallye, 1988), нарушенные межличностные отношения (Newcomb & Bentler, 1988), школьную неуспеваемость (Steinberg, Elmen & Mounts, 1989) и малое участие в просоциальной активности (Shilts, 1991; Steinberg, 1991). Другими словами, существует множество путей, приводящих к употреблению подростками психоактивных веществ, и самые разнообразные последствия этого.

Наша собственная концептуализация употребления подростками психоактивных веществ основывается на трех теоретических подходах, которые служат ориентирами при использовании обширной базы данных, касающихся наркотизации подростков, а также при разработке конкретного обоснованного плана вмешательства для каждой семьи. Первым из этих подходов является теория риска и защиты. Согласно этой теории, психологическая дисфункция определяется воздействием факторов риска, предрасполагающих к развитию нарушения, и факторов защиты, которые способствуют положительным исходам и защищают индивида от возникновения нарушения (Jessor et al., 1995). Сложные поведенческие проблемы, такие, как употребление наркотиков и поведенческие отклонения, не являются следствием единственной причины или фиксированного набора специфических предвестников; напротив, к развитию подобных нарушений могут приводить разные пути, и возможно выявить различные психологические, биологические и средовые факторы риска и защиты (Bukoski, 1991). Кроме того, считается, что факторы риска обладают мультипликативным эффектом: общий риск растет по экспоненте при возникновении каждого нового фактора риска. Другими словами, факторы риска имеют тенденцию усиливать друг

друга синергичным образом (Newcomb, Maddahian & Bentler, 1986; Rutter, 1987). Отмечается, что факторы защиты как оказывают прямое позитивное влияние на поведение, так и косвенно снижают воздействие факторов риска на поведение (Jessor et al., 1995).

Профили факторов риска и защиты используются для выявления лиц, подвергающихся риску возникновения поведенческих проблем, что дает возможность осуществить необходимое вмешательство. Применительно к МСТ мы уделяем особое внимание семейным факторам риска и защиты. Перечень таковых, увеличивающих уязвимость подростка в отношении злоупотребления наркотиками, слишком велик, чтобы приводить его здесь, но к наиболее важным, по эмпирическим данным, относятся: недостаток родительского мониторинга и дисциплины (Baumrind, 1991; Steinberg, Fletcher & Darling, 1994); высокий уровень конфликтности, низкий уровень общения и взаимного интереса между родителями и детьми (Baumrind, 1991; Newcomb & Felix-Ortiz, 1992); отсутствие родительского вклада в воспитание и привязанности к детям (Brook, Nomura & Cohen, 1989); положительное отношение родителей к наркотикам и их употребление в анамнезе (Hawkins et al., 1992).

Качество взаимоотношений ребенка и родителей является особенно важным фактором. Подростки, не употребляющие наркотики, сообщают о том, что их родители чаще хвалят и ободряют их, оказывают им больше доверия и помощи, устанавливают для них ясные и последовательные правила; в отличие от них подростки, употребляющие наркотики, сообщают о том, что требования к ним родителей неясны и непоследовательны, что те реагируют только на их нежелательное поведение и не склонны обсуждать важные для подростков проблемы (Baumrind, 1991; Block, Block & Keyes, 1988; Coombs & Paulson, 1988; Dembo et al., 1981). Эмоциональная поддержка со стороны семьи и воспринимаемые близкие отношения с родителями являются значимыми предикторами общего благополучия подростка, в определенной мере защищают его от негативных средовых влияний (Resnick et al., 1997; Wills, 1990).

Вторым теоретическим основанием нашей программы служит возрастная психопатология. Целью данного подхода является рассмотрение процесса индивидуальной адаптации и возникновения дисфункции с точки зрения нормативного развития, благодаря чему истинно неадаптивные поведенческие паттерны могут быть дифференцированы от вариаций в пределах нормы (Sroufe & Rutter, 1984). Возрастная патопсихология уделяет внимание не столько специфическим симптомам, проявляющимся у данного подростка, сколько его способности решать возникающие перед ним в процессе развития проблемы и воздействию пережитых на одном этапе возрастного развития стрессов на адаптацию (или ее нарушение) в последующие периоды. Поскольку многочисленные направ-



ления адаптации или девиации могут иметь начало в любой заданной точке, понимание компетентности и устойчивости к внешним воздействиям в отношении большого риска в равной мере важно для исследователя (Garmezy, Masten & Tellegen, 1984). К возрастным факторам, имеющим значение для возникновения и развития аддикции у подростков, относятся саморегуляция и исследовательское поведение (Hill & Holmbeck, 1986), стремление к самостоятельности, эмоциональные осложнения в семье (Steinberg, 1990) и увеличение зависимости от группы сверстников (Brown, 1990). Подростковое злоупотребление наркотиками может с теоретической точки зрения рассматриваться как проблема развития — отклонение от нормального пути или неудача в успешном разрешении возникающих в процессе взросления проблем.

Третьим фундаментальным подходом, используемым нашей программой, является экологическая теория. Она изучает пересекающиеся социальные влияния, образующие контекст развития человека (Bronfenbrenner, 1986; Brook et al., 1989), рассматривая семью как ту окружающую среду, которая играет главную роль в таком развитии, и исследуя те внутрисемейные процессы, которые подвергаются воздействию внешних по отношению к семье систем (Bronfenbrenner, 1986). Экологическая теория в значительной мере совпадает с современными представлениями о взаимовлиянии человеческих отношений (Lerner & Spanier, 1978; Sameroff, 1975). Особое внимание уделяется тому, что проблемы могут корениться на разных уровнях и что обстоятельства, возникающие в одной области, могут влиять на другие. Например, отсутствие у подростка интереса к школе, затруднения в познавательных процессах и академическая неуспеваемость могут отражаться на нормальных обстоятельствах развития в семье (обострять напряженность в связи со стремлением подростка к самостоятельности) и тем самым провоцировать такое связанное с риском поведение, как употребление наркотиков; неумение родителя осуществлять управление семьей может приводить к ухудшению функционирования в связанных с этим областях — периодической депрессии, слабым социальным контактам, распаду семьи вследствие безработицы. Недостатки в управлении семьей могут также оказаться связанными с межличностными когнитивными процессами (например, воспоминаниями о прошлых неудачах в качестве родителя). Трудности в управлении семьей и непоследовательный родительский мониторинг могут провоцировать усиление фрустрации и неспособности решать обычные проблемы, возникающие перед родителями подростка. Взаимодействуя, перечисленные обстоятельства могут создавать мотивацию и возможности для аддиктивного или девиантного поведения подростка, а также его присоединения к компании сверстников с теми же проблемами.

В силу того что в возникновение и поддержание наркотизации, а также в функциональные нарушения, которыми страдают злоупотребляющие наркотиками подростки, свой вклад вносят столь многочисленные факторы, мы, как и другие исследователи, сочли необходимым применить широкомасштабные многокомпонентные стратегии вмешательства (Hawkins et al., 1992; Newcomb, 1992). Такие стратегии предусматривают воздействие на функционирование и взаимоотношения подростков во многих экологических нишах. Главной задачей вмешательства является изменение траектории развития подростка и его социального контекста таким образом, чтобы обеспечить здоровую и просоциальную социализацию. Другими словами, если злоупотребление наркотиками со стороны подростка — следствие определенного стиля жизни (Newcomb & Bentler, 1989), то именно стиль жизни во многих его проявлениях требует изменения. Поэтому наша экологически-возрастная модель предполагает одновременное вмешательство во многие социальные системы, важные для развития подростка. Это соответствует сложившемуся мнению о том, что является наиболее важным в воздействии на многочисленные проблемы подростков и их семей (Tolan, Guerra & Kendall, 1995). Такой подход означает, что оценки и вмешательства требуют многие внешние по отношению к индивиду и семье социальные сферы. В их число входит окружение по месту жительства, школа, где учится подросток, группы сверстников, а для некоторых и система правосудия по делам несовершеннолетних. Следует отметить, что модели экологически-возрастного вмешательства не требуют от практиков изменения школы или окружения по месту жительства как таковых. Вмешательство направлено на изменение отношения членов семьи к данным системам (т.е. того, что они думают о них и как взаимодействуют с ними).

Как происходит выбор факторов риска или защиты, на которые будет направлено воздействие? Это требует сложного процесса принятия решений. Как правило, мы действуем по принципу максимальной опасности, т.е. оцениваем, какие аспекты и какие области функционирования связаны с наибольшим риском или представляют наибольшую потенциальную опасность для жизни подростка и его семьи. В тех случаях, когда имеют место существенные легальные проблемы и существует возможность помещения подростка в пенитенциарное учреждение, мы взаимодействуем с системой правосудия по делам несовершеннолетних с целью добиться стабилизации функционирования подростка. В случаях родительской дисфункции (например, психопатологии или злоупотребления психоактивными веществами) мы немедленно принимаем прямые клинические меры. Функционирование семьи и детско-родительские взаимоотношения едва ли могут улучшиться

до тех пор, пока эти аспекты не получат достаточного внимания и по крайней мере не стабилизируются.

Воздействие на факторы риска и защиты требует понимания того, как личностные характеристики и процессы проявляются во взаимосвязях с различными пересекающимися социальными системами. Цель нашей программы заключается в разработке практических мер, с помощью которых можно использовать данные теоретических и эмпирических исследований для усовершенствования клинической модели (Liddle et al., 1998, 2000). Участвующие в МСТ терапевты имеют подготовку, позволяющую им выявлять факторы риска, ассоциирующиеся с наркотизацией и антисоциальным поведением, и воздействовать на них. Такое воздействие должно заключаться в прямом блокировании продолжающихся проявлений фактора риска, минимизации его влияния или в достигаемом косвенными мерами смягчении влияния фактора риска с помощью изменений в других сферах (например, снижая влияние других, связанных с основным, факторов риска или способствуя действию факторов защиты). Терапевты в достаточной мере реалисты, чтобы не пытаться упразднить те факторы риска, которые изменению не поддаются. Кроме того, поскольку каждая семья, в которой есть употребляющий наркотики подросток, прошла свой собственный уникальный путь, ведущий к проявлению этой дисфункции, мы с вниманием относимся к идиосинкразиям и разочарованиям своих клиентов. Такой подход побуждает терапевтов видеть свою цель в помощи подростку и его семье в возвращении на адаптивный путь развития, а не только в излечении отклонения. Таким образом, задача терапевта — не просто запоминать список факторов риска и защиты и при любой возможности их обсуждать, а оценивать ситуации и осуществлять вмешательство в многочисленные системные и внутри-институциональные процессы, изучая профили факторов риска и защиты для данного подростка и его семьи.

### **Этап 3: концептуализация лечения**

#### **Основные принципы действия МСТ**

Развитие лечения основывается на четком обозначении и постоянной оценке основных принципов приложения психотерапевтической модели, которые представляют собой концептуально обоснованные правила терапевтической практики, направляющие клиническую ориентацию, принятие решений и вмешательство. Для таких интегративных многокомпонентных программ, как МСТ, определение их принципов действия является нелегкой задачей. Расширение сферы воздействия требует более комплекс-

ных подходов и делает невозможным эффективное использование неизменных, стереотипных протоколов вмешательства (Addis, 1997). Кроме того, более комплексным видам лечения труднее обучить и ими труднее пользоваться, что подвергает определенному риску возможность широкого применения программы (Liddle, 1982). Тем не менее мы уверены, что такая работа, хоть и является трудной, возможна. К настоящему времени существуют эмпирические ориентированные на семью программы с четко сформулированными принципами действия (Fruzetti & Linehan, в печати; Heggeler et al., 1998; Miklovitz & Goldstein, 1998).

МСТ руководствуется следующими десятью принципами.

1. Подростковое злоупотребление наркотиками представляет собой многокомпонентный феномен, концептуализация и лечение которого основываются на экологической и возрастной перспективах. Вмешательство определяется знанием возрастных особенностей, и проблемы рассматриваются со многих сторон. Такой подход включает изучение индивидуальных, межличностных и контекстуальных аспектов и динамической составляющей, учитывающей взаимодействие многих систем и уровней влияния.

2. Имеющиеся у подростка и членов его семьи симптомы, а также возникающие кризисы и жалобы не только предоставляют важнейшую информацию для оценки ситуации, но и открывают возможности для вмешательства.

3. Изменение — явление многогранное; оно является следствием синергического взаимодействия систем различного уровня, разных людей, разнообразных областей функционирования, временных периодов, внутриличностных и межличностных процессов. Оценки и вмешательства дают некоторые указания, но не дают гарантий относительно временных рамок, направлений или видов изменений, характеризующих конкретный случай в определенный момент времени. Мультивариативная концепция изменений обязывает терапевта к скоординированной и последовательной проработке путей и способов изменения.

4. Предполагается, что ни подросток, ни его семья не имеют мотивации к изменениям. Восприимчивость к вмешательству и мотивация различны у разных индивидов, вовлеченных во взаимодействие. Мы рассматриваем процесс, иногда именуемый «сопротивлением», как нормальный. Хотя соответствующее поведение является препятствием для успешного осуществления вмешательства, оно указывает на факторы, нуждающиеся во внимании терапевта. Очень важен безоценочный подход к преодолению сопротивления. Мы понимаем, что подросток и его семья в достижении длительных изменений стиля жизни сталкиваются с существенными трудностями.

5. Осуществление лечения терапевтом становится возможным благодаря практико-ориентированным, сосредоточенным на дос-

тижении результата рабочим взаимоотношениям терапевта с членами семьи и с внесемейными источниками влияния, а также изучению личностно значимых отношений и жизненных тем. Эти аспекты удастся выявить путем расспросов относительно целей, которые ставят перед собой отдельные индивиды и семья в целом, и оценки проявлений идиосинкразий со стороны подростка и других членов семьи.

6. Вмешательство носит индивидуализированный характер с учетом особенностей каждой семьи и ее окружения. Его целью являются экологические факторы риска злоупотребления наркотиками и проблемного поведения, а также поощрение защитных процессов, связанных с позитивными возрастными исходами.

7. Планирование и гибкость играют чрезвычайно важную роль и представляют собой взаимодополняющие факторы. Формулировки диагноза должны вырабатываться коллективно и служить показанием к началу лечения и его характеру. Вместе с тем они могут пересматриваться на основании новых данных и опыта проведения вмешательства. Терапевт с участием членов семьи и других лиц, не входящих в ее состав, но играющих важную роль, постоянно оценивает результаты вмешательства. Благодаря использованию обратной связи план вмешательства и отдельные процедуры постоянно пересматриваются.

8. Мы подчеркиваем ответственность, лежащую на терапевте. Терапевт несет ответственность за поощрение участия и усиление мотивации всех релевантных участников; разработку доступной для исполнения программы действий; предложение выбора из нескольких многокомпонентных методов лечения; терапевтическую направленность и последовательность вмешательства; помощь в поведенческих изменениях; информирование участников о достигаемых успехах; изменение процедуры вмешательства в случае необходимости.

9. Терапевт должен четко представлять последовательность этапов: определенные терапевтические операции (например, привлечение подростка и формулировка тем занятий), части занятий, их очередность, фазы лечения и терапии в целом, организованные в определенной последовательности.

10. Решающее условие успеха — отношение терапевта к пациенту. Терапевты должны выступать в роли адвокатов подростка и его семьи. Они не являются ни спасителями детей, ни проповедниками «строгой любви», главной заботой которых является применение власти и контроль над родителями. Терапевты должны проявлять оптимизм, но не наивность в отношении будущих изменений. Их чувствительность к влиянию окружения или социума должна порождать идеи о том, как усовершенствовать вмешательство, а не поиск причин возникновения проблем или оправданий отсутствия изменений. Терапевту необходимо понимать, что он —

инструмент достижения желательных изменений и его личное функционирование может способствовать или препятствовать успеху его работы.

## Параметры лечения в рамках МСТ

Исследования в области психотерапии обнаруживают важное различие между *параметрами* и *техниками* лечения. Параметры лечения представляют собой аспекты осуществления программы, определяющие временные рамки, интенсивность, длительность и намеченные объекты вмешательства (Clarke, 1995; Kazdin et al., 1990). Они в значительной мере оказывают влияние на исход (Borkovec & Castonguay, 1988; Heinicke, 1990). В отличие от этого техники лечения — «активные ингредиенты» модели. Они включают основополагающий подход терапевта, реализуемый во время контактов с клиентом и при консультировании (Elkin et al., 1988; Sechrest, 1994). Техники лечения связаны с процессами изменения, которые должны иметь место в соответствии с моделью, т.е. тем, какие действия, в каких комбинациях и на каких этапах лечения совершаются в ответ на определенные проблемы клиента.

МСТ руководствуется несколькими параметрами лечения. Занятия, как правило, проводятся в клинике, но иногда, особенно во время кризиса, могут переноситься в другие места — семейное жилище, школу, суд по семейным делам. Место проведения занятий может меняться в зависимости от этапа лечения, условий жизни или предпочтений подростка и его семьи, а также целей занятия. Решение о содержании занятия принимается в соответствии с терапевтическими целями данного момента. В частности, решение о том, кто будет участвовать в следующем контакте, определяется на очередном занятии; регулярно используются как индивидуальные, так и совместные виды консультирования, и правилом является использование тех и других на каждом занятии.

Недавнее усовершенствование модели привело к полному пересмотру концепции занятий. Общение по телефону с отдельными членами семьи может быть развернутым и представлять собой модификацию занятия; такие беседы проводятся между встречами терапевта и клиента лицом к лицу. Таким образом, по мере включения в нашу программу все более трудных случаев мы все меньше учитываем число занятий и все больше — время контакта с клиентом. Роль терапевта в осуществлении МСТ весьма расширяется ради увеличения воздействия вмешательства. Его функции *de facto* охватывают контакты со школой, церковью, различными учреждениями (например, центрами профессиональной подготовки), а также юридическими службами по делам несовершеннолетних для привлечения к лечебным процедурам взрослых, не

являющихся членами семьи, и для использования ресурсов различных организаций. Такая активность, кроме всего прочего, способствует тому, что терапевт уделяет больше внимания изменению поведения членов семьи в отношении различных социальных систем.

МСТ представляет собой лечебное мероприятие, которое развивалось и опробовалось применительно к различным популяциям, в разных версиях и разных условиях осуществления. Мы испробовали разные по длительности и интенсивности варианты: 1) 16 занятий на протяжении 5 месяцев; 2) 15—25 занятий на протяжении 6 месяцев; 3) 15—25 занятий на протяжении 3 месяцев. Мы успешно провели пилотное исследование, представлявшее собой интенсивное амбулаторное лечение подростков, имеющих коморбидные диагнозы, оказавшихся в центре внимания юридических служб по делам несовершеннолетних и направленных на лечение по месту жительства; сейчас проводится оценка его результатов. Это исследование предусматривало изучение интенсивной амбулаторной версии МСТ как клинической и экономически эффективной альтернативы лечению по месту жительства. Как правило, более интенсивные контакты с членами семьи имеют место в начальный период терапии, а затем их число снижается. Занятия «лицом к лицу» длятся один-два часа. Кроме того, частые телефонные разговоры с подростком и его родителями служат для контроля, для углубления результатов занятий и улаживания конфликтов в семье.

### **Основные области приложения МСТ**

МСТ придает особое значение четырем объектам вмешательства, для каждого из которых разработан свой перечень целей и техник лечения: сам подросток, родители и другие члены семьи, паттерны семейного взаимодействия, внесемейные системы влияния. Терапевты, используя собственную профессиональную подготовку, приобретенный опыт и накапливающиеся знания о семье клиента, координируют проводимые процедуры внутри указанных областей и между ними. В зависимости от семейного профиля факторов риска и защиты каким-то из них может уделяться больше времени и внимания, чем другим. Прогресс в одной области обычно облегчает работу в остальных, и на протяжении лечения самые важные темы обсуждаются поочередно применительно к разным областям, а если нужно, то и повторно.

**Подросток.** Работая с подростком, терапевты сосредоточивают внимание на роли, которую данный индивид играет в семейной системе, а также в других социальных системах — в школе и группе сверстников. Подростки, имеющие аддиктивные и поведенческие проблемы, обычно участвуют в терапии неохотно (Liddle,

Dakof & Diamond, 1991; Taylor, Adelman & Kaser-Boyd, 1985) и относятся к вмешательству более негативно, чем другие члены семьи (Robbins et al., 1996), что приводит к затруднениям в создании рабочего альянса с терапевтом (DiGuiseppe, Linscott & Jilton, 1996). В начале лечения терапевты МСТ много времени посвящают общению с подростком наедине, чтобы привлечь его к участию в лечении и выработать лично значимую программу работы, обсуждая причины того, почему такая программа может совпадать или нет с программами других участников (Diamond et al., 1999). Для этого терапевт выясняет, какие темы имеют для подростка личную значимость, и подробно расспрашивает его о функционировании в тех социальных системах, внутри которых протекает его жизнь. Терапевт помогает подростку детально описать то, как он принимает решения, каковы его отношения со сверстниками, как он приспосабливается к процессу взросления, как воспринимает достижение или недостижение личных целей. Таким образом, терапевтам удается лучше узнать повседневную жизнь клиента и оценить имеющиеся факторы риска и защиты. Эта информация служит основанием для определения целей лечения, которые были бы достижимы и важны для подростка и его семьи.

На этой начальной стадии основное внимание на индивидуальных занятиях уделяется аддиктивному и другим видам отклоняющегося поведения. Обсуждаются как внутриличностные, так и межличностные аспекты употребления наркотиков, с особым упором на отношения подростка с окружающими. Принимаемые терапевтом меры основываются на предположении, что наркотизация отражает затруднения в возрастном функционировании и в свою очередь является причиной возникновения поведенческих проблем и негативных взаимоотношений. Другими словами, злоупотребление психоактивными веществами может служить маркером существующих или прошлых проблем в семейном функционировании, но и, в свою очередь, может порождать дисгармонию или обострять умеренно конфликтные семейные отношения. Изучаются также отношения подростка с людьми за пределами семьи. Терапевты выясняют, как прием наркотиков и антисоциальное поведение отражаются на отношениях со сверстниками и с учителями, и поощряют просоциальное взаимодействие с ровесниками и не являющимися членами семьи взрослыми, способствуют возникновению мотивации в отношении создания просоциальных отношений, обсуждают соответствующие возможности и требующиеся для этого навыки.

**Родители и семья.** Большое внимание терапевты уделяют роли родителей — взрослых, часто борющихся с трудными жизненными обстоятельствами и нередко утрачивающих веру в свою способность влиять на собственных детей. Качество взаимоотноше-



ний подростка с родителями является, возможно, самым сильным фактором защиты от развития проблемного поведения (Resnick et al., 1997). К несчастью, как правило, родители подростков, имеющих проблемы, связанные с приемом наркотиков, уже испробовали разнообразные способы борьбы с таким поведением; часто имеет место целая последовательность неудач в попытках более эффективно осуществлять родительские функции (Patterson, Reid & Dishion, 1992). К тому же родители подростков, употребляющих наркотики, обычно оказываются под сильным давлением со стороны многих обстоятельств: недостаточной личной и социальной поддержки, экономических тягот, негативных чувств в отношении собственной родительской семьи, депрессии или иных видов психопатологии (Luster & Okagaki, 1993; Robinson & Garber, 1995). Таким образом, до начала терапевтических процедур или одновременно с ними консультант должен обратить серьезное внимание на: 1) выяснение того, как личные стрессоры родителей влияют на жизнь семьи; 2) возможность оградить подростка (и других детей в семье) от неблагоприятных последствий; 3) содействие родителям в оценке различных источников социальной (а если нужно, то и психиатрической) помощи.

Ориентированное на родителей вмешательство терапевты МСТ осуществляют поэтапно. Во-первых, проводится оценка привязанности между родителями и подростком. Неудачи в поддержании как автономии, так и связи в детско-родительских отношениях представляют собой существенный фактор разнообразных нежелательных исходов (Allen, Hauser & Borman-Spurrell, 1996; Greenberg, Speltz & DeKlyen, 1993), а эмоциональная отстраненность — типичная черта семей подростков, употребляющих наркотики (Patterson & Stouthamer-Loeber, 1994; Volk et al., 1989). В качестве первого шага в направлении изменения поведения (родительской практики) терапевты стремятся уменьшить эмоциональную дистанцию между родителями и подростком. Для этого они: 1) поощряют или вызывают вновь чувство любви и заботы по отношению к ребенку; 2) подтверждают ценность предыдущих родительских попыток решить проблемы, связанные с подростком; 3) выражают понимание прошлых и настоящих тяжелых обстоятельств в личной жизни родителей; 4) укрепляют надежды на лучший исход с помощью усиления чувства владения ситуацией и контроля (Liddle et al., 1998). Эти усилия по восстановлению внутрисемейных связей направлены на создание веры в необходимость и возможность оказывать корректирующее воздействие на подростка.

После достижения желаемых сдвигов в эмоциональной сфере терапевт приступает к оценке и воздействию на родительские стиль и практику в таких сферах, как мониторинг, дисциплина, установление правил, создание поддерживающего психологического климата, стратегии, помогающие справляться с жизненными про-

блемами (Diamond & Liddle, 1996). Родительское отношение и родительское поведение в отношении употребления подростком наркотиков на этом этапе являются объектом основного внимания терапевта.

Хотя индивидуальная и совместная работа с подростком и его родителями составляет ядро программы, другие члены семьи также могут играть определенную роль в наркотизации подростка или в его адаптивной социализации. Сиблинги, члены семьи, не проживающие вместе с семьей, и более дальние родственники также включаются в оценку, формулировку диагноза и вмешательство. Те лица, которые играют ключевую роль в жизни подростка, приглашаются (по показаниям) принимать участие в семейных или индивидуальных занятиях. Их содействие обеспечивается информированием о критической для подростка ситуации и о необходимости для потенциально влиятельных взрослых, в особенности придерживающихся просоциального поведения, объединить усилия для оказания ему помощи.

**Семейное взаимодействие.** Воздействие в этой области направлено на паттерны внутрисемейных отношений благодаря созданию такого контекста, который способствовал бы развитию мотивации, навыков и опыта в изменении семейных отношений и взаимодействия в направлении большей адаптации.

Разнообразные виды негативных семейных контактов связаны с развитием и поддержанием наркотизации подростка (Baumgard, 1991; Brook et al., 1989; Hawkins et al., 1992). Восстановление детско-родительских отношений на этой стадии семейной жизни представляет собой весьма деликатную операцию, требующую умелого подхода, и играет важную роль в краткосрочных и долгосрочных эволюционных исходах (Ferrari & Olivette, 1993; Fuligni & Eccles, 1993; Pardeck & Pardeck, 1990). Исследования в области семейной терапии показывают, что изменения в паттернах семейного взаимодействия связаны с изменениями проблемного поведения, включая прием подростками наркотиков (Mann et al., 1990; Robbins et al., 1996; Schmidt, Liddle & Dakof, 1996; Szapocznik et al., 1989).

Терапевты МСТ стремятся понять, а затем и изменить имеющий место контекст детско-родительских взаимоотношений при помощи обучения членов семьи неотренированному взаимодействию на занятиях с использованием классической для семейной терапии техники (Minuchin & Fishman, 1981). Иногда они оказывают прямую помощь в поддержании разговора благодаря изменению паттернов взаимодействия и тем самым изменению отношений; в других случаях разговор возникает спонтанно. Терапевты наблюдают за тем, как общаются подросток и родители, как они разрешают (или не разрешают) свои проблемы, и как точка зрения каждого принимается или отвергается. Затем взаимодействие

направляется в русло придания нового содержания существующим взаимоотношениям или создания новых и тем самым формирования более адаптивных и щадящих привычек в отношениях (Diamond & Liddle, 1999). Возможность для семьи практиковаться в новых формах взаимоотношений и делать это в контексте, благоприятствующем поддержанию и отработке новых видов поведения, становится решающей для их приятия и долговременного существования. Более того, практика в адаптивных отношениях на занятиях дает возможность членам семьи понять, что собой представляет доброжелательный разговор (который является признаком положительных отношений). Данный процесс способствует распространению воздействия вмешательства.

Для того чтобы дискуссии на занятиях были продуктивными, подросток и его родители для начала должны быть в состоянии общаться без излишних взаимных обвинений или оборонительных реакций, поэтому вмешательство прежде всего бывает направлено на снижение негативизма (Robbins et al., 1996) и создание возможностей для более конструктивной дискуссии. И подростки, и их родители зачастую нуждаются в существенной поддержке со стороны терапевта, прежде чем они смогут вступить в продуктивное общение на занятиях. Такая подготовка происходит на совместных и индивидуальных занятиях, во время которых участники обучаются умению вести беседу, что особенно важно для последующей работы. Общая цель такой индивидуальной подготовки состоит в том, чтобы помочь каждой из сторон сформулировать то, что должно быть сказано, и подготовить к возможным реакциям других участников, а также укрепить своего рода мини-договор, который позволил бы терапевту побудить подростка и его родителей участвовать в намеченных процедурах, когда начнется вмешательство. Предварительная подготовка требуется для того, чтобы участники приняли менее экстремальную, менее отягощенную эмоциями позицию. Благодаря такому предварительному смягчению острых чувств или категорических мнений члены семьи получают возможность сделать первый шаг в сторону преодоления привычных проблем в общении. Такие меры также выявляют трудности, которые предстоит преодолеть при обсуждении трудных, но важных тем. Самое главное заключается в том, что данная клиническая процедура преобразует неразрешимую ситуацию, создавая комплекс элементов, с которыми можно работать, и подчеркивает необходимость систематизированного подхода к проблемам и его тщательного планирования.

**Внесемейные системы влияния.** Терапевты МСТ стремятся достичь высокого уровня сотрудничества между семьей и всеми системами экологического окружения, в котором живет подросток: школой, рекреационными учреждениями, юридическими службами по делам несовершеннолетних. Мы не считаем, что одного

изменения паттернов семейных взаимодействий достаточно для устранения симптомов отклоняющегося поведения подростка. На его развитие в лучшую или в худшую сторону влияют многие внесемейные и социальные силы, и эти аспекты экологии также нуждаются в оценке и вмешательстве, если оно необходимо и возможно. Вмешательство в этих областях преследует те же цели, что и, применительно к подростку и его семье, создание новых видов эмоциональных реакций, нового взгляда на вещи, новых поведенческих альтернатив при взаимодействии с основными внесемейными источниками влияния.

Для достижения этих целей практикуется интенсивное управление членами семьи как напрямую, так и косвенно через системы, существующие вне семьи. Для перегруженных многими заботами родителей помощь в контактах с различными бюрократическими инстанциями или дополнительными службами жизненно важна. Родители могут нуждаться в содействии в таких фундаментальных областях, как получение жилища, медицинская помощь, рекомендация для профессиональной подготовки или направление для участия в программе самопомощи. Разрешение конкретных жизненных проблем способствует готовности семьи участвовать в ключевых терапевтических мероприятиях (Prinz & Miller, 1991). Комплексная работа терапевта важна сама по себе, но она также содействует успеху и в других областях. Терапевты постоянно взаимодействуют со школьной администрацией в целях улучшения посещаемости и успеваемости учащихся; занятия с участием всей семьи нацелены на разработку планов улучшения связанного со школой поведения подростка и обеспечения его личных образовательных потребностей (например, возможного перевода в альтернативную школу). Терапевты помогают семьям в поиске упорядоченных послешкольных и рекреационных занятий, которые соответствовали бы интересам и способностям подростка. Кроме того, тесные контакты с юридическими службами по делам несовершеннолетних оказываются решающим фактором в успехе некоторых программ по борьбе с подростковой наркоманией (Rompi, 1994). При возникновении легального или судебного преследования немедленно устанавливаются интенсивные рабочие контакты с должностным лицом, осуществляющим надзор за условно осужденными, или другими служащими, назначенными судом для работы с подростком. Такие отношения способствуют партнерству и взаимопомощи между медицинской и юридической системами и их представителями. Терапевты стремятся к тому, чтобы лечение в целом и его отдельные аспекты, такие как комендантский час для подростка, посещение школы или работы, анализы на наркотики, осуществлялись скоординированно и представляли собой совместные усилия правоохранительной и медицинской систем.

## 1. Этапы 4, 5 и 6:

### **подробное описание вмешательства, изучение процесса и исходов лечения**

#### **Мониторинг приверженности лечению**

Приверженность лечению, или строгость соответствия определяется степенью, в которой данный вид терапии осуществляется в соответствии с главными теоретическими и процедурными аспектами модели (Moncher & Prinz, 1991). Строгость соответствия чрезвычайно важна для действенности, воспроизводимости и пространности терапевтических моделей (Moncher & Prinz, 1991; Yeaton & Sechrest, 1981). Действительно, широкое распространение руководств по психотерапии может рассматриваться как попытка сделать применение модели более специфичным и стандартизованным, чтобы предписанные вмешательства осуществлялись с большей надежностью и имелась возможность исключить концептуально несоответствующие процедуры (Waltz et al., 1993). Именно поэтому проверка строгости соответствия необходима для подтверждения того, что вмешательство осуществляется в соответствии со спецификациями модели. Такая проверка проводится в двух направлениях: мониторинг приверженности и ее оценка (Hogue, Liddle & Rowe, 1996). *Мониторинг приверженности* означает «контроль качества» процедур, проводимый до или одновременно с текущим лечением. Его элементами являются отчеты о подготовке, руководстве работой и исполнении своих обязанностей терапевтом наряду с проверкой записей в истории болезни и планов лечения. *Оценка приверженности* представляет собой систематическое рассмотрение используемых терапевтических процедур с целью определения действительного соответствия модели. К обычным методам оценки относятся анализ занятий экспертами, рассмотрение самоотчетов терапевта, регистрация процесса вмешательства на аудио- или видеопленке.

Будучи моделью комплексной и интенсивной психотерапии, МСТ уделяет большое внимание подготовке специалистов и руководству их работой (Liddle, Becker & Diamond, 1997). Для допущения к специальной подготовке требуется как минимум степень магистра и 2-летний опыт работы в области семейной терапии. Подготовка включает примерно 100 часов знакомства с литературой, дидактических семинаров, просмотра видеоматериалов совместно с руководителем и опытными специалистами и пилотного ведения двух или трех пациентов. Все занятия контролируются супервизором лично или по видеозаписи. После завершения подготовки руководитель в течение часа или двух в неделю контролирует работу терапевта, что включает обзор и концептуализацию

каждого случая, просмотр видеозаписей и личное присутствие на занятиях. Истории болезни используются, среди прочего, для выявления того, кто из членов семьи и какие экологические системы (школа, рекреационные учреждения, церковь, правоохранительные органы) включаются в план вмешательства и привлекаются к нему, какое время уделяется каждой из областей вмешательства, а также для составления письменного заключения терапевта и его руководителя о еженедельном (а иногда ежедневном) прогрессе в лечении.

Изучение данных о приверженности лечению подтвердило, что МСТ может применяться с высокой степенью строгости соответствия модели (Hogue, 1998). Проводилось сравнение техники вмешательства терапевтов МСТ и специалистов, использующих когнитивно-поведенческий подход, при рандомизированном контролируемом исследовании лечения подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами. Независимые эксперты просматривали видеозаписи случайным образом выбранных занятий, применяя метод оценки приверженности лечению, специально разработанный для выявления терапевтических техник и результативных методов вмешательства, используемых в двух моделях лечения. Оценивались частота и полнота (глубина, комплексность, настойчивость) применения техник. Результаты показали, что терапевты МСТ надежно использовали основные методы вмешательства, предписанные моделью: изучение индивидуального функционирования подростка и его родителей, формирование воспитательных навыков у родителей, подготовку и помощь во взаимодействии многих участников занятия, помощь в изменении поведения разных членов семьи. Более того, действуя в соответствии с установкой МСТ на укрепление семейных уз, терапевты особое внимание уделяли созданию поддерживающего терапевтического окружения, поощрению дискуссий и выражения эмоций, вовлекая клиентов в совместную разработку плана лечения и изучение повседневного поведения подростка, связанного с нормативным развитием. Данное исследование показывает, что детальная оценка строгости соответствия модели способствует развитию методов лечения и повышению квалификации участвующих в нем специалистов.

### **Изучение процесса лечения**

Существует очень большая потребность в исследованиях процессов изменений, вызываемых эффективными психотерапевтическими вмешательствами по поводу подростковой наркомании (Kazdin & Kagan, 1994; Ozechowski & Liddle, 2000). Современные исследования процесса лечения говорят в пользу исследовательского дизайна, объединяющего клиническую валидность с теоре-

тической значимостью и ориентированным на лечение построением модели (Hayes, Castonguay & Goldfried, 1996; Omer & Dar, 1992), делающего упор на изучении вызывающего изменения взаимодействия клиента и терапевта (Diamond & Diamond, в печати; Russell, 1994). Такая программа исследований как нельзя более актуальна для лечения подросткового злоупотребления психоактивными веществами. Существуют свидетельства эффективности семейной терапии аддикции у подростков (Liddle & Dakof, 1995; Waldron, 1997). Более того, некоторые авторы считают, что семейная терапия злоупотребления подростками психоактивными веществами — наиболее эффективный и многообещающий подход из существующих в настоящее время (Stanton & Shadish, 1997; Williams & Chang, 2000). В то же время гипотеза о механизмах изменений, ответственных за положительные исходы, остается непроверенной и не совсем понятной (Ozechowski & Liddle, 2000). Исследования процессов, основанные на теории, должны заполнить этот пробел, тем самым стимулируя построение клинической модели и способствуя распространению эффективных техник вмешательства (Diamond & Diamond, в печати).

Мы осуществили исследование процессов применительно к подходу, используемому МСТ. Его целью было выявление ключевых, но остающихся неясными или трудными аспектов терапии употребления наркотиков подростками. Мы стремились выяснить, как успешнее привлечь к лечению подростков и их родителей и как воздействовать на некоторые фундаментальные проявления дисфункции, обнаруживающиеся во многих случаях со значимой регулярностью. Основное внимание уделялось описанию и прояснению основополагающих процессов как нарушения функционирования, так и излечения или улучшения, а также действиям терапевта, связанным с этими процессами. В результате были достигнуты определенные успехи в понимании механизмов изменений, обеспечиваемых применением модели. Осуществлялись проверка гипотез, направленная на подтверждение клинической теории и методологического подхода (Hill, 1994; Shoham-Salomon, 1990), ориентированного на открытие новых путей (имеющего целью уточнение или расширение существующей теории и изучение неспецифических феноменов). Наша работа до настоящего времени была направлена на выяснение ряда вопросов, имеющих важнейшее значение для понимания того, каким образом МСТ обеспечивает клинические изменения:

1) производит ли МСТ изменения в семейных взаимодействиях, как предсказывает модель;

2) исправляет ли МСТ родительское поведение, связанное с аддиктивными и поведенческими проблемами подростка, и как такие изменения отражаются на снижении наркотизации и улучшении поведения подростка;

3) могут ли быть достигнуты продуктивные рабочие отношения с городскими подростками, обремененными многими проблемами, представителями этнических меньшинств;

4) могут ли терапевты МСТ осуществить культурно-значимое вмешательство, улучшающее участие в лечении афроамериканских подростков.

**Разрешение детско-родительских противоречий.** Г. М. Дайамонд и Г. А. Лиддл (Diamond & Liddle, 1996; 1999) использовали анализ рабочих заданий для выявления комбинаций клинических методов вмешательства и семейного взаимодействия, необходимых для разрешения тупиковых ситуаций на занятиях. К ним относятся случаи, характеризующиеся враждебными репликами, эмоциональным отторжением, неумением разрешать возникающие между участниками проблемы. В исследовании принимала участие подвыборка семей подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами и находящихся на учете в правоохранительных органах. Действия со стороны терапевта, направленные на преодоление этих негативных моментов, включали: 1) активное противодействие, отвлечение либо принятие мер в отношении негативного аффекта; 2) имплантацию и поощрение мыслей и чувств, способствующих конструктивному диалогу; 3) формирование эмоциональных союзов между членами семьи благодаря поочередной работе только с родителями или только с подростком. В случае успешного разрешения тупиковой ситуации терапевт изменял темы и тон бесед. Внимание терапевта переключалось с устранения обвинений и безнадежности со стороны родителей на развитие у них раскаяния и чувства потери, а может быть, и печали из-за того, что происходит с их ребенком. Одновременно поощрялись размышления подростка о препятствиях во взаимопонимании с родителями и другими людьми. Происходящие во время занятий перемены во взглядах и эмоциях делали возможными неконфронтационные разговоры между подростком и его родителями. Этот процесс развивал у родителей эмпатию по отношению к трудностям, переживаемым подростком, и обеспечивал их поддержку и похвалу его успехов. Такое вмешательство и вызванные им процессы благоприятствовали личностному раскрытию подростка и создавали возможность перемен в семейных взаимоотношениях. Степень тяжести семейного конфликта и безнадежности служила предиктором успешного разрешения тупиковой ситуации: самой малой вероятностью перехода на новый уровень общения была у наиболее конфликтных семей.

Исследование дало новые клинические данные в четырех областях. Во-первых, мы получили теоретически обоснованный способ выделять семейные транзакционные процессы, которые известны как детерминанты отрицательных поведенческих исходов у детей и подростков. Во-вторых, нам удалось взломать (в терминах



поведенческих характеристик) компоненты тупиковой ситуации, предоставив подростку и его родителям возможность делать собственные последовательные взносы в создание конструктивных взаимоотношений. В-третьих, мы определили роль различных действий терапевта в преодолении тупиковой ситуации. И в-четвертых, мы получили подтверждение тому, что во время занятия терапевт может воздействовать на существующий между подростком и его родителями конфликт и тем самым на один из пунитивных механизмов поведенческой дисфункции, связанной со злоупотреблением наркотиками.

**Изменение практики воспитания.** С. Шмидт, Г. А. Лиддл и Г. А. Дакоф (Schmidt, Liddle & Dakof, 1996) изучали природу и степень изменений в родительском поведении, а также связь между родительскими субсистемными изменениями и уменьшением патологической симптоматики у подростка. На выборке родителей, чьи дети состояли на учете в правоохранительных органах и имели существенные, связанные с наркоманией психические и соматические проблемы, было показано значимое снижение негативных проявлений практики воспитания (например, аффектов, вербальной агрессии) и рост положительных (мониторинга, установления правил, выражения положительных эмоций и интереса) на протяжении курса терапии. Более того, таким переменам в практике воспитания сопутствовало уменьшение приема подростками наркотиков и числа случаев проблемного поведения. Было выявлено четыре паттерна детско-родительского взаимодействия: 59 % семей обнаружили улучшение как родительской практики, так и симптоматики у подростка; в 21 % случаев улучшение практики воспитания не сопровождалось изменениями в поведении подростков; в 10 % случаев наблюдались позитивные сдвиги в симптоматике у подростка при отсутствии улучшений в родительской практике; у 10 % испытуемых не было отмечено улучшений ни в том, ни в другом. Эти данные подтверждают предпосылку семейной психотерапии: изменения в фундаментальных аспектах семейной системы (родительской практике) сопровождаются изменениями в области, представляющей главный интерес, — в улучшении симптоматики у подростка, в том числе степени злоупотребления наркотиками. Более того, эти данные говорят о том, что факторы риска и защиты, связанные с родителями, могут быть изменены методами терапевтического вмешательства. Наши последующие работы привели к уточнению теоретических взглядов и эмпирических методов воздействия на родительское поведение (Liddle et al., 1998).

**Создание альянса между терапевтом и подростком.** Мы изучали воздействие участия во вмешательстве на изначально плохое взаимодействие подростка с терапевтом (Diamond et al., 1999). В выборку входили стоящие на учете в правоохранительных органах злоупотребляющие психоактивными веществами городские подростки,

у большинства из которых имелся двойной диагноз: злоупотребление психоактивными веществами и психическое отклонение (Rove, Liddle & Dakof, в печати). Подростки, проявившие нежелание сотрудничать с терапевтом на первом занятии, находились под наблюдением на протяжении трех последующих встреч. Значимое улучшение достигалось в случаях, когда терапевт прибегал к следующим укрепляющим альянс мерам: опоре на собственный опыт подростка, формулированию личностно-значимых для него целей, демонстрации того, что сам он является союзником подростка. Отсутствие улучшений или ухудшение происходили вследствие постоянных попыток терапевта ознакомить подростка с природой терапии. Кроме того, при улучшении терапевт наращивал свои усилия от занятия к занятию (проявлял настойчивость в достижении альянса с подростком), а при ухудшении — ослаблял его (отказывался от попыток установить рабочий контакт). Эти результаты свидетельствуют, что, хотя общепринятым является ознакомление пациента в начале вмешательства с предстоящим лечением, слишком пристальное внимание к этой стороне дела или затягивание данной стадии означают отсрочку обсуждения того, что является личностно-значимым для подростка, и продуктивные рабочие взаимоотношения не формируются. Детальные описания того, как привлечь подростков к участию в семейной терапии, приводятся во многих работах Г.А.Лиддла с коллегами (Liddle, 1995; Liddle, & Diamond, 1991; Liddle et al., 1992).

**Учет при вмешательстве культурной специфики.** Было проведено исследование того, улучшает ли обсуждение тем, касающихся культурной специфики, готовность участвовать в лечении (Jackson-Gilfort et al., в печати). Выборка состояла из афроамериканцев мужского пола, жителей города, состоящих на учете в правоохранительных органах, злоупотребляющих психоактивными веществами. Обсуждение специфических тем (например, чувства гнева, ярости, отчужденности, перехода от детства к взрослости — того, что значит быть мужчиной-афроамериканцем) сопровождалось как более тесным участием в терапии, так и снижением негативизма уже к следующему занятию. Эти данные говорят о том, что использование некоторых культурно-специфических тем напрямую связано с доверием подростка к процессу терапии. А.Джексон-Гилфорд и Г.А.Лиддл описывают разработку тем, касающихся особенностей развития афроамериканцев, и приводят примеры их клинического использования (Jackson-Gilford & Liddle, в печати).

### **Исследование исходов МСТ**

Золотым стандартом для оценки эффективности лечения по-прежнему остается изучение исходов в контролируемых условиях, несмотря на то, что в адрес этого метода и раздаются крити-

ческие замечания (Persons, 1991; Seligman, 1996). При таком подходе два или более видов клинически действенного лечения сравниваются по признаку эффективности на одной и той же выборке; испытуемые для каждого вида лечения распределяются случайным образом. Дизайн сравнения исходов обладает несколькими методологическими и интерпретационными достоинствами (Basham, 1986; Davison & Lazarus, 1994; Kazdin, 1986): он позволяет информативно сопоставлять модели с теоретически различными и даже противоположными механизмами изменения; контролировать теоретически совпадающие факторы, такие как внимание терапевта, его побуждающее к изменениям поведение, эффект взросления испытуемого; избегать этических вопросов, связанных с отсрочкой лечения, и сомнениями в интернальной валидности из-за предпочтения испытуемыми иных методов лечения. Кроме того, различие в величине эффекта, как правило, оказывается меньше, когда исходы разных видов терапии сравниваются друг с другом (в отличие от сравнения с группой, не получающей лечения, или с группой плацебо), что приводит к более строгой оценке эффективности лечения.

Эффективность МСТ оценивалась при проведении трех контролируемых сравнительных исследований; другие крупные программы продолжают сопоставлять различные версии МСТ на разных подгруппах злоупотребляющих наркотиками подростков. Одно из упомянутых исследований касалось раннего профилактического вмешательства (Hogue et al., в печати; Liddle & Hogue, 2000); два других еще продолжаются (см.: [www.med.miami.edu/ctrada](http://www.med.miami.edu/ctrada)). В одном из завершенных рандомизированных исследований МСТ сопоставлялась с альтернативными методами: мультисемейным образовательным вмешательством — MFEI (multifamily educational intervention; Barrett, 1990) и групповой терапией для подростков — AGT (Adolescent Group Therapy; Concannon, McMahon & Parker, 1989). Первый из них (MFEI) предусматривает создание групп из трех-четырех семей, с которыми терапевт проводит дидактически-интерактивные занятия с целью снижения стресса, рассмотрения факторов риска и защиты, обучения навыкам разрешения семейных проблем и общения; практикуются также семейные «форумы» для обмена новостями и еженедельные обсуждения домашних дел. В рамках AGT группы из шести — восьми подростков занимаются с двумя терапевтами, задачей которых является просвещение в отношении последствий приема наркотиков, проведение групповых дискуссий относительно разделяемых подростками чувств и ценностей, обучение навыкам общения, самоконтроля, самоуважения, разрешения проблем и использования социальной поддержки сверстников. Эти два сравнительных исследования были выбраны ради ясного выявления сходства и различий моделей в предполагаемых ключевых терапевтических меха-

низмах: как МСТ, так и MFEI представляют собой ориентированные на семью вмешательства, основное внимание уделяющие изменению родительского поведения; как МСТ, так и AGT воздействуют преимущественно на создание мотивации и выработку социальных навыков у конкретного подростка; и MFEI, и AGT используют в качестве главного агента изменений групповую поддержку. Дозировка лечебных воздействий во всех трех случаях контролировалась: каждое вмешательство предполагало 14—16 еженедельных терапевтических занятий в медицинском учреждении.

Обследовалась выборка из 95 принимающих наркотики подростков и членов их семей после окончания вмешательства. Критерием включения в группу испытуемых служило употребление марихуаны трижды в течение недели за предшествующие 30 дней или единичный прием другого наркотика (за исключением алкоголя). Средний возраст подростков составил 16 лет; 80 % из них принадлежали к мужскому полу; 51 % были белыми не латиноамериканцами; 18 % — афроамериканцами, 15 % — латиноамериканцами, 16 % — другой этнической принадлежности; 48 % происходили из семей с одним родителем, 31 % — из семей с двумя родителями, 21 % — жили с приемными родителями; средний доход семьи составлял 25000 долларов в год. 51 % подростков принимали несколько наркотиков, 49 % — только марихуану и алкоголь; 61 % имели контакты с отделом по работе с несовершеннолетними правонарушителями. Обследование проводилось в момент включения в выборку, через 6 и 12 месяцев после окончания вмешательства с учетом следующих показателей исхода: употребление наркотиков по самоотчетам подростков, отчеты родителей о поведении подростков, наблюдавшаяся компетентность семьи, средние оценки подростка по основным предметам, по данным школьной администрации.

Общий паттерн результатов говорит об улучшениях во всех трех группах; те подростки, которые участвовали в программе МСТ, продемонстрировали наибольшие и самые разнообразные успехи. У всех испытуемых отмечено снижение приема наркотиков и проявлений отклоняющегося поведения; первый из этих показателей самым позитивным был для МСТ: у 45 % участников МСТ (против 32 и 26 % для AGT и MFEI соответственно) отмечены клинически значимые изменения в приеме наркотиков: при обследованиях через 6 и 12 месяцев их употребление оказалось ниже критерия включения в выборку. Кроме того, только участники МСТ сообщали о значимом улучшении семейной компетентности и школьной успеваемости подростков. Целью МСТ, как ориентированного на семью вмешательства, является изменение семейного функционирования, поскольку неблагоприятное семейное окружение — один из известных детерминантов аддиктивных проблем у подростков. Таким образом, полученные результаты особенно

важны в силу того, что подтверждают один из предполагаемых МСТ механизмов воздействия.

Другой важный психологический фактор защиты, на который нацелена МСТ, академическая успеваемость — давно известный и влиятельный аспект функционирования подростка (Hawkins et al., 1992). Процент подростков, у которых средний балл превысил минимальный проходной, вырос с 25 в начале исследования до 68 % при последующих обследованиях (для AGT и MFEI эти цифры составили 43 и 60 % и 33 и 41 % соответственно). Наконец, МСТ превосходила остальные программы по добросовестности участия испытуемых во вмешательстве: 33 из 45 (73 %) участников МСТ завершили курс полностью; для AGT и MFEI эти цифры составили соответственно 29 из 55 (52 %) и 34 из 52 (65 %).

Во втором исследовании эффективность МСТ сравнивалась с индивидуальной когнитивно-поведенческой терапией подростковой наркомании — СВТ (individual cognitive-behavioral therapy for adolescent drug abuse; Turner, 1992; 1993). СВТ предполагает три этапа. На первом из них — планирование лечения и набор группы — основное внимание уделяется выявлению приоритетных проблем подростка и выработке договора о лечении. Второй предусматривает интенсивное когнитивно-поведенческое вмешательство, цель которого — увеличение компетентности в разрешении проблем и поведенческий контроль над приемом наркотиков. К основным видам вмешательства относятся: заключение соглашения, самомониторинг, тренинг навыков разрешения проблем и общения, выявление поведенческих отклонений, усиление просоциальной активности, выполнение работ по дому. Третий этап посвящен проблемам отказа от наркотиков и предотвращению рецидивов; его целью является улучшение долговременных навыков самоуправления. СВТ была выбрана для сравнения с МСТ, поскольку она широко практикуется и представляет собой эмпирически подтвержденное терапевтическое вмешательство. В обоих случаях лечебные сеансы проводились раз в неделю в медицинском учреждении.

В исследовании эффективности участвовали 224 употребляющих наркотики подростка и их семьи, случайным образом разбитые на две группы. При наборе все подростки отвечали диагностическому критерию злоупотребления психоактивными веществами или зависимости (70 % сообщили о начале приема марихуаны в возрасте до 15 лет), и 78 % из них имели по крайней мере один коморбидный диагноз. Средний возраст участников составлял 15 лет; 80 % принадлежали к мужскому полу; 72 % составляли афроамериканцы, 18 % — белые не латиноамериканцы, 10 % — латиноамериканцы; средний семейный доход равнялся 11 000—13 000 \$ в год, а 41 % семей существовали на социальное пособие.

Большинство испытуемых жили в одном из наиболее криминогенных районов Филадельфии. К моменту исследования 75 % подростков состояли на учете в отделе по работе с несовершеннолетними правонарушителями, а 55 % были условно осуждены.

Прием наркотиков по самоотчетам подростков и экстернализованная и интернализированная симптоматика, по отчетам подростков и их родителей, оценивались в начале исследования, а также через 6 и 12 месяцев после окончания вмешательства. Хотя в результате реализации обеих программ к моменту окончания вмешательства было отмечено значимое снижение приема наркотиков, экстернализованных и интернализованных проблем, только МСТ, возможно вследствие своей всеохватности и многокомпонентности, оказалась способна поддерживать терапевтический успех после окончания лечения. Многофакторная семейная терапия показала значимо отличающиеся от когнитивно-поведенческой терапии результаты: участвовавшие в первой из них подростки сохранили достигнутые улучшения и после окончания вмешательства.

Третье завершено рандомизированное исследование было посвящено изучению эффективности МСТ в разнообразных полевых условиях как части проводившейся Центром лечения злоупотребления психоактивными веществами программы лечения подростков, употребляющих марихуану, — СУТ (Cannabis Youth Treatment — Dennis et al., 2000). Как и в предыдущих исследованиях, МСТ оказала положительное воздействие на наркотизацию и другие виды проблемного поведения, а также способствовала сохранению достигнутых улучшений. В рамках СУТ использовалась версия МСТ, предполагавшая 12—15 занятий на протяжении 3 месяцев. В результате число дней приема марихуаны снизилось на 27 %; при обследовании через 3 месяца 42 % испытуемых по-прежнему воздерживались от приема марихуаны, а почти у 65 % из них за последний месяц не было выявлено симптомов злоупотребления психоактивными веществами.

Программа СУТ была первым исследованием, в котором рассматривались финансовые аспекты МСТ. Его материалы говорят о том, что по этим показателям МСТ выигрывает сравнение с другими разновидностями амбулаторного лечения подростков. Национальным исследованием улучшений в лечении, NTIES (National Treatment Improvement Study; Center for Substance Abuse Treatment, 1998; Gerstein & Johnson, 1999) — одной из немногих программ, дающих формальную оценку стоимости амбулаторного лечения подростков, употребляющих наркотики, — были получены оценки стоимости амбулаторного наркологического лечения подростков национальной репрезентативной выборкой руководителей подобных программ. Эти данные были использованы СУТ как отправная точка для сравнения финансовых показателей пяти ис-

пользовавшихся подходов (Dennis et al., в печати). Инструментом послужила Программа анализа стоимости лечения подростков, злоупотребляющих наркотическими веществами, — DATCAP (Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program; French et al., в печати). Средние еженедельные затраты МСТ оказались ниже минимальной оценки NTIES, которая составила 267 \$ (при средней — 365 \$): средняя еженедельная стоимость лечения одного подростка, получавшего услуги МСТ, равнялась 164 \$. Таким образом, подобные расходы могли быть поддержаны существующим уровнем финансирования (Dennis et al., в печати).

В целом три крупных клинических исследования подтвердили эффективность МСТ как метода лечения подростковых наркотических проблем. Данный подход также продемонстрировал способность воздействовать на факторы защиты, вызывающие продолжающиеся изменения в связанных с наркотиками проблемах. Как отмечает С. А. Браун (Brown, 1993), при обсуждении паттерна излечения употребляющих наркотики подростков, вмешательство должно не только доказывать, что с его помощью можно снизить прием наркотиков как таковой, — его эффективность должна также проявляться в повседневной социальной экологии. Свидетельства того, что МСТ способна изменять дисфункциональные семейные взаимоотношения (Diamond & Liddle, 1996), родительскую практику (Schmidt et al., 1996) и влиять на школьную успеваемость (Liddle et al., в печати), показывают ее соответствие теоретическим и эмпирическим критериям эффективности.

## **Этап 7: изучение пограничных состояний и модераторов**

Плановое развитие вмешательства требует не только оценки успешности лечения данной популяции, но и рассмотрения того, как модель может быть расширена или адаптирована применительно к популяциям, имеющим специфические потребности, отличающимся иным уровнем тяжести симптоматики, не поддающимся вмешательству или оказывающим ему сопротивление.

В настоящее время нами проводится испытание трех модифицированных версий МСТ применительно к выборкам, имеющим профили факторов риска, выраженно отличающиеся от тех, что характеризовали предыдущие выборки. Первая из них представляет собой профилактическую стратегию, рассчитанную на младших подростков из группы высокого риска, проживающих в городах (Hogue et al., в печати; Liddle & Hogue, 2000). Вторая предназначена для подростков, имеющих по крайней мере два диагноза (например, злоупотребление наркотиками и поведенческие нару-

шения) и направленных на лечение в местное медицинское учреждение. Третья является ранним контролируемым вмешательством в отношении употребляющих наркотики подростков (при равном числе представителей мужского и женского пола), имеющих минимальные контакты с правоохранительными органами (средний возраст 14—15 лет). Мы обсудим первую из этих новых программ, поскольку она представляет собой профилактическое вмешательство, значительно отличающееся от терапевтических исследований.

### **Адаптация МСТ для профилактики аддиктивного поведения среди младших подростков, входящих в группу высокого риска**

Основные принципы действия МСТ и важнейшие области вмешательства были адаптированы для создания возрастной экологической модели профилактики употребления наркотиков и отклоняющегося поведения среди младших подростков, входящих в группу высокого риска (Liddle & Hogue, 2000).

Существует мнение, что психотерапевтический подход в отношении подростков с антисоциальными наклонностями приносит относительно небольшой успех в силу чрезмерной нагрузки, налагаемой на терапевтов и на системы лечения, а потому профилактика, особенно ранняя, становится привлекательной альтернативой (Reid, 1993). Это мнение подкрепляется обнадеживающими результатами проведения семейной профилактики употребления наркотиков и антисоциального поведения (Ashery, Robertson & Kumpfer, 1998; Hodue & Liddle, 1999; Kumpfer & Alvarado, 1995); наибольшие эмпирические свидетельства успешности были получены для семейного тренинга навыков (Dishion & Andrews, 1995; Kumpfer, Molgaard & Spoth, 1996; McMahon, Slough & Conduct Problems Prevention Research Group, 1996; Spoth, Redmond & Shin, 1998).

Однако модели семейного тренинга навыков, как правило, сосредотачивают внимание на стимулировании или усовершенствовании внутрисемейных навыков, таких как умение разрешать проблемы, общение, укрепление семейных связей, установление правил поведения и достижение договоренностей, в связи с чем парадигма семейного тренинга навыков может оказаться не очень пригодной для вмешательства в семейную социальную экологию в более широком смысле: для лечения психопатологий родителей, укрепления социальной поддержки семьи, воздействия на многочисленные социальные контексты, служащие факторами риска для подростков и для семейных стрессов, и привлечения внесемейных ресурсов (Blechman, 1998; Griesr & Forehand, 1982; Prinz & Miller, 1996; Tolan & McKay, 1996; Webster-Stratton &



Herbert, 1993). Для детей и подростков, входящих в группу самого высокого риска, возможно, требуется более широкая, всеохватывающая стратегия профилактики, когда поведенческие проблемы находятся еще на начальной стадии (Tolan, 1996), а семьи испытывают наибольший стресс, обнаруживают симптомы дисфункции и пользуются наименьшей социальной поддержкой (Miller & Prinz, 1990).

Благодаря включению МСТ в контекст профилактики мы разработали и опробовали базирующуюся на семье профилактическую модель, адресованную младшим подросткам (11—14 лет), входящим в группу высокого риска (Hogue et al., в печати). Наша модель отличается от стандартных семейных подходов тренинга навыков в двух отношениях. Во-первых, она имеет гибкий дизайн, позволяющий учитывать индивидуальный для каждой семьи профиль факторов риска и защиты и принимать соответствующие профилактические меры. Работа строится по плану «один на один»: терапевт работает с конкретной семьей, и тренинг навыков является вторичным по сравнению с выявлением идиосинкразий, проблем и целей данной семьи и ее членов. Во-вторых, модель обладает ярко выраженной экологической направленностью: проводится постоянная оценка разнообразных социальных контекстов, в которые вовлечен подросток (семья, школа, сверстники, община), и вмешательство в них в случае необходимости. Особое внимание уделяется уровням функционирования подростка во всех этих системах и знанию о них родителей и их прямому участию в каждой системе. Помогая родителям осознанно действовать в роли навигаторов в расширенной экосистеме подростка, мы стремимся создать более гибкую и действенную семейную среду, которая воспрепятствовала бы формированию антисоциального поведения.

## **Заключение и выводы**

В данной главе описана экологически ориентированная семейная возрастная всеобъемлющая терапия, направленная на решение связанных с наркотиками проблем подростков. Хотя более подробно теоретические основы МСТ изложены в других работах (например: Liddle, 1999), здесь прослеживается эволюция модели, основанная на предложенных А. Э. Каздином (Kazdin, 1994) принципах развития вмешательства. Такой подход позволил осуществить практические меры, соответствующие определенным стадиям лечения. Исследования проводились в различных условиях, были направлены на разные популяции подростков, злоупотребляющих наркотиками, — выборки, отличающиеся по соотношению полов, по расовым и этническим признакам.

Значимо позитивные результаты в снижении приема наркотиков были отмечены и после окончания вмешательства, и при последующих (через 12 месяцев) обследованиях, не требуя при этом поддерживающих занятий. Кроме того, изменения в профиле факторов защиты в жизни подростков и их родителей имеют большое значение, поскольку совпадают с рекомендациями по воздействию на семейное функционирование в наиболее важных областях.

Развитие модели в настоящее время происходит в нескольких направлениях. Во-первых, мы продолжаем совершенствовать подходы с учетом различных условий вмешательства и для разных популяций подростков, употребляющих наркотики. В соответствии с этим мы постоянно адаптируем, расширяем и оцениваем эмпирически оправдавшие себя методы применительно к разнообразным условиям лечения. Одной из наших задач в настоящее время является выявление компонентов процессов и исходов при включении МСТ в программу ежедневного лечения злоупотребляющих наркотиками подростков. Мы также изучаем возможности применения подхода в системе медицинской помощи по месту жительства и в связи с этим получаем предложения о сотрудничестве и использовании МСТ в охватывающих целый штат системах лечения подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами. В проектах подобного типа ставятся многие задачи; в их число входят эмпирические исследования, а также вопросы не только адаптации клинических методов, но и подготовки терапевтов и руководства ими. Для удовлетворения этих практических потребностей нами разрабатываются новые руководства и материалы для тренировки.

Продолжается также работа над базовыми аспектами модели вмешательства. Ведутся клинические исследования, направленные на изучение комплексных факторов сопутствующих нарушений у подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами (Rowe et al., в печати), и процессов, специфических для девочек (Dakof, 2000). Эти работы вписываются в основную тематику развития лечения.

Хотя мы изложили всю эмпирическую историю МСТ с точки зрения развития лечения в соответствии с замечательной схемой, предложенной А.Э.Каздином, мы чувствуем необходимость завершить эту главу напоминанием: мы вполне отдаем себе отчет в том, какую роль в данной области играют определенные ценности. Для нас главной ценностью является постоянная приверженность воздействию на семью и непосредственное социальное окружение подростка, который сбился с пути и катится по наклонной плоскости употребления наркотиков, правонарушений, школьных неудач и распада отношений с близкими, социального отчуждения. Кроме того, как напоминают М.Э.Эддис и К.Хэт-

джис, обсуждая политику и проблемы распространения эмпирически действенных видов терапии (Addis & Hatgis, 2000), ценности и практика исследователей не должны ставиться впереди ценностей и практики других людей. Такое напоминание, как и указание на периодическую оценку предпосылок любой исследовательской программы, представляется уместным при завершении обзора наших попыток разработать эффективный метод вмешательства, направленного на разрешение проблем, связанных с употреблением наркотиков подростками.

## **Борьба с курением среди подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами**

*Марк Г. Майерс*

### **Теоретические предпосылки и логические обоснования**

За последние 25 лет в Соединенных Штатах в целом произошло значительное снижение распространенности курения сигарет, однако частота курения среди подростков с 1992 г. продолжает расти (National Institute on Drug Abuse, 1996). Сохранение подростками привычки к курению при взрослении (Johnson, O'Malley & Bachman, 1992; Pierce & Gilpin, 1996) говорит о том, что многие из них подвергаются риску в будущем столкнуться с разнообразными, связанными с курением медицинскими проблемами. Исследования распространенности курения среди подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, показывают, что представители этой группы курят особенно много и сохраняют эту привычку в молодом взрослом возрасте, а связанные с курением проблемы со здоровьем возникают у них еще в подростковом возрасте (Myers & Brown, 1994; 1997). Тем не менее существует довольно мало эмпирических и исследовательских программ, направленных на борьбу с курением среди подростков, и еще меньше — адресованных тем из них, кто злоупотребляет психоактивными веществами (Henningfield, Michaelides & Sussman, 2000; Wagner, 2000). Хотя имеют место многочисленные исследования, посвященные борьбе с курением среди взрослых, работы, выполненные на подростковых популяциях, немногочисленны; более того, даже немногие опубликованные сообщения о таких программах свидетельствуют о незначительном успехе в прекращении курения или об отсутствии такового (Sussman et al., в печати).

Поскольку специфические эмпирические данные весьма ценны, при разработке дизайна нашего вмешательства, направленного на борьбу с курением среди злоупотребляющих психоактив-

ными веществами подростков, мы использовали разнообразные источники: 1) исследования, описывающие самостоятельные попытки подростков отказаться от курения; 2) данные о возрастном развитии; 3) исследования мотивации к поведенческим изменениям; 4) стратегии, применявшиеся в борьбе с курением среди взрослых; 5) сведения, касающиеся специфики популяции подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами.

Дизайн нашего вмешательства основывался на биоповеденческой модели (Dopovan, 1988), в рамках которой аддикция рассматривается как процесс, включающий как биологические (физическая зависимость, фармакологическое подкрепление), так и социальные поведенческие факторы (влияние окружения, школьная успеваемость, знания и отношения). Имеющиеся литературные данные говорят о существенных различиях между подростками и взрослыми в протекании аддикции применительно к широкому спектру психоактивных веществ, включая никотин (Brown, Vik & Creamer, 1989; Kassel, 2000; Myers & Brown, 1996). Это подчеркивает важность учета возрастных аспектов и специфических для подростков факторов риска при разработке дизайна исследования и вмешательства применительно к подростковой популяции. В настоящее время концептуальным базисом борьбы с курением является модифицированная биоповеденческая модель, использующая когнитивные и поведенческие стратегии воздействия как на биологические (например, никотиновую зависимость), так и на психосоциальные факторы (например, влияние сверстников). Поэтому в описываемом ниже вмешательстве особое внимание уделяется выявлению роли курения в жизни подростка и предлагаются стратегии и техники, направленные на снижение никотиновой зависимости и изменение связанного с курением поведения.

### **Корреляты и предикторы отказа подростка от курения**

Этиологии курения посвящена обширная литература, и имеющиеся данные говорят о том, что факторы, влияющие на приобретение к курению, отличаются от тех, которые связаны с отказом от него (Ary & Biglan, 1988; Leventhal & Cleary, 1980). Постоянно появляются свидетельства того, что многие подростки хотели бы бросить курить (Karle et al., 1994; Sargent, Mott & Stevens, 1998) и часто предпринимают такие попытки по собственной инициативе (Ershler et al., 1989; McNeill et al., 1986), однако, как правило, терпят в этом неудачу (Ershler et al., 1989; Hansen, 1983). Корреляты отказа от курения и рецидива, выявленные при исследованиях попыток добровольного прекращения курения, служат ценными индикаторами того, какие факторы нуждаются в оценке и модификации при вмешательстве. Обзоры литературных данных, касающихся прекращения подростками курения, указывают на

роль никотиновой зависимости (Ary & Biglan, 1988; Hansen, 1983), психосоциальных факторов, особенно влияния сверстников (Chassin, Presson & Sherman, 1984; Ershler et al., 1989) и связанных с курением знаний и отношений (Chassin, Presson & Sherman, 1984; Hansen et al., 1985).

### **Возрастные показатели**

Важнейшим аспектом при работе с курящими подростками является учет влияния сверстников — неотъемлемой части возрастного развития. Подростки-курильщики, даже имеющие проблемы, связанные с приемом психоактивных веществ, выкуривают значительно меньшее количество сигарет, чем взрослые, — чаще всего не больше 10 сигарет в день (Myers & Brown, 1994). Хотя физическая зависимость от табака играет важную роль, роль влияния сверстников не менее важна. Она в наибольшей мере может быть понята в контексте подростковой социальной идентичности (Eiser & van der Pligt, 1985; Leventhal et al., 1991). В частности, сигарета для подростка является средством знакомства и взаимодействия с другими и таким образом выполняет определенную функцию в развитии его независимой идентичности. Поскольку курение является нормативным среди подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, взгляды на роль сигареты применительно к социальной идентичности и навыки преодоления соблазна закурить могут оказаться важными факторами в процессе отказа от курения.

### **Мотивация к изменению поведения**

Мотивация имеет решающее воздействие на изменение аддиктивного поведения (Miller & Rollnick, 1991; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Мотивационные аспекты могут оказаться особенно важными для курящих подростков, как о том свидетельствуют затруднения в их привлечении к программам отказа от курения (Peltier, Telch & Coates, 1982). Как правило, подростки менее мотивированы изменить свое поведение в отношении курения, чем взрослые, так как еще не столкнулись с его негативными последствиями (Flay, 1993). Злоупотребляющие психоактивными веществами подростки особенно склонны воспринимать курение как норму, поскольку сталкиваются с высоким распространением курения в своем окружении (например, общаясь с другими наркоманами или с находящимися на лечении друзьями). Техники усиления мотивации, таким образом, чрезвычайно важны при проведении вмешательства на популяции злоупотребляющих психоактивными веществами подростков, особенно тех, кто изначально не испытывает особого желания изменить свое пове-

дение в отношении курения. Выявление препятствий к участию в программе и поддержание мотивации к изменениям — важнейшие компоненты вмешательства, направленного на отказ от курения среди злоупотребляющих психоактивными веществами подростков.

### **Стратегии борьбы с курением среди взрослых**

Литература по борьбе с курением среди взрослых — ценный источник сведений о техниках, которые могут быть использованы при вмешательстве, направленном на борьбу с курением среди злоупотребляющих психоактивными веществами подростков. Эффективность поведенческих методов при проведении подобных программ среди взрослых подтверждается многими публикациями (Baillie et al., 1994). Лечение взрослых с целью добиться их отказа от курения обычно предусматривает снижение никотиновой зависимости, использование техник поведенческого контроля и стратегий предотвращения рецидива (Brown & Emmons, 1991). В настоящее время нет сведений о том, какие именно компоненты комплексных программ по борьбе с курением дают наибольший эффект (Најек, 1994), поэтому представляется желательным с самого начала вмешательства использовать многокомпонентный подход к лечению курящих подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами.

Ценность использования техник снижения уровня никотина (т. е. постепенного уменьшения числа выкуриваемых сигарет или замены сигарет содержащими никотин пластырем или жвачкой) определяется имеющимися свидетельствами того, что большое потребление табака служит предиктором сопротивления подростков отказу от курения (Ary & Biglan, 1988; Ershler et al., 1989; Hansen, 1983). По сравнению со взрослыми подростки имеют относительно небольшой стаж курения, обычно выкуривают меньше сигарет в день и в результате могут испытывать меньшую физическую зависимость от табака (Kassel, 2000). Однако современные данные указывают на то, что они все же испытывают неприятные ощущения при попытке отказаться от курения (Ershler et al., 1989), что подтверждает целесообразность использования стратегий снижения уровня потребления никотина или его замещения (Patten, 2000).

То, что подростки курят в разных местах и ситуациях (дома, при просмотре телепередач, во время общения с друзьями), говорит о пользе применения поведенческих стратегий контроля над стимулами, нацеленных на разрушение ассоциаций между курением и определенным местом или ситуацией (Biglan et al., 1984). Техники управления побуждениями или сильными желаниями также могут сыграть важную роль в отказе подростков от курения.

Более того, значительная частота рецидивов при попытках подростков бросить курить (Ershler et al., 1989; Hansen, 1983; Sussman et al., 1999) свидетельствует о необходимости использования стратегий, их предотвращающих.

### **Вопросы, касающиеся злоупотребления психоактивными веществами**

Опасения, касающиеся возможности негативного эффекта отказа от курения во время избавления от употребления алкоголя или приема наркотиков, представляют собой потенциальное препятствие для борьбы с курением среди подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами (Bobo & Gilchrist, 1983; Bobo et al., 1987). Исследования, изучающие прекращение курения лицами, злоупотребляющими алкоголем или наркотиками, не выявили влияния попыток отказаться от курения на рецидивы употребления алкоголя или наркотиков (Hughes, 1993; Martin et al., 1997; Sees & Clark, 1993). Более того, в нескольких работах было показано, что среди бросивших курить частота рецидивов приема психоактивных веществ весьма низка (Bobo et al., 1987; Martin et al., 1997), и, напротив, стойкая привычка к курению у злоупотребляющих психоактивными веществами подростков ассоциируется с большей алкоголизацией или наркотизацией впоследствии (Myers & Brown, 1997). Все эти данные говорят о том, что прекращение курения не играет негативной роли для воздерживающихся от алкоголя или наркотиков подростков. Тем не менее клиницисты должны помнить о подобных опасениях и рассеивать их в случае возникновения.

## **Описание вмешательства**

### **Оценка ситуации**

Биоповеденческий взгляд на аддикцию требует разносторонней оценки ситуации (Dopovan, 1988), и курение также должно рассматриваться в широком контексте. Главной целью оценки является понимание факторов, провоцирующих курение: никотиновой зависимости, давления социального окружения, стремления управлять настроением, — и выявление препятствий к изменению поведения. Области, требующими оценки, являются степень никотиновой зависимости, связанные с курением стимулы, различные контексты, в которых происходит курение, представления об ожидаемом эффекте курения и позитивных и негативных его последствиях. Хотя в идеальном случае оценка предполагает использование многочисленных источников, ограничения



клинической практики, как правило, заставляют полагаться на информацию, получаемую от подростков. Их самоотчеты о курении обычно оказываются достаточно надежным источником (Barnea, Rahav & Teichman, 1987); к ним можно добавить результаты самомониторинга и в случае необходимости данные биохимических анализов.

Оценка приверженности к курению может быть произведена относительно быстро; она предоставляет исходную информацию для мониторинга дальнейшего прогресса и для укрепления мотивации к изменению поведения (Miller & Rollnick, 1991). Учитывая имеющиеся данные о вовлеченности подростков в курение, информация о прошлых и настоящих паттернах курения каждого подростка бывает полезна для оценки степени его приверженности к курению. Следует собрать следующие сведения: возраст, когда была выкурена первая сигарета; возраст, в котором началось регулярное (еженедельное) курение; возраст начала ежедневного курения; количество предыдущих попыток бросить курить; длительность отказа от курения при предыдущих попытках бросить курить. Тщательная оценка паттерна курения (например, самомониторинг в течение недели) особенно важна при работе с подростками из-за того, что на протяжении недели происходят значительные колебания в потреблении сигарет.

Следует отметить, что лишь немногие показатели употребления табака и курения среди подростков подвергались психометрической оценке. Более того, поскольку не существует общепринятых схем вмешательства с целью добиться отказа от курения, диагностика никотиновой зависимости применительно к подростковой популяции может иметь весьма ограниченную применимость. Тем не менее в силу того, что при изучении отказов от курения по собственной инициативе степень вовлеченности в табакокурение служила предиктором успешности таких попыток (Sussman et al., в печати), можно рекомендовать постоянную оценку никотиновой зависимости. Хотя психометрические данные, касающиеся подростков-курильщиков, немногочисленны, предварительные результаты говорят о пользе использования предназначенного для подростков опросника Фагерстрема (Prokhorov et al., 1996). Этот инструмент представляет собой краткий (из семи пунктов) самозаполняемый опросник, выявляющий степень никотиновой зависимости (ответам присваиваются баллы от 0 до 9).

### **Обзор вмешательства**

Описываемая ниже программа была разработана для подростков, находящихся на лечении по поводу злоупотребления алкоголем или другими наркотиками. Однако это многоплановое вмешательство может осуществляться и независимо от антинаркотиче-

ских мер. Учитывая предыдущий опыт, мы считаем, что его лучше всего проводить в группе, хотя предлагаемые меры могут быть адаптированы и для индивидуального применения.

### **Структура занятия**

Занятие начинается с обзора и обсуждения предшествовавшего материала и практики; затем вводится новый материал и осваиваются новые навыки и техники. Ключевые моменты записываются на доске по ходу занятия.

Поскольку подростковый возраст характеризуется стремлением добиться независимости и автономии, важно обеспечить обратную связь, касающуюся воспринимаемой пользы и важности обсуждаемого на занятии материала. Необходимо обеспечивать разносторонность содержания и его практическую направленность, с тем чтобы заранее выявить факторы, препятствующие охотному участию подростков в занятиях. Подход, предполагающий сотрудничество, важен для уменьшения сопротивления и большего соответствия вмешательства возможностям и мотивации каждого участника.

Перед тем как ввести новую тему, обсуждаются ее теоретические обоснования, соответствующие биоповеденческому характеру вмешательства. Чтобы улучшить восприятие и принятие каждой темы, приводятся и обсуждаются примеры из собственного опыта подростков, значимые для большинства из них. Печатные материалы по каждой теме, содержащие подробное изложение специфических примеров, могут помочь усвоению содержания занятия и способствовать практическому применению новых навыков.

Модификация поведения и выработка навыков способствуют снижению потребления сигарет и предоставляют возможность репетировать применение новых умений. Очень важен вклад самих пациентов в выбор конкретных видов и деталей практических заданий. С целью минимизации проблем с участием подростков лучше ограничивать число практических заданий, поскольку они могут напоминать школьные уроки. Особенно важно выбирать такие виды деятельности, которые могут быть успешно завершены на занятии, так как это укрепляет самооффективность.

### **Содержание занятий**

Вмешательство включает шесть тематических модулей, каждый из которых соответствует содержанию примерно одного занятия (в нашей программе курс лечения состоит из шести занятий). Однако количество времени, посвящаемого каждой теме, должно определяться исходя из потребностей, возможностей и уровня мотивации подростков.

## **Введение и философия вмешательства**

В начале лечения с членами группы обсуждаются теоретические основания и философия вмешательства. Подчеркивается, что участие в программе не гарантирует неперенного прекращения курения. Целью создания группы скорее является изучение опыта и мыслей каждого участника по поводу курения и получение информации о никотиновой зависимости: каждый участник сам ответствен за то, какие цели по изменению поведения он перед собой ставит. Такое введение направлено на снижение сопротивления и усиление стремления участвовать в программе.

Кроме того, подросткам предлагается поделиться своим опытом относительно курения сигарет. Дискуссия начинается с предложения каждому члену группы описать свой первый опыт курения («Что тогда происходило?», «Почему ты решил попробовать?») и полученные при этом впечатления («Что тебе понравилось или не понравилось?»), а также рассказать о прогрессировании курения («Сколько времени прошло, прежде чем ты начал курить регулярно — еженедельно или ежедневно?»). Затем членам группы предлагается поделиться воспоминаниями о предыдущих попытках бросить курить («Пытался ли ты раньше бросить курить?», «Сколько раз?», «Что ты для этого делал?», «Каковы были ощущения?», «Что привело к тому, что ты снова начал курить?»). После того как подростки опишут свой опыт, терапевт обобщает сказанное, обращая внимание на сходство и различие между рассказами членов группы. Полученная во время дискуссии информация полезна для понимания индивидуальных различий участников и дает важный материал для будущих занятий.

### **Тема 1. Укрепление мотивации и постановка цели**

После завершения вводной дискуссии занятие посвящается рассмотрению позитивных и негативных следствий курения с целью усиления мотивации к поведенческим изменениям благодаря созданию двойственного отношения к курению.

Изучение темы начинается с утверждения, что члены группы должны получать какую-то пользу от курения сигарет, и с просьбы перечислить положительные стороны соответствующего поведения, которые записываются на доске. Целью этого упражнения является составление полного списка подкреплений. После перечисления положительных аспектов участникам предлагается назвать те характеристики курения, которые им не нравятся. Выявление негативных аспектов полезно для создания мотивации к изменениям: создается двойственное отношение к курению. Сферами, в которых проявляются отрицательные последствия курения,

ния, являются ухудшение здоровья, финансовые потери, неодобрение общества и развитие аддикции. Для каждой из них приводятся конкретные и касающиеся непосредственно членов группы примеры (например, такие медицинские факты, как: «Мне стало труднее дышать», «У меня появилась астма»). Негативные последствия, которые лично касаются участников, скорее вызовут желаемый эффект, нежели общие высказывания типа «Мне это вредно». После того как составлен полный список, подросткам предлагается назвать самые неприятные или самые нежелательные из отрицательных последствий курения.

После обзора названных самими подростками положительных и отрицательных аспектов курения им предоставляется информация, касающаяся подросткового курения: с помощью ряда вопросов выявляются негативные факты или распространенные заблуждения.

*1. Как долго ты собираешься курить / Когда, ты думаешь, ты можешь бросить курить?*

Получив ответы на этот вопрос, участникам сообщают реальные научные данные о трудности преодоления этой привычки, например: о среднем возрасте прекращения курения теми, кто начал курить в подростковом возрасте (Pierce & Gilpin, 1996); о том, что 80 % их сверстников, находившихся на лечении по поводу злоупотребления психоактивными веществами, продолжают курить через четыре года после окончания вмешательства; о том, что продолжающие курить люди с большей вероятностью становятся алкоголиками и наркоманами, чем те, кто бросил курить (Myers & Brown, 1997).

*2. Какая часть учеников твоей школы курит сигареты?*

Участникам предоставляется информация о нормативной, соответствующей возрасту и полу распространенности курения в противовес тем преувеличенным представлениям о курении сверстников, которые распространяют курящие подростки: такая информация может быть почерпнута из материалов национальных исследований (например, опубликованных National Institute on Drug Abuse, 1996), хотя лучше воспользоваться местными сведениями, если таковые имеются. Если подростки обнаружат, что уровень их курения значительно выше, чем у их сверстников, это может способствовать их решению сократить употребление сигарет или отказаться от курения.

*3. Какова, по твоему мнению, стоимость производства табачной компанией пачки сигарет?*

По оценкам Американского онкологического общества, производство одной пачки сигарет обходится примерно в шесть центов (не считая расходов на рекламу и т. п.). Подросткам предлагается обсудить разрыв между себестоимостью пачки сигарет и той ценой, которую приходится за нее платить.

**Постановка цели.** Участники побуждаются к выбору собственных целей, которые могут быть ими достигнуты в процессе лечения. Подчеркивается ответственность каждого за принимаемое решение («От тебя самого зависит, что ты получишь от занятий»). Предлагается перечень возможных целей: на одном конце спектра — участие в занятиях группы и знакомство с последствиями курения и техниками отказа от него, на другом — прекращение курения. Каждому подростку предлагается определить свою цель, что отражается в контракте, который подписывают подросток и терапевт.

**Предлагаемые практические меры.** В конце первого занятия терапевт задает вопрос: заинтересованы ли участники в том, чтобы больше узнать о собственной привычке к курению. Как средство для достижения этой цели проводится самомониторинг. Членам группы рекомендуется вести мониторинг курения с помощью «оберток» — маленьких списков, которые могут уместиться в пачке сигарет и где подросток отмечает день и время, когда он закуривает: «Запиши, прежде чем закурить».

## **Тема 2. Никотин**

Рассмотрение данной темы начинается с приглашения поделиться своими взглядами на никотин как вызывающее аддикцию вещество. Членам группы предлагается сказать, считают ли они никотин таковым, и если да, то почему. Участников также просят дать определение аддикции и сказать, соответствует ли никотин такому определению. Никотин сравнивается с другими наркотиками, знакомыми подросткам. Терапевт направляет дискуссию в сторону обсуждения факторов, общих для вызывающих аддикции психоактивных веществ, подкреплений, привыкания и неприятных ощущений в случае лишения, а также трудностей прекращения приема и рецидивов.

Обсуждается наркотическое действие никотина. Например: «Никотин считается наркотиком из-за своего эффекта — он действует как стимулянт и заставляет чувствовать бодрость и подъем. Курильщики также описывают приятные ощущения — удовольствие, снижение тревожности и напряжения». При обсуждении стимулирующего эффекта никотина следует использовать примеры, которые раньше приводили члены группы. Описываются многочисленные формы воздействия никотина и подчеркивается, что, хотя это в первую очередь стимулирующий наркотик, им часто пользуются для преодоления стресса и тревожности; иногда думают, что никотин помогает снять такие ощущения, как депрессия и скука. Подчеркивается, что один и тот же наркотик — никотин — может оказывать множество разнообразных воздействий.

Затем обсуждаются концепции привыкания и неприятных ощущений в случае лишения возможности курить. Поскольку подростки, злоупотребляющие психоактивными веществами, имеют богатый опыт в отношении алкоголя и других наркотиков, им предлагается поделиться своим пониманием этих концепций. Привыкание описывается как привычка организма к определенному веществу, в результате которой для достижения того же эффекта приходится принимать все большие дозы. После того как члены группы ознакомятся с этим понятием, задается вопрос о том, испытывали ли они эффект привыкания. Показательным примером привыкания служит сравнение физических последствий первого опыта курения (обычно это головокружение и/или тошнота) с тем, что курильщики испытывают, уже приобретя привычку. Главная цель такого обсуждения — показать, что по мере увеличения числа выкуриваемых сигарет для получения одних и тех же ощущений требуется все больше никотина.

При обсуждении неприятных ощущений в случае лишения возможности курить участникам предлагается описать то, что с ними происходило после длительного (по крайней мере в течение нескольких часов) лишения сигарет (например, при предыдущей попытке бросить курить, надолго оказавшись в помещении для некурящих). После этого может быть составлен список последствий лишения возможности курить, имеющих важное значение для членов группы. Типичные проявления такого рода — настойчивое желание закурить, усталость, трудности в концентрации внимания, раздражительность и тревожность. После обсуждения привыкания и неприятных ощущений в случае лишения сигарет полезно сообщить подросткам, что, по данным научных исследований, человек, не осознавая этого, стремится поддерживать определенный уровень никотина в своем организме. Такая информация поможет курящим подросткам понять физиологические процессы, которые могут приводить к неудачам при попытках отказаться от курения.

Затем рассматриваются рецидивы, следующие за попытками бросить курить. Обсуждению этой темы предшествуют рассказы членов группы о таких своих попытках. Подросткам предлагается высказать свое мнение о том, труднее или легче бросить курить, чем отказаться от алкоголя и других наркотиков. Полезным примером испытываемых трудностей служит сравнение частоты рецидивов употребления алкоголя и наркотиков с частотой рецидивов курения после соответствующего лечения. Для наглядности эти сведения даются в виде графиков: на доске вычерчивается кривая частоты рецидивов употребления алкоголя, рядом — такого наркотика, как героин; затем участника предлагается высказать предположения о том, как будет выглядеть график частоты рецидивов курения (в действительности, по данным Hunt, Barnett

& Branch, 1971, эти кривые очень схожи). Такое упражнение помогает подросткам увидеть сходство аддиктивных процессов, вызванных, казалось бы, разными наркотиками.

Перед завершением занятия подводятся итоги: еще раз подчеркивается тот факт, что наркотическое воздействие никотина играет важную роль в формировании привычки к курению и делает трудным отказ от него.

**Снижение количества принимаемого никотина.** Логическим обоснованием снижения количества потребляемого никотина перед прекращением курения является то обстоятельство, что это облегчает отказ от курения, уменьшая неприятные ощущения и настойчивое желание закурить: «Чем меньше зависимость от никотина, тем легче бросить курить». Процедуры, описываемые ниже, служат снижению количества потребляемого никотина, однако они выполняют и другие функции в процессе отказа от курения. Например, каждая стратегия включает поведенческие компоненты, способствующие процессу изменения поведения (например, замена используемой марки сигарет может изменить характеристики стимулов курения; курение по определенному расписанию разрушает условные рефлексы и дает возможность научиться сдерживать позывы к курению). К тому же наличие выбора позволяет участникам определять собственную стратегию. Наконец, успех таких относительно простых процедур служит укреплению мотивации к изменению поведения.

Терапевт перечисляет и разъясняет методы снижения количества принимаемого никотина, предшествующие отказу от курения; членам группы раздаются печатные памятки, описывающие соответствующие действия.

**Переход к сигаретам другой марки.** Логическое основание для перехода к использованию сигарет другой марки (Pruce, Krapf & Martin, 1981) заключается в том, что переключение на сигареты с меньшим содержанием никотина поможет подростку привыкнуть к меньшей дозе наркотика. Предполагается, что те, кто прибегает к такой стратегии, окажутся менее зависимыми от никотина к тому времени, когда решат отказаться от курения, поскольку употребляемые ими сигареты станут содержать очень мало никотина.

#### *Инструкция по переходу на другую марку сигарет*

А.

1. Переключение на новую марку сигарет должно происходить каждую неделю или две.

2. Снижение содержания никотина должно составлять 0,2 — 0,3 мг при каждом переключении (Федеральная торговая комиссия публикует данные о содержании никотина в популярных марках сигарет).

Б. Переход к другой марке сигарет оказывается наиболее успешным, если строго выполняются следующие правила.

1. Если вам не понравились сигареты выбранной вами марки, попробуйте другую разновидность из той же категории по содержанию никотина.

2. Каждая перемена должна быть «чистой»: не следует курить сигареты прежней марки после перехода к новой. Закончите курить приобретенные сигареты и после этого осуществите переход к новой марке. Не курите сигареты с более высоким содержанием никотина, если они будут вам предложены.

3. Придерживайтесь своего выбора. После того как вы решили, какую марку сигарет будете курить, купите столько пачек, сколько вам хватит на неделю. Таким образом, вы не окажетесь без сигарет нужной вам марки.

4. Дайте себе время привыкнуть к новой марке. Вашему организму требуется время, чтобы привыкнуть к более низкому уровню потребления никотина, — обычно на это уходит три-четыре дня. Будьте терпеливы.

**Уменьшение числа выкуриваемых сигарет.** Цель данной стратегии — постепенное уменьшение числа выкуриваемых сигарет: обычно рекомендуется снижение на 15—20 % в неделю. Идея заключается в том, чтобы исключить «второстепенные» сигареты и оставить только «излюбленные». Часто помогает такой прием: отсчитать в начале каждого дня запас сигарет на день и оставить в пачке только его. Это облегчает соблюдение лимита и поможет бороться с искушением выкурить больше. Самомониторинг с помощью «оберток» также позволяет контролировать число выкуриваемых сигарет.

**Курение через фиксированные промежутки времени.** Эта техника предполагает установление минимального интервала между двумя последовательно выкуриваемыми сигаретами (Cinciripini, Welter & McClure, 1997). Промежуток устанавливается в зависимости от среднего числа ежедневно выкуриваемых сигарет. Например, подросток, привыкший выкуривать 10 сигарет в день, может начать с 45-минутного интервала.

#### *Инструкция для курения через фиксированные промежутки времени*

1. Начните с того, чтобы курить один раз за 45 минут (дайте пройти 45 минутам между двумя сигаретами, которые вы выкуриваете).

2. Постарайтесь каждый раз выкуривать только одну сигарету.

3. Каждые несколько дней увеличивайте промежуток между выкуриваемыми сигаретами на 15 минут, если такое расписание не вызывает дискомфорта. Увеличьте интервал, когда почувствуете, что готовы к этому.

4. Данный метод сработает, только если вы будете придерживаться расписания. Вполне можно обходиться без сигареты дольше, чем требуется по расписанию, но не курите чаще, чем им предписано.

5. Если вы сорветесь, вернитесь к предыдущему этапу или установите расписание с меньшими промежутками, но не начинайте курить в любой момент, как только вам этого захочется.



**Предлагаемые практические меры.** Спросите членов группы, не хотят ли они испытать одну из стратегий снижения потребления никотина, и предложите каждому выбрать ту, которая ему понравится. Тем, кто решит сократить число выкуриваемых сигарет, помогите рассмотреть ежедневный распорядок курения и выбрать, от какого количества сигарет они смогут отказаться. При переходе к другой марке сигарет помогите подростку выбрать доступную марку и убедитесь, что он сможет ее приобрести. При использовании фиксированных интервалов между выкуриванием сигарет начальное расписание должно соответствовать существующему паттерну курения.

### **Тема 3. Курение — выученная привычка**

Обсуждение причин курения служит введением к рассмотрению идеи о том, что курение является выученной привычкой. Члены группы составляют список всех ситуаций, приводящих к курению. Этот список служит иллюстрацией того, что курение — укоренившаяся привычка, вид поведения, которое регулярно повторяется в сходных ситуациях, так что становится почти автоматическим. Полезным примером, демонстрирующим частоту такого поведения, служит подсчет затяжек, имевших место на протяжении года: среднее число затяжек одной сигаретой (десять) умножается на среднее число ежедневно выкуриваемых сигарет и на число дней в году. Получившееся число подчеркивает частоту такого поведения, как курение.

Затем рассматривается понятие «триггер». В широком смысле слова, триггер — это нечто, увеличивающее вероятность закуривания: любое событие, человек, место или предмет, ассоциирующийся с курением (составленный ранее список ситуаций, в которых имело место курение, служит перечнем триггеров). Для иллюстрации этого понятия полезно использовать упрощенную поведенческую последовательность: триггер вызывает желание закурить, а желание закурить вызывает соответствующее поведение (рис. 12.1). Рассмотрение указанной последовательности помогает подросткам осознать следующее: триггеры являются результатом научения как следствия повторяющихся ассоциаций с курением и становятся одной из причин трудностей отказа от курения, так как служат напоминанием о возможности закурить; поскольку триггеры являются результатом научения, от них можно отучиться. Поведенческая последовательность — важный инструмент де-

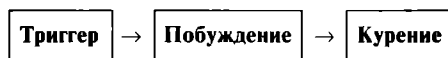


Рис. 12.1. Поведенческая последовательность, приводящая к курению

монстрации методов «отучения» от привычки, которой является курение.

**Разрушение триггеров (контроль над стимулами).** Исходным методом, применяемым для изменения ассоциаций между триггером и курением, является стратегия контроля над стимулами или сведения к минимуму ситуаций, провоцирующих курение. Логическое обоснование данной стратегии заключается в следующем: отказ от курения в ответ на действие триггера ведет к ослаблению, а затем и разрушению ассоциации. «Место для курения» — стратегия, предназначенная для отучения от триггера: установление единственного места, предназначенного для курения, ослабляет действие триггеров, связанных с другими местами. Сначала эта стратегия применяется дома, а затем, если это возможно и желательно, в школе и на работе.

#### *Инструкция по выбору «места для курения»*

1. Выберите дома такое место, где вы обычно не курите.
2. Выберите такое место, где вы обычно не общаетесь, не разговариваете по телефону, не едите, не смотрите телевизор, не читаете и т. д.
3. Выбранное вами место должно быть таким, где единственным вашим занятием было бы курение. Идея заключается в том, чтобы у вас не возникло ассоциации между этим местом и любым другим видом деятельности: именно поэтому не следует выбирать любимое место в доме.
4. Не выбирайте настолько неудобное место, что вы в конце концов начнете курить в других помещениях.
5. Если вы забудете о своем решении и закурите в другом месте, перейдите в «место для курения» или потушите сигарету и не закуривайте, пока не окажетесь в отведенном для этого месте.

**Предлагаемые практические меры.** Узнайте, кто из членов группы хотел бы выбрать себе «место для курения», и помогите каждому выбрать такое место дома. Критерии такого выбора обсуждаются на занятии; подчеркивается важность отказа, пока вы курите, от других видов поведения (например, разговоров).

#### **Тема 4. Управление побуждениями**

Обсуждение стратегий управления или контроля над побуждениями начинается с рассмотрения поведенческой последовательности и такого ее звена, как побуждение. Логическое обоснование указанных стратегий заключается в ослаблении ассоциации между триггером и курением в результате отказа от курения в ответ на побуждение или настойчивое желание, что ведет к отучению от вредной привычки. Для иллюстрации этого положения участникам предлагается обсудить свои побуждения или настойчивые желания в отношении алкоголя или других наркотиков: «Что вы

делаете, если испытываете определенное побуждение?» «Сколько времени оно длится?» «Различаются ли побуждения теперь и тогда, когда вы только что отказались от употребления психоактивных веществ?»

Ответы участников используются для иллюстрации того, что:

1) побуждения возникают и проходят: желание закурить обычно длится 10—15 минут, а потом ослабевает;

2) со временем настойчивые желания появляются реже и бывают менее сильными в результате разрушения ассоциаций;

3) членам группы удается добиться успеха в управлении своими побуждениями в отношении алкоголя и других наркотиков.

Затем рассматриваются стратегии управления побуждениями. Членам группы предлагается обменяться сведениями о техниках, благодаря которым им удавалось справляться с тягой к алкоголю и другим наркотикам, и высказать предположения о том, будут ли эти методы столь же результативны в отношении курения (подростки часто говорят о том, что преодолеть побуждение курить трудней из-за того, что в их окружении курение — обычное явление). Подробно разъясняется и обсуждается стратегия контроля над побуждениями — DEADS:

- D — Delay (отсрочка);
- E — Escape (уклонение);
- A — Avoid (избегание);
- D — Distract (отвлечение);
- S — Substitute (замена).

*Отсрочка (delay)*. Простейший способ управления побуждением — дождаться, пока оно ослабеет; настоятельные желания тускнеют примерно через 10—15 минут — без закуривания сигареты. Помогает положительное отношение к исчезновению побуждения, например: «Это ненадолго, желание пропадет» или «Мне хотелось бы закурить, но я этого не сделаю, потому что на самом деле сигарета мне не нужна». Самое важное — помнить, что со временем побуждение исчезнет.

*Уклонение (escape)*. Другой техникой борьбы с настойчивым желанием является игнорирование триггера, который его вызывает. Например, можно встать и покинуть то место, где другие курят.

*Избегание (avoid)*. Надо стараться избегать ситуаций, в которых возникает соблазн закурить. Например, лучше не посещать места, где люди чаще всего курят, во время попытки сократить число выкуриваемых сигарет или бросить курить. Это особенно важно в первые дни или недели с момента отказа от курения.

*Отвлечение (distract)*. Еще один способ контролировать побуждение — продолжать заниматься тем делом, которым вы занимались в момент появления сильного желания закурить, или заняться чем-нибудь еще. Существует много занятий, отвлекающих от ку-

рения: чтение интересной книги или журнала, просмотр телепередач, музыка, прогулка, душ. Спорт и физические упражнения являются превосходной действенной формой отвлечения.

*Замена (substitute).* Замена сигарет чем-нибудь другим — эффективный способ контролировать побуждение закурить. Например, конфеты или жвачка без сахара, фрукты или безалкогольные напитки вполне могут заменить сигарету. Полезные для здоровья замены особенно важны для тех, кто озабочен прибавкой веса, возникающей после отказа от курения. Можно также жевать зубочистки: «чтобы рот был занят». Каждый должен найти для себя то, что заменяло бы сигарету. Это особенно важно в ситуациях, которых трудно избежать (например, при общении с друзьями или посещении собраний «Анонимных алкоголиков» или «Анонимных наркоманов»).

На занятии последовательно рассматриваются все стратегии. Члены группы приводят соответствующие примеры. В качестве упражнения им предлагается описать обычную ситуацию, когда они сталкиваются с триггером, и решить, какая из стратегий DEADS будет полезна в данных обстоятельствах.

Проводится параллель между прекращением курения и успешным преодолением злоупотребления алкоголем или наркотиками: ключевым фактором является освоение техник управления побуждениями и настойчивыми желаниями. Стратегии DEADS представляют собой инструменты, которые можно использовать при отказе от курения, а хороший набор инструментов увеличивает шансы на успех. Важно, чтобы каждый подросток испробовал разные стратегии и мог выбрать наиболее для себя подходящую.

**Предлагаемые практические меры.** Относительно легким упражнением по контролю над побуждениями является попытка каждый день откладывать исполнение желания закурить на 15 минут. Предложите каждому члену группы описать ситуацию или триггер, в отношении которых он будет практиковать контроль над побуждением, и указать, какой стратегией он будет пользоваться. Практика контроля над побуждениями после дальнейших занятий может состоять в постепенном увеличении промежутка времени между испытанным желанием закурить и закуриванием сигареты (например, начав с 15-минутной отсрочки, увеличивать этот интервал каждую неделю на 10—15 минут), а также в контролировании в ответ на столкновение с различными триггерами.

#### *Инструкция по контролю над побуждениями*

1. Выждите 15 минут с того момента, когда ощутили побуждение, до закуривания сигареты.
2. Используйте различные стратегии DEADS для выяснения, которая из них больше всего вам подходит.

3. Начинайте с управления относительно легко подавляемым желанием, а не с тем, с которым трудно справиться: например, утренним выкуриванием первой сигареты.

## **Тема 5. Социальная поддержка и умение сказать «Нет!»**

Изучение данной темы начинается с обзора социальных ситуаций, которые выступают в роли триггеров курения. Основное внимание уделяется восприятию роли курения в подобных обстоятельствах. Например, членам группы задается вопрос: считают ли они, что курение является видом поведения, который облегчает знакомство с новыми людьми, придает уверенность при общении со сверстниками или создает особую атмосферу доверительности. Им предлагается представить, как бы они себя чувствовали в этих же ситуациях, если бы не курили: как реагировали бы на это окружающие, что ощущали бы они сами. Обсуждая подобные вопросы, полезно рассмотреть их с разных позиций: например, как подростки относятся к некурящим или к тем своим друзьям, которые пытаются отказаться от курения. Дискуссия завершается напоминанием о тех потенциальных трудностях, с которыми сталкиваются некурящие в компании сверстников или в ином обществе.

За обсуждением социальной роли курения следует обучение навыкам привлечения социальной поддержки и отказа от предложенной сигареты. Подчеркивается значимость социальной поддержки для того, чтобы отказ от употребления алкоголя или наркотиков оказался успешным. Членам группы предлагается описать, как каждый из них справлялся с давлением окружения в пользу приема алкоголя и наркотиков. При обсуждении стратегий привлечения социальной поддержки следует попросить участников привести конкретные примеры того, кто и каким образом такую поддержку может оказать (например: «Мой лучший друг поддержит меня: не будет курить в моем присутствии и не даст мне сигареты, даже если я попрошу»). Очень важно внушить подросткам, что те люди, которым они небезразличны, захотят помочь им и смогут оказать им поддержку.

Следует также обсудить и мешающие обстоятельства: выделить те виды поведения сверстников и членов семьи, которые делают отказ от курения трудным (например, курение в его присутствии, предложение сигареты, выражение сомнений в способности подростка бросить курить). Членам группы предлагается рассмотреть случаи противодействия окружающих и обсудить, как следует поступать в подобных ситуациях. В контексте навыков проявления настойчивости рассматриваются стратегии отказа от предложенной сигареты. Обсуждение умения проявить настойчивость начинается с описания того, как они понимают эту концепцию. Уме-

ние проявить настойчивость противопоставляется агрессивному и пассивному поведению:

1. Настойчивый человек уважает права других и собственные права.
2. Пассивный человек уважает права других в ущерб собственным.
3. Агрессивный человек уважает собственные права в ущерб правам других людей.

После прояснения концепции настойчивости приводятся конкретные примеры каждого типа поведения. Затем рассматриваются правила настойчивого поведения с использованием приводившихся ранее примеров противодействия отказу от курения.

1. Вы можете контролировать только собственное поведение, а не поведение других. Вы можете попросить других изменить свое поведение, но они вправе отказаться.

2. Важно знать заранее, чего вы хотите от определенной ситуации или обстоятельств.

3. Сообщайте ясно и конкретно о том, чего вы хотите.

4. Обращайте внимание на язык тела; избегайте пассивных или агрессивных поз.

5. Важно выбирать время для проявления настойчивости. Особенно позаботьтесь о том, чтобы сохранять спокойствие и сосредоточенность, обращаясь с просьбой или вступая в спор с кем-нибудь.

6. Высказывая свое мнение, используйте утверждения от первого лица и избегайте таких выражений, как «должен» или «никогда».

7. Критикуя кого-нибудь, говорите о поведении, которое вам не нравится, а не о личных качествах собеседника.

8. Для получения конструктивной обратной связи используйте технику «сэндвича»: начните с позитивного утверждения относительно обсуждаемого предмета или лица, затем выскажите критическое замечание, выслушайте ответ и завершите положительным комментарием.

После рассмотрения правил настойчивого поведения подробно обсудите конкретный пример, противопоставляя следствия пассивного, агрессивного и настойчивого поведения. Полезно проводить ролевые игры, во время которых отрабатываются навыки отказа от нежелательных предложений по сценариям, предложенным членами группы. Участвующие в них пары подростков поочередно исполняют противоположные роли, а руководитель в случае необходимости вносит необходимые коррективы.

**Предлагаемые практические меры.** Очень важно, чтобы навыки привлечения социальной поддержки отрабатывались в ситуациях, обеспечивающих успех. С этой целью первые попытки такого рода должны совершаться в благоприятных условиях (например, в виде обращения за помощью в отказе от курения к близким друзьям или членам семьи). С течением времени подросткам следует начать практиковаться в стратегиях отказа от предложений

закурить, чтобы обеспечить их последующее использование для преодоления этой привычки.

## **Тема 6. Отказ от курения и предотвращение рецидива**

Данная тема представляет собой заключительный модуль вмешательства. Возможно, что некоторые члены группы окажутся еще не готовы к попытке отказаться от курения. Целью рассмотрения вопросов предотвращения рецидива является подготовка подростков к будущему прекращению курения и к возможным в связи с этим трудностям. Обсуждение начинается с рассмотрения уже имевших место попыток членов группы бросить курить и описания того, что давалось им легко, что — трудно и что приводило к рецидиву. На основании этих примеров подробно рассматриваются трудности, связанные с процессом отказа от курения. Подростки должны осознать, что при попытке бросить курить им следует предвидеть необходимость потратить на их преодоление достаточно много времени и энергии.

Члены группы знакомятся с различием между прекращением курения и поддержанием статуса некурения — двумя различными составляющими процесса превращения в некурящего. Понятие «прекращение курения» относится к первым дням или неделям после отказа от сигарет. Это период, когда подросток испытывает абстинентный синдром и самое сильное желание закурить; ему необходимо быть настороже и избегать триггеров. Нужно сосредоточить внимание на том, чтобы предвидеть трудные ситуации и быть готовым к ним. Это достигается выявлением триггеров, сопряженных с особой опасностью рецидива; следует заранее решить для себя, какие стратегии контроля над побуждениями окажутся наиболее полезными. Наибольший риск представляют собой ситуации, в которых подросток сталкивается с триггерами, являющимися частью повседневной рутины. Следует подчеркнуть роль социальной поддержки на стадии отказа от курения, а также напомнить о стратегиях привлечения таковой и о приобретенных навыках отказа в случае предложения закурить.

Поддержание статуса некурения — это стадия, когда проявления абстинентного синдрома и сильного желания закурить становятся слабее. В это время уже нет необходимости постоянно быть настороже и требуется меньше изменений в обыденном поведении, однако сохраняется необходимость предвидеть менее часто встречающиеся триггеры, связанные с риском рецидива. Таковыми могут оказаться эмоции и стрессовые ситуации; следует пользоваться стратегиями их преодоления.

Приводится обзор наиболее часто используемых элементов, предназначенных для взрослых поведенческих программ отказа от

курения. Важным первым шагом является назначение даты отказа от курения и соблюдение принятого решения. После того как дата определена, следует составить план исключения связанных с курением факторов: убедиться, что сигарет дома нет, избавиться от зажигалок и пепельниц, обработать дезодорантом места, где раньше курили (например, комнату или автомобиль). Во время стадии отказа от курения полезно изменить распорядок дня так, чтобы избегать привычных триггеров или уничтожить их (такие действия должны быть знакомы подросткам, поскольку они уже совершали их в процессе подавления побуждений и снижения числа выкуриваемых сигарет). На этой стадии важно минимизировать неприятные ощущения, связанные с абстинентным синдромом. Хотя соответствующие данные относительно подростков отсутствуют, такие меры, как использование содержащих никотин заменителей (пластыря или жвачки), у взрослых курильщиков значительно увеличивают шанс на успех (Patten, 2000). Следует обсудить с членами группы такую возможность, подчеркнув, что заменители не являются панацеей и должны сочетаться со стратегиями изменения поведения. Необходимо проинформировать подростков о преимуществах содержащих никотин заменителей и предупредить о возможности побочных эффектов и опасности курения во время использования пластыря или жвачки.

В настоящее время нет общепринятых рекомендаций по применению подростками никотинового пластыря или жвачки (Patten, 2000). Этой теме следует касаться с особой осторожностью, учитывая широкий разброс видов поведения подростков, связанного с курением. Эмпирическое правило, используемое исследователями, работающими с курящими подростками, заключается в том, что содержащие никотин заменители не подходят тем, кто выкуривает меньше 10 сигарет в день (R. Brown, личное сообщение). Подросткам выдаются памятки, касающиеся пластыря и жвачки, и совет принять решение об их использовании вместе с родителями. Полезно связаться с родителями напрямую, чтобы обсудить с ними возможности использования содержащих никотин заменителей.

Завершает занятие тема предотвращения рецидива. Ситуации, связанные с высоким риском, объясняются подросткам с использованием поведенческой последовательности. Триггерами, вызывающими настойчивое желание закурить после отказа от курения, являются как раз ситуации, связанные с высоким риском. Членам группы предлагается перечислить такие ситуации в своей жизни и выбрать стратегии контроля над побуждениями, вызываемыми специфическими триггерами. Проводится дискуссия по поводу используемых подростками стратегий, выделяются те из них, которые наиболее эффективны в сложных обстоятельствах. На этой стадии важно пробудить стремление к самоэффективности, под-



черкивая некоторые уже достигнутые успехи в изменении поведения. Стресс и гнев являются наиболее часто встречающимися триггерами курения у подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами. Ниже приводится краткий перечень стратегий, направленных на управление ими.

1. Выдержите паузу. Отстранитесь от ситуации, отойдите в сторону, остыньте, сделайте глубокий вдох, медленно сосчитайте до десяти, подумайте о чем-то приятном, что собираетесь сделать.

2. Взгляните на вещи со стороны. Изменение взгляда на ситуацию может помочь превратить ее в менее стрессогенную. Попробуйте сделать следующее:

а) определить, что служит триггером сильного желания закурить. Спросите себя: «Почему мне хочется курить?»;

б) выяснить, в чем состоит ситуация. Спросите себя: «Что на самом деле тут происходит? Как может сигарета мне помочь? Что, на мой взгляд, действительно может мне помочь разрешить проблему?»;

в) придумать, как можно посмотреть на происходящее с других позиций и понять, что происходит; может быть, вы сможете обнаружить в этой ситуации нечто положительное. Спросите себя: «Действительно ли все это так важно? Все ли обстоит так уж плохо?»

3. Поговорите с собой, скажите себе то, что поможет преодолеть желание закурить. Подумайте о тех причинах, которые побудили вас бросить курить: вспомните обо всем хорошем, что несет отказ от курения, и обо всем плохом, что связано с сигаретой. Вспомните, как усиленно вы трудились над тем, чтобы отказаться от курения.

4. Займитесь физическими упражнениями. Физическая активность — прекрасный способ справиться со стрессом и преодолеть побуждение закурить. Это может быть что угодно — прогулка, катание на роликах, пробежка, аэробика, игры с мячом (баскетбол, волейбол); подойдет даже работа по дому или уборка.

## Эмпирические исследования

Результаты осуществления описанной выше программы свидетельствуют о том, что вмешательство приводит к снижению распространенности курения и усилению мотивации к попыткам отказа от него (Myers et al., 1997; Myers, Brown & Kelly, 2000). В групповых занятиях участвовали 35 подростков в возрасте 13—18 лет (40 % из них составили девочки), которые были обследованы через 3 месяца после окончания лечения. Хотя к концу вмешательства бросили курить только двое участников, шестеро подростков воздерживались от сигарет при обследовании через 3 месяца. Более половины учащихся (17 человек) предпринимали на протяжении этих месяцев попытки отказаться от курения. Те, кто пытался бросить курить, сообщали в среднем о 30 днях, когда они не курили; несколько человек предпринимали неоднократ-

ные попытки бросить курить. Таким образом, было выявлено, что в результате вмешательства участники программы прилагали значительные усилия к изменению своего поведения в отношении курения.

Полученные данные не говорят об отрицательном влиянии попыток бросить курить на воздержание от алкоголя или других наркотиков. Хотя результаты не являются статистически значимыми, пропорция рецидивов употребления алкоголя и наркотиков среди тех, кто пытался бросить курить, была ниже, чем среди подростков, таких попыток не предпринимавших (13 и 33 % соответственно). Не отмечено различий в числе дней воздержания от алкоголя и наркотиков между теми, кто пытался и кто не пытался бросить курить. Эти данные служат предварительным свидетельством того, что вмешательство, направленное на достижение отказа подростков от курения, в контексте лечения от аддикции не представляет собой риска для исходов в отношении употребления психоактивных веществ.

По причине отсутствия контрольной группы нельзя сделать выводов относительно эффективности программы. Тем не менее полученные данные подтверждают желательность вмешательств, направленных на борьбу с курением, среди подростков, находящихся на лечении по поводу злоупотребления алкоголем и другими наркотиками, и позволяют надеяться на то, что удастся способствовать прекращению ими курения. Однако имеющиеся к настоящему моменту результаты должны интерпретироваться с осторожностью, поскольку получены они на небольшой выборке и без группы сравнения.

## **Вопросы назначений и сочетаемости препаратов**

На данном этапе специфические рекомендации по назначению и сочетаемости препаратов, предназначенных для борьбы с курением, были бы преждевременны. Следует рассмотреть вопросы статуса излечения от злоупотребления алкоголем и другими наркотиками и психиатрической коморбидности.

### **Подростки в начале процесса выздоровления**

Те подростки, кто борется с пристрастием к алкоголю и другим наркотикам, едва ли добьются успеха в отказе от курения из-за выраженной связи между табаком, алкоголем и наркотиками, однако это обстоятельство не должно служить препятствием для вмешательства. Одним из преимуществ использовавшегося дизайна является его пригодность для разнообразных состояний готов-

**ности к изменению** связанного с курением поведения. Кроме того, многие стратегии и техники, использованные в программе, пригодны для изменения поведения, обусловленного приемом алкоголя и наркотиков, и таким образом могут усилить эти элементы лечения. Предварительные данные говорят о том, что попытки бросить курить не оказывают отрицательного влияния на процесс выздоровления. Таким образом, можно считать, что предлагаемое нами вмешательство подходит для подростков, находящихся в начале процесса выздоровления.

### **Коморбидность**

Среди злоупотребляющих психоактивными веществами подростков коморбидная психопатология весьма распространена, однако об оптимальном лечении таких пациентов, направленном на отказ от курения, известно мало. Например, взрослые, страдающие депрессией, подвергаются риску депрессивного состояния в результате отказа от курения (Glassman, 1993). Из этого следует, что на протяжении всего процесса снижения употребления сигарет и отказа от курения необходимо проводить мониторинг изменений в проявлении депрессивных симптомов. Можно также рекомендовать не поддерживать попытки отказа от курения у тех, кто испытывает выраженную депрессию. Как и взрослые, подростки часто сообщают о том, что триггером курения является стресс. Отсюда следует, что управление стрессом (техники релаксации, самовнушения и т. д.) может стать полезным добавлением к анти-табачному вмешательству, особенно в отношении склонных к тревожности подростков. Физические упражнения также являются полезной стратегией снятия негативных аффективных симптомов у злоупотребляющих психоактивными веществами подростков, пытающихся бросить курить.

### **Направления будущих исследований**

Согласно литературным источникам, изучение отказа от курения среди подростков находится в начальной стадии. Хотя предварительные данные свидетельствуют о пользе проведенного нами вмешательства в отношении попыток бросить курить, для подтверждения этих результатов требуются дополнительные исследования. В настоящее время проводится контролируемое изучение исходов лечения с целью формальной оценки эффективности описанного вмешательства. Наши данные показывают, что после вмешательства подростки часто предпринимают попытки бросить курить; отсюда можно заключить, что постоянная поддержка отказа от курения может улучшить результаты. Исследования лече-

ния подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, также свидетельствуют о том, что встречи с терапевтом после окончания вмешательства положительно коррелируют с лучшими исходами (Brown, 1993). Заимствуя успешные стратегии этой модели, можно ожидать, что продолжающаяся поддержка в форме дополнительных добровольно посещаемых занятий после окончания вмешательства или формирование подростковых групп поддержки отказа от курения могут улучшить результаты борьбы с курением. Для выявления оптимальных методов поддержки успешного отказа от курения среди злоупотребляющих психоактивными веществами подростков необходимы дальнейшие исследования.

## **Заключение**

Результаты исследования развития лечебной программы, на основании которой проводилось вмешательство, показывают, что злоупотребляющие психоактивными веществами подростки могут быть вовлечены в попытки изменить связанное с курением поведение. Эти данные особенно ценны из-за незначительного успеха программ по борьбе с курением среди подростков, сведения о которых опубликованы к настоящему моменту. Эффекту нашего вмешательства способствовало использование некоторых стратегий. В частности, включение антитабачного компонента в контекст лечения от злоупотребления психоактивными веществами содействует преодолению трудностей с набором участников, обычно сопутствующих программам по борьбе с курением. Благодаря введению антитабачной составляющей в лечении аддикции подростки могут получить знания о никотиновой зависимости и пройти тренинг навыков, важных для отказа от курения. Существенным аспектом рассмотрения курения как разновидности аддиктивного поведения является возможность более последовательного подхода к психоактивным веществам, без отнесения части из них к «особо опасным». Наконец, тот факт, что попытки бросить курить не отражаются отрицательно на исходах лечения от злоупотребления психоактивными веществами, служит рекомендацией для включения антитабачного вмешательства в стандартные подростковые программы лечения аддиктивных состояний.

## Психофармакологическая терапия

### *Ифра Каминер*

По сравнению с исследованиями, оценивающими эффективность психосоциальных вмешательств в отношении подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, сравнительно мало внимания уделялось изучению эффективности фармакотерапии<sup>1</sup> таких нарушений (Kaminer, 1995). Однако самая большая подгруппа подростков, страдающих нарушениями, связанными с приемом психоактивных веществ (substance-related disorder — SRD), представленная в клиниках, состоит из лиц, имеющих диагноз как аддикции, так и других психических отклонений, и именно такие подростки могут существенно выиграть от эффективной фармакотерапии (Kaminer, 1994). Чтобы придать импульс исследованиям и клинической практике в этой области, в данной главе будут рассмотрены: 1) причины малочисленности фармакологических вмешательств по поводу нарушений, связанных с приемом психоактивных веществ у подростков, и публикаций на эту тему; 2) опубликованные к настоящему времени данные по фармакотерапии злоупотреблений психоактивными веществами среди подростков, имеющих или не имеющих сопутствующий психиатрический диагноз; 3) важность многофакторного лечения подростков с нарушениями, обусловленными приемом психоактивных веществ, в особенности сочетания психосоциальных и фармакологических мероприятий; 4) будущие направления развития фар-

---

<sup>1</sup> Данные о фармакологической терапии касаются исследований и принятых терапевтических методик в США. На территории Российской Федерации в настоящее время используются другие терапевтические схемы и подходы. (*Примеч. науч. ред.*)

макотерапии нарушений, связанных с приемом психоактивных веществ, для данной возрастной группы.

## **Трудности развития фармакотерапии нарушений у подростков, обусловленных приемом психоактивных веществ**

В отличие от возрастающего признания фармакотерапии нарушений, связанных с приемом психоактивных веществ у взрослых, лишь немногие исследования посвящены систематической оценке безопасности и эффективности применения психотропных препаратов при лечении подростков с таким же диагнозом. Отсутствие внимания к этой проблеме служит основным препятствием развития психофармакологии для подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами. Модели фармакотерапии нарушений, связанных с приемом психоактивных веществ (при наличии или отсутствии психиатрической коморбидности) у взрослых по большей части основываются на представлении об аддикции как о болезни. Такие модели очень влиятельны в наркологии начиная с 1930-х гг., однако имеют ограниченное применение в отношении злоупотребления психоактивными веществами подростками, поскольку не учитывают возрастных аспектов, имеющих принципиальное значение для понимания особенностей аддикции в этой популяции.

Другие трудности осуществления фармакологического вмешательства среди подростков, страдающих нарушениями, связанными с приемом психоактивных веществ, коренятся в философских, концептуальных и экономических факторах, ограничивающих клинические исследования (Hoffmann, Sonis & Halikas, 1987). Несомненно, вопросы потенциального риска и пользы от фармакотерапии для лиц, не достигших зрелости, все еще остаются предметом жарких споров (Biedeman, 1992). Различия во взглядах касаются назначений препаратов, к которым потенциально возможно привыкание людей, уже страдающих от аддикции. Многие родители сталкиваются с другой дилеммой: реалистична ли надежда на то, что их ребенок преодолет раннее проявление психического отклонения без фармакологического вмешательства, или это просто форма уклонения от решения проблемы, которое может иметь весьма негативные последствия: заболевание, которое поддается излечению, останется нелеченным. Кроме того, неодобрительное отношение общества к педиатрической психофармакологии также может быть связано с устаревшими представлениями о том, что лекарства представляют собой «химическую смирительную рубашку», в которой нуждаются лица, страдающие хроническими психическими заболеваниями.

Более того, психофармакологический подход может оказаться несовместимым с перспективой преодоления аддиктивных проблем. Например, Н. Г. Хоффман и соавторы (Hoffmann et al., 1987) отмечают, что группы самопомощи, использующие методику «Двенадцати шагов» (такие как «Анонимные алкоголики»), не признают важности точного медицинского психиатрического диагноза, который является необходимым компонентом психофармакотерапии. Спонсоры программы двенадцати шагов для подростков с двойным диагнозом, участвующих в работе групп самопомощи, часто возражают против любого медикаментозного лечения, даже в отношении препаратов, не вызывающих привыкания (например, лития или нейролептиков), придерживаясь общей ориентации на воздержание от алкоголя и других наркотиков. Такой подход может иметь отрицательные последствия для подростков с двойным диагнозом, увеличивая риск рецидива приема наркотиков и/или других нарушений (Kaminer, 1994).

## **Фармакотерапия зависимости от наркотиков**

В обзоре фармакологических методов лечения нарушений, связанных с приемом психоактивных веществ, у подростков И. Каминер описывает четыре фармакологические стратегии, обычно используемые при лечении такого рода расстройств:

- 1) вызывание отвращения к психоактивному веществу (например, применение дисульфирама при алкогольной зависимости);
- 2) замена психоактивного вещества (например, применение метадона при героиновой зависимости);
- 3) блокирование стимулирующего эффекта психоактивного вещества (например, применение налтрексона при злоупотреблении опиоидами);
- 4) облегчение тяги/ломки (например, применение клонидина при героиновой зависимости или дезипрамина при кокаиновой зависимости).

Пятая стратегия, часто добавляемая к этому перечню, касается фармакотерапии коморбидных психических нарушений<sup>1</sup>.

Детоксикация после приема опиоидов, алкоголя, барбитуратов и других психоактивных агентов требует точного соблюдения определенных процедур в строгой последовательности. Эмпирических исследований детоксикации подростков, страдающих нарушениями, связанными с приемом психоактивных веществ, не проводилось; однако клинический опыт говорит о том, что нет оснований ожидать, будто терапевтический процесс у подростков будет отли-

---

<sup>1</sup> В России стратегия замены психоактивного вещества, например, применение метадона при инъекционном способе введения героина при героиновой зависимости, не используется. (Примеч. науч. ред.)

чаться от такового у взрослых, страдающих подобными нарушениями; требуется, конечно, легальное согласие. Таким образом, можно рекомендовать проведение детоксикации подростков в соответствии с принятой клинической практикой для взрослых.

Ниже будет приведен обзор фармакотерапии злоупотребления никотином, алкоголем, кокаином и опиоидами и зависимости от них с особым упором на потребности подростков. Другие наркотики (марихуана, галлюциногены, ингалянты) в этом обзоре рассматриваться не будут по причине отсутствия данных по их фармакотерапии. Кроме того, нет научной информации о фармакотерапии злоупотребления несколькими наркотиками. Наконец, хотя тема взаимодействия психоактивных веществ и психотропных препаратов имеет большое значение, она выходит за рамки настоящей главы (заинтересованный читатель может обратиться к работе: Ciraulo et al., 1995).

## **Никотин**

Первичная фармакотерапия никотиновой зависимости использует стратегию замены и более контролируемого способа введения никотина. Изобретение таких самостоятельно применяемых агентов, как никотиновая жвачка, никотиновый трансдермальный пластырь и никотиновый спрей для носа, явилось прорывом в лечении никотиновой зависимости у взрослых. Их применение удвоило успешность антитабачных программ: с 15 % участников, достоверно долговременно воздерживавшихся от курения, до 30 % (West, 1992). Кроме того, результативность лечения зависимости и побуждения к прекращению курения увеличивались еще более при включении в план многофакторного вмешательства поведенческой или когнитивной терапии (Lichtenstein & Glasgow, 1992). К настоящему времени уместность таких стратегий применительно к подросткам остается спорной, и нет почти никаких работ, посвященных изучению эффективности замещающих средств при лечении у них никотиновой зависимости (Patten, 2000).

Только в одном исследовании эффективности применения никотиновой жвачки в выборку были включены подростки (15—18 лет), хотя об их пропорции среди 612 участников не сообщается (Johnson et al., 1992). Отсутствует информация и о характеристиках и исходах вмешательства применительно к изучавшейся выборке амбулаторно лечившихся пациентов. Что же касается эффективности лечения никотиновой зависимости у подростков с использованием никотинового пластыря или спрея для носа, то опубликованные данные отсутствуют вообще.

Побочные эффекты при использовании никотиновой жвачки включают неприятный вкус и воспаление слизистой оболочки рта и десен из-за того, что такую жвачку трудно жевать. Пластырь



может **увеличивать** токсичный эффект никотина, особенно если пациент продолжает курить. Пластырь также может вызывать раздражение кожи и бессонницу, если остается наклеенным на 24 часа. Применение никотинового спрея иногда приводит к раздражению слизистых оболочек. Наконец, некоторые люди испытывают трудности в прекращении этих видов заместительной терапии (Lichtenstein & Glasgow, 1992), и она не должна применяться в отношении активных курильщиков.

Специфические противопоказания к использованию никотинзамещающих стратегий среди подростков неизвестны. Представляется, что любое терапевтическое испытание этих средств должно начинаться с тщательно спланированного пилотного исследования на подростках-добровольцах с выраженной никотиновой зависимостью. Следует отметить, что современные исследования говорят о наличии определенной связи между никотиновой зависимостью и большим депрессивным расстройством (Breslau, Kilbey & Andreski, 1993), и некоторые из этих данных получены на подростковых популяциях (Goodman & Capitman, 2000).

## **Алкоголь**

Наиболее распространенной однофакторной фармакотерапией, направленной на предотвращение потребления алкоголя, является аверсивное лечение дисульфамом. Этот антиалкогольный агент оказывает воздействие на этанол благодаря ингибированию печеночного фермента альдегиддегидрогеназы, который служит катализатором окисления альдегида (основного метаболического продукта при превращении этанола в ацетат). Аверсивные симптомы после приема дисульфарамы связаны с возникающей вследствие этого повышенной концентрацией уксусного альдегида. Через некоторое время такие симптомы связываются с приемом этанола, и тем самым уменьшается вероятность употребления алкоголя. Эффект этого спорного метода в лучшем случае оказывается умеренным (Alterman, O'Brien & McLellan, 1991).

Отношение к применению аверсивных методов при лечении детей и подростков всегда было настороженным, и стандартная клиническая практика заключается в их применении только в экстремальных случаях буйного поведения или причинения вреда себе умственно отсталыми пациентами и лишь после того, как все другие средства исчерпаны (Council on Scientific Affairs, 1987). Представляется маловероятным, чтобы аверсивная фармакотерапия алкогольной зависимости среди подростков получила широкое распространение, пока не будут найдены ответы на три решающих вопроса: 1) какие методы лечения эффективны в отношении злоупотребления алкоголем/алкогольной зависимости среди подростков? 2) Какие симптомы, связанные с потреблением подростка-

ми алкоголя, могут послужить основанием для вмешательства?

3) Для кого те или иные методы воздействия оказываются эффективными? В настоящее время общим мнением, насколько можно судить по литературе, является следующее: в силу внутренней сложности алкоголизма и разнообразия характеристик страдающих им лиц ни один метод лечения не годится для всех случаев, и эффективности лечения может способствовать только подбор индивидуальной стратегии для каждого пациента.

Хотя дисульфарам находится в употреблении уже несколько десятилетий, его эффективность не была четко доказана, несмотря на почти 100 публикаций о его оральном применении (Fuller, Branchey & Brightwell, 1986). Прием дисульфарама добровольцами при контролируемом клиническом наблюдении помогал снизить частоту потребления алкоголя лишь в весьма ограниченном числе случаев. Вместе с тем при лечении дисульфарамом не возникало увеличения обращений за консультированием по поводу поддержания абстиненции или предотвращения рецидива алкоголизма (American College of Physicians, 1989). Другими словами, нет свидетельств того, что назначение дисульфарама оказывает положительный эффект без проводимой одновременно терапии и реабилитации. Наконец, те пациенты, кто более податлив в отношении лечения и ведет относительно устойчивый образ жизни, могут быть кандидатами на лучшие исходы при терапии дисульфарамом (Schuckit, 1985). Недавнее сообщение о двух подростках мужского пола с алкогольной зависимостью, принимавших дисульфарам, отмечает частичный кратковременный успех лишь у одного из них (Myers, Donahue & Goldstein, 1994).

Данные, касающиеся фармакотерапии алкоголизма, вызвали интерес к влиянию потребления алкоголя на опиоидные рецепторы и к потенциальной применимости антагонистов опиоидов, таких как налтрексон, для блокирования стимулирующего воздействия алкоголя. Было обнаружено, что применение налтрексона безопасно и оказывает положительное действие на частоту рецидивов, степень тяги к алкоголю и число дней его употребления у много пьющих взрослых, как при изолированном применении (Volpicelli et al., 1992), так и в сочетании с психотерапией (O'Malley et al., 1992). М. Уолд и И. Каминер (Wold & Kaminer, 1997) сообщают об успешном кратковременном лечении подростка с алкогольной зависимостью налтрексоном в дозе 50 мг в день перорально.

Акампросат представляет собой соединение, воздействующее на центральную нервную систему, а также на нейротрансмиттерные системы, подвергшиеся хроническому воздействию этанола. Было показано, что акампросат влияет на возбуждательную передачу аминокислот, в первую очередь глутамата, и положительно модулирует поступление гамма-аминомасляной кислоты в различ-

ных областях мозга. Недавние исследования показали статистически значимые различия в кумулятивной абстиненции у пациентов, принимавших акампросат и плацебо (Sass et al., 1996; Whitworth, Fischer & Lesch, 1996). Сообщения о лечении акампросатом подростков отсутствуют.

Наконец, в патофизиологии алкогольной зависимости, по-видимому, играет определенную роль серотонинергическая система. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина в ограниченной степени могут применяться в клинике для снижения потребления алкоголя взрослыми, страдающими умеренной формой депрессии (Kranzler et al., 1995). Впрочем, они также могут быть эффективным средством уменьшения депрессивных симптомов и потребления алкоголя пациентами с выраженной депрессией (Cornelius et al., 1997). Небольшое исследование двойным слепым методом с использованием плацебо на подростковой выборке, которое провели Д. Дис, К. Рэндал и Дж. Робертс (Deas, Randall & Roberts, 1998), не показало значимых улучшений в отношении потребления алкоголя и симптомов депрессии у тех, кто находился на интенсивном лечении селективными ингибиторами обратного захвата серотонина.

## **Кокаин**

Согласно исследованиям, нейротрансмиттер допамин играет ведущую роль как катехоламин, ответственный за специфическое стимулирующее действие кокаина и за симптомы патологического влечения у принимающих его лиц (Kosten, 1990). Предполагается, что нейролептики блокируют вызванную кокаином эйфорию, связанную с мезолимбическими и мезокортикальными нейронами центрами удовольствия и ведущую к их истощению у животных, имеющих неограниченный доступ к кокаину (Gawin, Allen & Humblestone, 1989). Однако у человека нейролептики могут вызывать ангедонию и экстрапирамидальные побочные действия, и согласие на лечение бывает проблематичным. Флуфентиксол деканоат представляет собой нейролептический агент, который, согласно сообщениям об его испытании, быстро снижает тягу к кокаину, и его прием увеличивает среднюю продолжительность сохранения эффекта лечения (Gawin, Allen & Humblestone, 1989). Предполагается, что степень согласия на такое лечение в силу отсутствия ангедонического действия окажется удовлетворительной, особенно по сравнению с применением других нейролептиков.

Спорадически появляющиеся сообщения о способности лития блокировать вызванную кокаином эйфорию не подтвердились даже применительно ко взрослым с биполярными расстройствами, злоупотребляющим кокаином (Nunes et al., 1990). Изначально фар-

макологическая стратегия лечения злоупотребления кокаином имела целью в основном снижение/снятие связанной с лишением кокаина тяги к наркотику, а не блокирование стимулирующего его действия. Снижение тяги имеет первостепенное значение для увеличения эффективности профилактики рецидивов благодаря уменьшению пропорции отказывающихся от лечения и появлению возможности использования дополнительных терапевтических мер.

На основании теории, согласно которой хронический прием стимулирующих веществ ведет к истощению допамина и снижению допаминергической активности, была выдвинута гипотеза о том, что тяга к кокаину может быть уменьшена путем усиления допаминергической стимуляции (Meuser, 1992). Свидетельств, подтверждающих эту теорию, немного, хотя была обнаружена некоторая эффективность использования в отношении злоупотребления кокаином среди взрослых таких препаратов прямого и непрямого допаминергического действия, как L-допа, карбидопа, бромкриптин, амантадин, метилфенидат и мазиндол (Meuser, 1992).

Другая теория, подтвержденная нейробиологическими данными, говорит о том, что тяга к наркотику является следствием сверхчувствительности пресинаптических ингибирующих допаминергических ауторецепторов. Было выявлено десенсибилизирующее воздействие на эти рецепторы трициклического антидепрессанта дезипрамина, что способствовало воздержанию от кокаина в силу снижения тяги к нему через 7—14 дней после начала лечения. Имеются сведения о шестинедельном рандомизированном исследовании двойным слепым методом эффективности лечения дезипрамином взрослых, испытывающих тягу к кокаину (Gawin et al., 1989). Находившиеся на амбулаторном лечении пациенты, злоупотреблявшие кокаином, более часто и в течение более длительного времени воздерживались от приема наркотика, чем лица, получавшие литий и плацебо. Обследование через 6 месяцев 43 из 72 изначально принимавших участие в этом исследовании пациентов (Kosten et al., 1992) показало, что за этот период среди тех, кто получал дезипрамин, по самоотчетам было значительно больше воздерживавшихся от кокаина (44%), чем среди тех, кто принимал литий (19%) или плацебо (27%).

Имеется лишь одно детальное исследование лечения дезипрамином злоупотреблявших кокаином подростков (Kaminer, 1992). Обследование через 6 месяцев с применением индекса тяжести аддиктивных состояний у подростков (T-ASI) подтвердило продолжавшуюся абстиненцию и прогресс в других сферах жизни (Kaminer, Bukstein & Tarter, 1991; Kaminer et al., 1993). В этом исследовании назначение дезипрамина (200 мг в день, содержание в плазме крови стабилизировалось на уровне 130 г/л) имело целью лечение одновременно трех психических нарушений (ко-

капиновой зависимости, большого депрессивного расстройства, синдрома дефицита внимания с гиперактивностью), что позволило избежать назначения нескольких препаратов.

Другими исследователями были получены свидетельства того, что интенсивность патологического влечения к кокаину в первую неделю воздержания среди только что ставших абстинентами хронически злоупотреблявших кокаином взрослых не зависит от депрессии (Ho, Cambog & Bodner, 1991). Это заставляет предположить, что на связанную с отказом от наркотика дисфорию в первую неделю воздержания дезипрамин не окажет антидепрессантного действия; такая дисфория может быть облегчена ранее, чем депрессивная симптоматика у пациентов с диагнозом кокаиновой зависимости в сочетании с большим депрессивным расстройством. Этот факт может также использоваться для дифференциальной диагностики кокаиновой зависимости и наличия двух указанных выше заболеваний у подростков. Однако следует рекомендовать относиться к этим результатам с осторожностью, пока они не будут воспроизведены в других работах. Проведенное И. Каминер (Kaminer, 1992) детальное исследование не подтвердило трехфазной модели воздержания от кокаина (абстиненция — отказ от приема — исчезновение влечения), которую предложили Ф.Х. Гэвин и Х.Д. Клебер (Gawin & Kleber, 1986): наблюдался, скорее, двухэтапный процесс воздействия лечения дезипрамином на патологическое влечение к кокаину (постепенное, а затем значительное улучшение). Работа Дж. Веддингтона с коллегами (Weddington et al., 1990) содержит сходные данные о лечении 12 злоупотреблявших кокаином взрослых пациентов.

Два других случая лечения подростков с кокаиновой зависимостью дезипрамином имели менее благоприятные исходы (Kaminer, 1994). У одного из них наблюдалась положительная динамика клинических симптомов в течение 30 дней, после чего пациент прекратил лечение. У второго, до начала лечения злоупотреблявшего амитриптилином, при назначении дезипрамина развилась постуральная гипотония, и прием препарата пришлось прекратить.

Нарушение регуляции допаминовой системы, вероятно, не единственный механизм, лежащий в основе кокаиновой аддикции. Серотониновая система бывает затронута также, хотя небольшие открытые исследования роли серотонинергических агентов при лечении злоупотребления кокаином дают противоречивые результаты (Kosten & McCance, 1996). Другим недавним развитием фармакотерапии кокаиновой зависимости стало применение карбамазепина. Теоретическим обоснованием данного метода является то, что препарат блокирует вызванное кокаином возбуждение и увеличивает концентрацию допамина. Впрочем, исследования с использованием двойного слепого метода не подтвердили эту теорию (Kranzler et al., 1995; Montoya et al., 1994).

Стимулирующие препараты доказали свою пользу при лечении детей и подростков с диагнозом гиперактивности с дефицитом внимания. Фармакокинетическое сходство между таким запрещенным законом стимулятором, как кокаин, и используемыми в терапии стимулирующими средствами (метилфенидатом, пемолином магния, декстроамфетамином) вызвало предположение о том, что они могут быть полезны при лечении злоупотребления кокаином. Было также высказано предположение, что злоупотребление кокаином у взрослых может быть отнесено за счет остаточных явлений дефицита внимания (Weiss, Pope & Mirin, 1985), но ни литературные данные (Kaminer, 1992), ни проведенное недавно двойным слепым методом с использованием плацебо исследование действия метилфенидата при злоупотреблении кокаином (Grabowski et al., 1997) это предположение не подтвердили.

## Опиаты

Для лечения злоупотребления опиатами в Соединенных Штатах в настоящее время используются четыре разновидности фармакотерапии: с использованием метадона, налтрексона, лево-альфа-ацетилметадона (ЛААМ) и бупренорфина (Kosten & McCance, 1996). ЛААМ и бупренорфин лишены некоторых недостатков, присущих метадону и налтрексону: незаконного использования выдаваемого для приема в домашних условиях метадона, трудностей детоксикации при переходе от поддерживающих доз метадона к жизни без лекарств, возникновения злоупотребления многими препаратами, низкой готовностью участвовать в лечении налтрексоном.

Применение поддерживающих доз метадона (ПМ) — одна из распространенных форм замещающей опиаты терапии и обычно используется для лечения взрослых, страдающих героиновой зависимостью<sup>1</sup>. Положительное воздействие такой терапии трояко: 1) профилактика возникновения синдрома отмены опиатов; 2) снятие тяги к наркотику; 3) блокирование эйфорического эффекта от приема запрещенных законом наркотиков. Как правило, пациенты, зависимость которых от опиоидов возникла не больше года назад или которые не делали до этого попыток отказаться от приема наркотиков, не являются подходящими кандидатами для продолжительной замещающей терапии (Jaffe, 1986).

Применение ПМ, даже при адекватной ежедневной дозировке, не должно восприниматься как «волшебная пуля», убивающая героиновую аддикцию. Имеются данные о том, что результаты сочетания ПМ с набором психосоциальных услуг оказывались

---

<sup>1</sup> Заместительная терапия зависимости от наркотиков на территории Российской Федерации запрещена. (Примеч. науч. ред.)

лучшими по сравнению с использованием только ПМ или его сочетания с консультированием (McLellan et al., 1993).

Лечение ПМ не может применяться к лицам моложе 18 лет без официально оформленного согласия, несущих за них ответственность взрослых. Для того чтобы несовершеннолетние получили ПМ, требуются две документально подтвержденные кратковременные попытки детоксикации или нахождение на лечении от наркомании. После попытки детоксикации должен иметь место недельный период ожидания. Прежде чем попытка может быть повторена, врач должен зафиксировать в истории болезни, что пациент продолжает быть физиологически зависимым от наркотика (Partino, 1992). ПМ, а не детоксикация от опиоидов, является предпочтительной терапией для беременных девочек-подростков, злоупотребляющих героином. Такая ежедневно применяемая фармакотерапия исключает опасность заразиться синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИДом) при использовании инфицированного шприца. Она также обеспечивает относительно стабильный уровень содержания метадона в плазме крови, что предотвращает риск развития у плода внутриутробного дистресса, в отличие от приема героина, имеющего короткий период полураспада и вызывающего резкие колебания состава плазмы крови (Finnegan & Kandall, 1992).

ЛААМ по своим фармакологическим свойствам весьма сходен с метадоном и получил одобрение как средство лечения опиоидной зависимости. В результате метаболизма он превращается в активные вещества, имеющие более долгий период биологического полураспада, чем метадон. Симптомы опиоидной ломки не проявляются в течение 72—96 часов после последнего перорального приема, вследствие чего ЛААМ нужно назначать всего трижды в неделю. Его применение дает тот же эффект, что и прием метадона, в отношении подавления стремления к употреблению запрещенных законом наркотиков и достижения более продуктивного стиля жизни (Jaffe, 1986).

Бупренорфин частично является агонистом-антагонистом опиоидов, а также применяется как анальгетик в силу своей способности в малых дозах производить сходный с морфином эффект. Этот препарат облегчает опиоидную ломку, снижает тягу к наркотику и не вызывает эйфории. Превысить дозу бупренорфина труднее, чем дозу метадона, из-за того, что в больших дозах он действует как антагонист опиатов (Rosen & Kosten, 1991).

Лица, страдающие героиновой зависимостью, часто злоупотребляют также кокаином, который ускоряет действие инъекции героина. У многих пациентов применение ПМ не снижает злоупотребления кокаином; бупренорфин же может уменьшать его прием людьми с опиатной аддикцией (Kosten, Kleber & Morgan, 1989), однако в этой области требуются дополнительные исследования.

## **Достижения фармакотерапии нарушений, связанных с приемом наркотиков, у взрослых**

Следует отметить недавние достижения в фармакологическом лечении никотиновой и кокаиновой аддикции, а также возрастающее признание аурикулярной акупунктуры как терапевтической процедуры.

### **Никотин**

Новые достижения в сфере замены источников никотина включают использование ингаляторов и спреев, а также препарата пролонгированного действия бупроприона (Tonnesen et al., 1993). Такие средства доставки никотина предоставляют человеку выбор, когда и где их применять (подобно сигаретам), но возникает опасение, что отказ от них может оказаться затруднительным. В недавно опубликованной статье К.А. Паттен (Patten, 2000) рассматривает пользу и риск использования замещающих стратегий применительно к подросткам. Бупроприон представляет собой антидепрессант, использование которого в сочетании с никотиновым пластырем дает лучшие результаты, чем применение каждого из этих средств в отдельности. Рекомендуемая доза бупроприона не должна превышать 300 мг в день из-за повышенной связи препарата с инсультом. Также не рекомендуется назначать бупроприон во время беременности. К настоящему времени нет достаточных данных о безопасности применения бупроприона или замещающей терапии никотиновой аддикции в сочетании с новыми антидепрессантами, такими как селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, венлафаксин и нефазодон.

### **Кокаин**

Высказывалось предположение, что потенциально пригодным методом лечения злоупотребления кокаином является прерывание процесса доставки кокаина к кокаиновым рецепторам. Такая альтернатива традиционным фармакотерапевтическим подходам привлекла внимание исследователей. Антитела, которые могли бы способствовать переходу кокаина в неактивную форму, выводить эти неактивные продукты и сохранять способность связывать кокаиновые рецепторы, оказались бы средством лечения кокаиновой зависимости, действующим благодаря притуплению стимуляции (Landry et al., 1993). Такая форма пассивной иммунизации с помощью искусственного энзима могла бы открыть новое направление в лечении аддикции.



## **Акупунктура**

Применение акупунктуры для лечения аддикции было открыто благодаря счастливому случаю (Wen, 1979). За последние 20 лет опубликовано много сообщений о применимости акупунктуры для лечения разных видов наркотической зависимости. Исследовалось ее воздействие при злоупотреблении такими психоактивными веществами, как опиаты, табак и алкоголь (обзор соответствующих работ см. в статье: Margolin et al., 1993). Большинство исследований применения акупунктуры для лечения связанных с приемом психоактивных веществ нарушений страдает недостаточной разработанностью дизайна и методов оценки, однако в литературе появились сообщения и о хорошо спланированных программах.

О. М. Смит и И. Хан (Smith & Khan, 1988) сообщают, что у 40 % взрослых пациентов анализ мочи нормализовался после нескольких недель аурикулярной акупунктуры. Эффективность акупунктуры по сравнению с различными видами фармакотерапии изучалась применительно к кокаиновой зависимости у лиц, получавших ПМ (Margolin et al., 1993). Была выявлена более высокая степень воздержания (44 %) среди пациентов, лечившихся акупунктурой, чем у получавших амантадин (15 %) и плацебо (13 %), но не дезипрамин (26 %). Представляется, что акупунктура заслуживает дальнейшего изучения как метод лечения аддикции на различных популяциях, включая подростков.

## **Фармакотерапия коморбидных психических расстройств**

Коморбидность довольно распространена среди детей и подростков, страдающих психическими расстройствами (Anderson et al., 1987). Психиатрическая коморбидность в форме двойного или тройного диагноза часто наблюдается в клиниках у пациентов с нарушениями, связанными с приемом психоактивных веществ (Bukstein, Brent & Kaminer, 1989). Наиболее распространенными психиатрическими диагнозами у подростков, страдающих нарушениями, связанными с приемом психоактивных веществ, являются депрессия и/или поведенческие отклонения. К другим диагнозам, о которых часто сообщают применительно к данной популяции, относятся биполярные расстройства настроения, тревожность, синдром дефицита внимания с гиперактивностью и нарушения питания. Кроме того, среди подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, распространены диагнозы из раздела В, подраздела II DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), включающие антисоциальные, пограничные, эксгибицио-

нистские, нарциссические личностные нарушения (Grilo et al., 1995).

Нередко бывает трудно определить, являются ли психиатрические симптомы следствием злоупотребления психоактивными веществами или указанием на наличие коморбидного психического расстройства. У таких пациентов последствия интоксикации психоактивными веществами или ломки часто трудно отличить от проявлений и симптомов коморбидных психических нарушений. Если сопутствующее заболевание действительно имеет место, возникшее в детстве психическое расстройство обычно предшествует нарушению, связанному с приемом психоактивных веществ (Christie et al., 1988). Более того, необходимо подчеркнуть, что термин «двойной диагноз» употребляется только для обозначения наличия разных заболеваний, а не различных симптомов нарушения, связанного с приемом психоактивных веществ.

С точки зрения перспективы успешности лечения достоверный и точный диагноз коморбидного психического расстройства имеет огромное значение. Неверная диагностика сопутствующего заболевания и поспешное назначение медикаментозного лечения могут привести к опасным для жизни пациента ошибкам. Для помощи в достоверной и точной диагностике коморбидного расстройства рекомендуется наблюдение по крайней мере в течение 2 недель, когда пациент не принимает наркотиков и его организм освобождается от них. Фармакотерапия не должна начинаться до окончания этого периода очищения. Это имеет особое значение в отношении антидепрессантов, поскольку примерно 25 % всех детей и подростков с изначальным диагнозом большого депрессивного расстройства на протяжении 2 недель демонстрируют спонтанное симптоматическое выздоровление (Ambrosini et al., 1993).

## **Большое депрессивное расстройство**

Концептуальные трудности, связанные с выделением депрессии в отдельную диагностическую категорию для детей и подростков, сохраняются. Значительная неопределенность сохраняется и в том, какие факторы считать характеризующими депрессию у детей и подростков: отдельные симптомы, регулярно возникающие синдромы, связанные с конституцией отклонения. Остается неясным, какие показатели психического статуса следует исследовать у страдающих депрессией подростков для оценки эффекта лечения. Тех из них, кому поставлен диагноз большого депрессивного расстройства, лечат обычно трициклическими антидепрессантами, такими, как имипрамин и амитриптилин, или селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (флуоксетином, сертралином, пароксетином, флувоксамином).

Эмпирические данные не подтверждают эффективности трициклических антидепрессантов при лечении детей и подростков, страдающих большим депрессивным расстройством (Birmaher, 1998), хотя эти препараты оказывают действие на взрослых пациентов.

Была предпринята попытка воспроизведения на подростковой популяции (Geller, Cooper & Graham, 1990; Ryan et al., 1986) результатов лечения взрослых пациентов: сообщалось, что устойчивое содержание в плазме крови трициклических антидепрессантов более 125 мкг/л предсказывало действенность подобной терапии (Nelson, Mazure & Quinlan, 1984). Не было выявлено зависимости между содержанием в плазме крови имипрамина или дезипрамина и реакцией на лечение подростков, страдающих большим депрессивным расстройством.

Обзор П. Дж. Амбросини с коллегами (Ambrosini et al., 1993) содержит данные об исследованиях действия трициклических антидепрессантов на детей и подростков; авторы приходят к выводу, что хотя преимущество этих препаратов перед плацебо не было доказано, более половины пациентов, открыто их получавших, реагировали положительно; по их мнению, максимальный результат достигается при приеме трициклических антидепрессантов в течение 8—10 недель, если содержание их в плазме крови поддерживается на уровне 200 нанограмм на миллилитр. Более того, рекомендуется поддерживающий курс на протяжении 6 месяцев после ремиссии.

Были также испробованы некоторые другие фармакологические подходы для лечения депрессии у подростков. Недавнее исследование двойным слепым методом с использованием плацебо эффективности селективного ингибитора обратного захвата серотонина (флуоксетина) при лечении депрессии у детей и подростков показало, что в острой фазе депрессии флуоксетин превосходит плацебо (Emslie, Rush & Weinberg, 1997). Имеются сообщения о применении лития и электросудорожной терапии в случаях упорной депрессии и ингибитора моноамин-оксидазы для лечения атипичной депрессии у подростков (Ryan et al., 1988). Данные этих авторов говорят о возможности использования указанных препаратов при лечении упорной депрессии у подростков, однако необходимо их подтверждение более строго проведенными исследованиями.

### **Побочные действия**

В целом применение антидепрессантов вызывает у подростков и взрослых сходные побочные эффекты. В их число входит антихолинергическое воздействие трициклических антидепрессантов, обычно соотносящееся с их содержанием в плазме крови: сухость во рту, сонливость, тошнота, запор, задержка мочеиспускания,

дрожь в руках, покраснение лица, потливость. Нейротоксическое действие антидепрессантов выражается в инсультах, поведенческих изменениях, бреде. Сведения о токсичности антидепрессантов при лечении подростков ограничиваются спорадическими сообщениями. Трициклические антидепрессанты могут вызывать ускорение поведенческих проявлений или циклических маниакальных симптомов (Strober & Carlson, 1982). Передозировка может привести к летальному исходу вследствие токсичности для сердечно-сосудистой системы (Ambrosini et al., 1993).

Пациенты, страдающие депрессией, часто пытаются совершить самоубийство путем передозировки трициклических антидепрессантов, поскольку разница между лечебной и смертельной дозами относительно невелика. Предполагаемый патофизиологический механизм заключается в том, что увеличение трициклическими антидепрессантами, и в особенности дезипрамином, норадренергической нейротрансмиссии приводит к повышенному тону симпатической нервной системы и может служить у предрасположенных к этому лиц причиной вентрикулярной тахикардии, синкопы и внезапной смерти. В нескольких исследованиях фатальных случаев среди детей и подростков было показано, что летальный исход возможен даже при назначении медицински приемлемой для лечения депрессии дозы (Werry, 1995). Современные данные говорят о том, что перед началом лечения трициклическими антидепрессантами необходимо снять электрокардиограмму. Особое внимание при обследовании должно быть уделено состоянию сердечно-сосудистой системы пациента и медицинской истории его семьи для выявления возможной уязвимости. Частота пульса в покое не должна превышать 130 ударов в минуту, а артериальное давление — 140/90 мм рт. ст. Длительность интервала P-R на электрокардиограмме не должна быть выше 0,21 с, комплекс QRS не должен более чем на 30 % превосходить исходный уровень; особенно важно, чтобы интервал QTc находился в пределах нормы<sup>1</sup>. Следует отметить, что злоупотребление трициклическим антидепрессантом амитриптилином ради его седативного эффекта наблюдалось у подростков и взрослых, страдающих нарушениями, связанными с приемом психоактивных веществ (Kaminer, 1994). Наконец, резкое прекращение приема трициклических антидепрессантов может вызывать симптомы абстиненции, наиболее распространенными среди которых являются холинергические эффекты.

По сравнению с трициклическими антидепрессантами селективные ингибиторы обратного захвата серотонина вызывают мень-

---

<sup>1</sup> Интервал QT представляет собой время, требующееся для вентрикулярной электрической систолы. Он меняется вместе с частотой сердечных сокращений, и QTc (скорректированный QT) в норме составляет не выше 0,42 с у мужчин и 0,41 с у женщин по формуле  $QTc = QT / \text{интервал R-R}$ .

ше антихолинергических эффектов, оказывают меньшее седативное действие, приводят к меньшему набору веса и меньшим изменениям ЭКГ. Наиболее частыми побочными эффектами их приема являются гастроэнтерологические, нейропсихические и поведенческие нарушения. У подростков побочные действия (в порядке частоты появления) выражаются в сухости во рту, сонливости, головокружении, утомляемости, дрожи в руках, головных болях, запоре, анорексии, диспепсии, болях в желудке (Leonard et al., 1997). Следует также отметить, что побочным действием при лечении пяти подростков от депрессии селективным ингибитором обратного захвата серотонина (флуоксетином) оказалась мания (Venkataraman, Naylor & King, 1992). Наконец, совместное назначение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и трициклических антидепрессантов или назначение первых в течение нескольких недель после приема последних противопоказано из-за возможного наложения их действия, в результате чего содержание их в плазме крови может подняться до токсичного уровня.

Риск суицида — основание для существенной озабоченности при фармакологическом лечении подростков, страдающих и депрессией, и нарушениями, связанными с приемом психоактивных веществ. По сравнению с трициклическими антидепрессантами селективные ингибиторы обратного захвата серотонина представляют меньшую опасность для сердечно-сосудистой системы при передозировке и не усиливают своего седативного действия при одновременном приеме алкоголя. Таким образом, применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина является предпочтительным при лечении импульсивных или склонных к суициду подростков, страдающих большим депрессивным расстройством. Ранние сообщения о парадоксальном росте склонности к самоубийствам не подтвердились. Более того, при исследовании суицидального поведения взрослых, находившихся на лечении селективным ингибитором обратного захвата серотонина, двойным слепым методом с использованием плацебо было выявлено снижение склонности к самоубийству (Verkes et al., 1998). Впрочем, дальнейшее изучение безопасности и эффективности назначения селективных ингибиторов обратного захвата серотонина подросткам все еще необходимо. Наконец, имеются данные (Worthington, Fava & Alpert, 1996) о том, что продолжающиеся нарушения, связанные с приемом психоактивных веществ, являются негативным предиктором успешности лечения депрессии селективными ингибиторами обратного захвата серотонина у взрослых, особенно у женщин. С другой стороны, П. Дж. Макграф, Э. В. Нунес и Дж. У. Стюарт (McGrath, Nunes & Stewart, 1996) сообщают о том, что лечение имипрамином первичной депрессии у взрослых алкоголиков было безопасным и эффективным.

Необходимо дальнейшее изучение фармакотерапии в случае сочетания нарушений, связанных с приемом психоактивных веществ, и депрессии.

## **Биполярное расстройство**

Основная феноменология биполярного расстройства в любых возрастах сходна, однако, как и в случае депрессии, остается неясным, влияет ли возраст начала заболевания на результативность лечения. Предпочтительным средством фармакотерапии биполярного расстройства является литий, хотя крупных систематических исследований его действия на детей и подростков не проводилось (Carlson, 1990). Недавнее изучение действия лития на биполярное расстройство у подростков, страдающих вторичными нарушениями, связанными с приемом психоактивных веществ, двойным слепым методом с использованием плацебо позволило сделать вывод о том, что данный препарат эффективен в отношении обоих заболеваний (Geller, Cooper & Sun, 1998).

Как пишет Г.А. Карлсон (Carlson, 1990), в отношении начала лечения подростков литием имеются следующие показания:

наличие в настоящем или прошлом эпизодов мании и депрессии;

эпизоды выраженной депрессии с возможными проявлениями пиромании;

острая тяжелая депрессия, характеризующаяся психомоторной заторможенностью, сонливостью и психозом;

наличие в семейном анамнезе биполярного расстройства (для таких подростков при лечении антидепрессантами существует риск развития маниакальных эпизодов, приобретающих быстрый циклический характер);

острое психотическое расстройство с аффективными проявлениями;

поведенческие нарушения, характеризующиеся выраженной эмоциональной лабильностью и агрессивностью, при наличии в семейном анамнезе расстройств настроения, биполярных расстройств или чувствительности к литию.

Имеется сообщение о том, что из 59 пациентов педиатрического отделения с биполярным расстройством две трети положительно реагировали на лечение литием (DeLong & Aldershof, 1987). Хуже поддавались воздействию препарата пациенты, страдающие синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, поведенческими нарушениями или их сочетанием. Кроме того, как было показано, дети с ошибочным диагнозом гиперактивности страдали биполярным расстройством настроения (Isaac, 1991). Эффективность лития в лечении острых случаев и длительного купирования

биполярных расстройств у взрослых доказана и широко освещена в литературе; тем не менее неудачи в профилактике биполярных расстройств с помощью лития имеют место в 33 % случаев (Prien & Gelenberg, 1989).

Побочные действия лития при применении его для подростков сходны с теми, что отмечаются у взрослых: дрожь в руках, учащенное мочеиспускание, тошнота, диарея. Противопоказаниями к назначению лития являются заболевания сердца и почек, лечение диуретиками, хроническая диарея, нарушения электролитного баланса. Обследование перед началом лечения литием должно включать анализы электролитов крови, уровня мочевины и азота, дифференцированный подсчет клеток крови, определение функции щитовидной железы и тест на беременность, поскольку литий обладает тератогенным эффектом. Рекомендованное во время лечения содержание лития в крови находится в пределах терапевтической нормы и составляет 0,7—1,2 миллиэквивалента на литр (mEq/L). Не следует допускать уровня выше 1,4 mEq/L, чтобы не возникло интоксикации, признаками которой служат выраженные нейрорповеденческие и гастроэнтерологические симптомы.

Спазмолитики, такие как карбамазепин и вальпроевая кислота, являются препаратами второго ряда при лечении биполярных расстройств. Имеются данные об оказании комбинацией этих средств синергичного действия на взрослых пациентов, невосприимчивых к монотерапии литием. Рекомендованный уровень спазмолитиков в крови, противопоказания и побочные эффекты сходны для различных возрастных групп. В отличие от лития мониторинг потребления жидкости и электролитов не требуется, а риск интоксикации при более высоком содержании в плазме крови, чем рекомендуемая терапевтическая норма, ниже, чем для лития. В некоторых случаях биполярное расстройство может не поддаваться воздействию ни одного из перечисленных препаратов. Два новых спазмолитика — габапентин и ямотригин — оказываются полезны для стабилизации настроения при лечении биполярных расстройств у взрослых (Pollack & Scott, 1997).

Эффективность другого альтернативного препарата, верапамила (антагониста проводимости кальция), при лечении биполярных расстройств у взрослых неясна. Кроме того, верапамил ассоциируется с депрессией (Barton & Gitlin, 1987). В то же время сообщается об успешном применении сочетания верапамила и вальпроевой кислоты при лечении длительного маниакального состояния у подростка (Kastner & Friedman, 1992). Наконец, следует отметить, что подростки, страдающие нарушениями, связанными с приемом психоактивных веществ, и сопутствующим биполярным расстройством находятся в группе очень высокого риска суицида или агрессивного поведения и нуждаются в тщательном наблюдении.

## Тревожные расстройства

Большинство расстройств из спектра тревожных, такие как паническое расстройство, посттравматический стресс, обсессивно-компульсивное состояние, имеют у подростков ту же феноменологию, что и у взрослых, однако такие нарушения, как беспокойство из-за разлуки или школьная фобия, свойственны только детям и подросткам. Средний возраст возникновения тревожных расстройств составляет 15 лет (Christie et al., 1988). Назначение снимающих тревожность препаратов, обладающих аддиктивным потенциалом и вызывающих симптомы абстиненции при отмене, таких как бензодиазепамы, подросткам с коморбидными нарушениями, связанными с приемом психоактивных веществ, не рекомендуется. Как о побочных действиях этих лекарств сообщается о вялости, сонливости, снижении остроты ума, поведенческой расторможенности, требующих внимательного мониторинга. Более того, нет бесспорных данных о том, что такие бензодиазепамы, как алпразолам, часто применяемые для лечения взрослых пациентов, более эффективны в отношении тревожных расстройств у подростков, чем трициклические антидепрессанты или селективные ингибиторы обратного захвата серотонина.

Обзор литературы, посвященный связи между алкогольной зависимостью и тревожными расстройствами, свидетельствует о том, что у детей алкоголиков с большей вероятностью развиваются тревожные расстройства, чем в группе сравнения (Schuckit & Hesselbrock, 1994). Можно предположить наличие наследственной ассоциации между этими двумя классами заболеваний. Кроме того, высокий уровень коморбидности, выявленный некоторыми исследователями, отражает путаницу между истинными тревожными расстройствами у злоупотребляющих алкоголем лиц и преходящими, хотя иногда и тяжелыми, синдромами тревожности, вызванными употреблением психоактивных веществ.

### Паническое расстройство

Паническое расстройство до начала пубертата встречается редко; оно может проявляться как вместе с агорафобией, так и самостоятельно. До сих пор не появлялось публикаций, посвященных фармакологическому лечению панического расстройства у подростков. Недавнее исследование панического расстройства у взрослых свидетельствует об эффективности как бензодиазепамы алпразолама, так и трициклического антидепрессанта имипрамина при лечении острого панического расстройства по большинству показателей как панической, так и непанической тревожности, а также фобического избегания и связанной с паникой социальной беспомощности (Schweizer et al., 1993). Клиническое улучшение



было достигнуто без какой-либо сопутствующей поведенческой терапии или психотерапии и сохранялось во время 8-месячного курса поддерживающего лечения без увеличения дозы. Та же исследовательская группа изучала кратковременные и долговременные результаты постепенного снижения дозы препарата. Авторы пришли к заключению, что при длительном наблюдении пациенты, получавшие имипрамин или плацебо, при отсроченном обследовании чувствовали себя не хуже, чем принимавшие алпразолам, без сопутствующих проблем физической зависимости и трудностей отказа от лекарства, свойственных алпразоламу. Применение при паническом расстройстве когнитивной поведенческой терапии в отдельности приводило к лучшим исходам, чем той же терапии в сочетании с имипрамином. Можно предположить, что такой результат может быть отнесен за счет трудностей, связанных с отменой препарата. По данным лонгитюдного исследования панического расстройства у взрослых, страдающих нарушениями, связанными с приемом психоактивных веществ, применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина было менее результативным (Worthington, Pollack & Otto, 1996). Авторы работы пришли к заключению, что наличие нарушений, связанных с приемом психоактивных веществ, является негативным предиктором благоприятного исхода при лечении панического расстройства.

### **Беспокойство из-за разлуки и школьная фобия**

Эти расстройства изучаются на протяжении уже более 20 лет. В отличие от ранних сообщений о положительных результатах применения имипрамина (по сравнению с плацебо) недавние исследования не показали превосходства трициклических антидепрессантов (имипрамина, кломипрамина) над плацебо при лечении беспокойств из-за разлуки (Bernstein, 1990; Klein, Koplewicz & Kanner, 1992). Следует отметить, что имеются свидетельства связи беспокойства из-за разлуки и школьной фобии со взрослыми формами панических и депрессивных расстройств; таким образом, они могут оказывать долговременное влияние, если не подвергаются лечению (Gittelman & Klein, 1984; Weissman, Jarrett & Rush, 1987).

### **Чрезмерное беспокойство и избегание**

Группой авторов (Simeon et al., 1992) было проведено изучение эффекта алпразолама при лечении этих расстройств у детей и подростков. Лучших результатов по сравнению с применением плацебо получено не было. Эти данные резко отличаются от сообщений о положительном воздействии алпразолама на взрослых, и в будущих исследованиях Дж. Симеон и соавторы планируют увеличить дозу и длительность вмешательства. Эти исследователи в сво-

ей работе не рассматривали возможность аддиктивного потенциала алпразолама.

Гидрохлорид буспирона представляет собой снимающий тревожность препарат, фармакологически отличающийся от бензодиазепамов. Он оказывает меньшее седативное действие, чем другие снимающие тревожность средства, не усиливает эффекта алкоголя и обладает невысоким аддиктивным потенциалом. Буспирон был успешно применен для лечения подростка с расстройством чрезмерного беспокойства, не переносившего дезипрамин (Kranzler, 1988). Использование буспирона оказалось более успешным по сравнению с плацебо при лечении тревожности у взрослых алкоголиков. Данный препарат может быть полезен при лечении в клинике подростков с нарушениями, связанными с приемом психоактивных веществ, проявляющих симптомы тревожности.

### **Посттравматический стресс**

К настоящему времени немного подтверждает роль лекарственных средств в лечении посттравматического стресса. Основным методом терапии является когнитивно-поведенческая терапия, направленная на то, чтобы помочь пациентам преодолеть тревогу, отрицательные эмоции и чувство беспомощности. Изучение посттравматического стресса показало, что он представляет собой комплекс симптомов, лучше всего поддающийся фармакотерапии такими препаратами, как трициклические антидепрессанты, ингибиторы моноамин оксидазы, клонидин, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (Katz, Fleisher & Kjemisted, 1996). Наложение друг на друга посттравматического стресса и других тревожных и депрессивных расстройств создает трудности в оценке успешности применения различных лекарственных средств. При лечении дошкольников, страдавших посттравматическим стрессом, использовался клонидин (Harmon & Riggs, 1996); наиболее выраженные симптомы у большинства пациентов были купированы. Бензодиазепины, трициклические антидепрессанты и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина могут использоваться как вспомогательные средства при психосоциальной реабилитации подростков (Werry & Aman, 1993). Сообщения о фармакологических исследованиях лечения подростков с коморбидными посттравматическим стрессом и нарушениями, связанными с приемом психоактивных веществ, отсутствуют.

### **Обсессивно-компульсивное расстройство**

Психофармакологическое лечение обсессивно-компульсивного расстройства исследовалось весьма широко. Эти нарушения относительно редко встречаются среди лиц, злоупотребляющих пси-

хоактивными веществами. Снимающие тревожность препараты при лечении данного расстройства неэффективны, однако есть сообщения о лучшем по сравнению с плацебо эффекте трициклического антидепрессанта кломипрамина в купировании симптомов обсессивно-компульсивного расстройства у детей и подростков (De Veugh-Geiss et al., 1992). Кломипрамин, по-видимому, оказывает лучшее действие, чем дезипрамин, однако это заключение нуждается в проверке при будущих исследованиях. Проведенное с использованием плацебо изучение действия селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, таких как флувоксамин (лувокс) (Riddle, 1998) и флуоксетин (прозак) (Jenike et al., 1997), подтвердило их эффективность в лечении подростков, страдающих обсессивно-компульсивным расстройством. Указанные исследования могут иметь большое значение для развития фармакотерапии нарушений, связанных с приемом психоактивных веществ, с сопутствующим обсессивно-компульсивным расстройством у подростков.

## **Расстройства питания**

Анорексия и булимия — психические расстройства, по большей части свойственные представительницам женского пола. Феномен перехода от анорексии к булимии часто наблюдается в течение 5-летнего периода с момента возникновения анорексии (Sullivan et al., 1998). Если говорить о коморбидности с нарушениями, связанными с приемом психоактивных веществ, то диагноз булимии более распространен, чем диагноз анорексии (Sullivan et al., 1998). При проведении исследования двойным слепым методом с использованием плацебо не было найдено эффективной фармакотерапии анорексии. Лишь при немногочисленных испытаниях селективного ингибитора обратного захвата серотонина флуоксетина отмечался кратковременный положительный эффект.

Одним из диагностических критериев для выявления булимии, согласно DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), является использование слабительных и мочегонных препаратов для предотвращения увеличения веса. Неоправданное применение лекарств, не обладающих аддиктивным потенциалом, являющееся следствием расстройства питания, не соответствует критерию нарушения, связанного с приемом психоактивных веществ. Однако представительницы женского пола вообще и страдающие булимией в особенности имеют тенденцию принимать диетические таблетки. По данным работы Р. Е. Джонсон, Дж. Г. Бахманн и Р. М. О'Маллей (Johnson, Bachman & O'Malley, 1998), старшеклассники, как девушки, так и юноши, одинаково часто употребляли стимуляторы, но девушки чаще принимали диетические таблетки. Злоупо-

требление медикаментами, имеющими аддиктивный потенциал (например, стимуляторами, продающимися без рецепта), и тенденция принимать кокаин для снижения веса, упоминаемая в литературе, создают нозологическую проблему: служат ли расстройства питания критерием для постановки диагноза нарушений, связанных с приемом психоактивных веществ, в особенности когда пациент страдает булимией.

Начиная с середины 1980-х гг., фармакологические исследования, проведенные на взрослых пациентах, показали кратковременную эффективность нескольких антидепрессантов в уменьшении частоты приступов обжорства у страдающих булимией пациентов. В их число входят имипрамин, дезипрамин, фенелзин (ингибитор моноамин оксидазы), а также несколько антидепрессантов нового поколения — тразодон, бупроприон, флуоксетин (Kennedy & Garfinkel, 1992). Булимическая симптоматика улучшалась даже в отсутствие сопутствующей депрессии и не была связана с тяжестью заболевания до начала лечения или содержанием препарата в плазме крови. Эти данные не подтверждают результатов более ранних работ, связывавших этиологию расстройств настроения и питания на основании эпидемиологических и семейных исследований (Hudson, Pope & Jonas, 1983). Имеются сообщения об уменьшении частоты булимических эпизодов в случаях применения карбоната лития (Hsu, 1984).

## **Шизофрения**

Сообщения о коморбидности у подростков нарушений, связанных с приемом психоактивных веществ, и шизофрении отсутствуют. Однако нет и данных, полученных на взрослых пациентах, которые свидетельствовали бы о различиях в медикаментозном лечении больных шизофренией при наличии или отсутствии сопутствующих нарушений, связанных с приемом психоактивных веществ. Таким образом, пока не доказано обратного, нейролептики остаются той категорией лекарств, которые должны назначаться подросткам, страдающим нарушениями, связанными с приемом психоактивных веществ, и шизофренией.

## **Поведенческие нарушения**

Поведенческие нарушения, синдром дефицита внимания с гиперактивностью и расстройство, выражающееся в вызывающем поведении, составляют самую большую группу причин направления детей и подростков на психиатрическое лечение. Коморбидность среди этих расстройств весьма распространена, и

споры о том, является ли вызывающее поведение мягким вариантом или предшественником поведенческих нарушений, все еще не завершены (Abikoff & Klein, 1992). В детской и подростковой психиатрии агрессия чаще всего соотносится с диагнозом поведенческих нарушений. Кроме того, объектами фармакологического лечения как части всеобъемлющего вмешательства, включающего также психосоциальные и поведенческие компоненты, часто становятся импульсивность, раздражительность и лабильность настроения (Stewart, Myers & Burket, 1990). Начиная с 1960-х гг. для лечения агрессивного поведения используются нейрорептики; результаты противоречивы и к тому же наблюдаются выраженные побочные действия (Campbell, 1992). Литий, антиконвульсанты и бета-блокатор пропранолол применялись в клинике, но полученные результаты неоднозначны (Campbell, 1992; Kuperman & Stewart, 1987; Lavin & Rifkin, 1993). Имеются сообщения о лечении (открытом исследовании) склонных к насилию детей и подростков в возрасте 5—15 лет клонидином (Kempth, DeVane & Levin, 1993). У большинства пациентов агрессия снизилась; побочный эффект был минимален. Наиболее впечатляющие результаты медикаментозного лечения поведенческих нарушений в клинике у пациентов, страдающих и не страдающих синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, приводят в своей работе Р. Дж. Клейн и соавторы (Klein et al., 1997). Рандомизированное с применением плацебо исследование действия метилфенидата на пациентов в возрасте 6—15 лет, две трети которых страдали синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, показало, что главные аспекты социальной дезадаптации поддаются медикаментозному лечению. Эффект не зависел от тяжести изначальных симптомов.

Сообщается о том, что селективный ингибитор обратного захвата серотонина флуоксетин помогал взрослым с личностными расстройствами, не сопровождавшимися нарушениями настроения, или шизофренией при импульсивном агрессивном поведении лучше, чем плацебо (Coccaro & Kavoussi, 1997). При открытом исследовании небольшая группа подростков с нарушениями поведения, употреблявших марихуану, получала антиконвульсант дивалпрокс (Donovan, Susser & Nunes, 1996). Исследователи изучали связь между эпилептоидной активностью и вспыльчивостью, гипотеза о существовании которой была выдвинута Р. Р. Монро (Monroe, 1970). Марихуана, возможно, обладает антиэпилептоидной активностью и используется подростками с нарушениями поведения «для успокоения» (в порядке самолечения); таким образом, антиконвульсант мог бы заменить марихуану. У большинства испытуемых в результате применения дивалпрокса были обнаружены значительные улучшения поведения и настроения. Необходимы дальнейшие исследования в области фармакотера-

пии поведенческих расстройств у подростков при наличии или отсутствии сопутствующих нарушений, связанных с приемом психоактивных веществ.

Наиболее эффективным является медикаментозное лечение стимуляторами таких сопутствующих поведенческим нарушениям расстройств, как синдром дефицита внимания с гиперактивностью и облегчение симптомов депрессивных или тревожных состояний при помощи селективной фармакотерапии антидепрессантами.

Результаты двух небольших открытых исследований (Riggs et al., 1996; Riggs, Leon & Mikulich, 1998) говорят о том, что пемолин и бупроприон улучшают симптоматику гиперактивности с дефицитом внимания у подростков-делинквентов, имеющих нарушения, связанные с приемом психоактивных веществ. Кроме того, на той же популяции флуоксетин уменьшал депрессию (Riggs, Mikulich & Coffman, 1997).

## **Синдром дефицита внимания с гиперактивностью**

По определению, синдром дефицита внимания с гиперактивностью является рано возникающим (до 7 лет) расстройством, характеризующимся невнимательностью и/или гиперактивностью с импульсивностью. Его распространенность среди младших школьников оценивается в 3—5%. Частота синдрома дефицита внимания с гиперактивностью в определенной возрастной группе снижается на 50% примерно каждые 5 лет (Hill & Schoener, 1996). Значительная часть пациентов, страдающих синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, имеет такие возрастные отклонения, как трудности в обучении, а также такие психические расстройства, как колебания настроения, тревожность, поведенческие нарушения. Поведенческие проблемы считаются необходимым медиатором развития нарушения, связанного с приемом психоактивных веществ у пациентов, страдающих синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (Biederman et al., 1997).

Эффективность изначально использовавшихся для лечения этого нарушения фармакологических средств (например, стимуляторов) широко освещалась в литературе (Spencer et al., 1996); в их число входят метилфенидат (риталин), декстроамфетамин (декседрин), пемолин магния (килерт) и смешанные соли амфетаминов (аддерал). Стимуляторы улучшают поведение на уроках, успеваемость, межличностное общение, снижают стремление противоречить. Если состояние подростка не улучшается после проведения курса одного из стимуляторов, рекомендуется попробовать другой.

Побочные действия включают пониженный аппетит, потерю веса, бессонницу, эмоциональную лабильность и потенциально преодолимую (после отмены препарата) задержку роста. Недавние сообщения о нечастой, но выраженной связи между приемом пемолина и необратимым поражением печени вызывают озабоченность возможностью дальнейшего применения этого препарата. Злоупотребления используемыми в терапевтических целях стимуляторами взрослыми или подростками, страдающими синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, встречаются редко. Имеются сообщения о злоупотреблении внутривенным введением метилфенидата взрослыми (Parran & Jasinski, 1991) и интраназальным — подростками (Garland, 1998; Jaffe, 1991). Клиницисты должны принимать во внимание то обстоятельство, что сверстники, сиблинги и родители, особенно если они страдают нарушениями, связанными с приемом психоактивных веществ, могут превысить назначенные дозы медикаментов (Kaminer, 1992b).

Трициклические антидепрессанты также эффективны в купировании симптомов гиперактивности с дефицитом внимания (Wilens, Biederman & Geist, 1993). Дезипрамин и другие трициклические антидепрессанты могут служить альтернативой стимуляторам, хотя их предпочтительно применять в случаях наличия таких сопутствующих расстройств, как тревожность или депрессия. При их назначении следует учитывать побочные действия (рассмотренные выше), в особенности токсичность для сердечно-сосудистой системы, а также наличие антидепрессантов нового поколения (селективных ингибиторов обратного захвата серотонина). Следует отметить негативные последствия курения марихуаны во время лечения гиперактивности с дефицитом внимания трициклическими антидепрессантами (Wilens, Biederman & Spencer, 1997); в их число входят динамические когнитивные изменения, бред, тахикардия.

Клиническое воздействие антидепрессанта бупроприона приписывается его норадренергическому эффекту. Предполагается, что в этиологии гиперактивности с дефицитом внимания играют роль как допаминергические, так и норадренергические механизмы. Имеются сообщения о том, что прием бупроприона приводит к улучшению (от умеренного до выраженного) общих поведенческих показателей у подростков, страдающих гиперактивностью с дефицитом внимания или поведенческими нарушениями (Simeon et al., 1986). Это подтверждается и результатами исследования действия бупроприона, проведенного двойным слепым методом с использованием плацебо, на детей с диагнозом гиперактивности с дефицитом внимания (Conners et al., 1996). Сравнительное изучение действия препаратов показало сходную общую эффективность метилфенидата (Barrickman et al., 1995).

Для лечения синдрома дефицита внимания с гиперактивностью все чаще используется клонидин, агонист альфа-2 адренергических рецепторов. Он применяется изолированно или в сочетании со стимуляторами (Hunt, Capper & O'Connell, 1990). Клонидин также применяется для лечения связанной с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью бессонницы (Prince et al., 1996) и коморбидного тика (Steingard et al., 1993). В большинстве случаев наличие тика не является противопоказанием для применения стимуляторов. Одновременное с назначением таких препаратов, как клонидин и нейролептики, лечение тика обычно бывает эффективным. Нейролептики, карбамазепин, литий и вальпроевая кислота не рекомендуются при гиперактивности с дефицитом внимания из-за их сомнительной эффективности и серьезных побочных действий. Для подростков, страдающих нарушениями, связанными с приемом психоактивных веществ, и синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, лучше применять сочетанное лечение обоих расстройств, отдавая предпочтение препаратам с низким аддиктивным потенциалом, таким как пемолин или бупроприон (Riggs, 1998).

## **Сочетание психосоциального и фармакологического лечения**

В настоящее время исследователи приходят к единому мнению о том, что проблемы злоупотребляющих психоактивными веществами подростков могут быть разрешены только благодаря биопсихосоциальному многофакторному подходу. К.М. Кэрролл (Carroll, 1997) рекомендует одновременное использование некоторых форм психосоциального вмешательства и фармакотерапии для лечения нарушений, связанных с приемом психоактивных веществ, и особенно подчеркивает, что это будет способствовать воспроизводимости исследований и позволит преодолеть несколько общих для клинической практики трудностей (например, невыполнения медицинских назначений и этических проблем, связанных с использованием плацебо). По мнению исследовательницы, тщательная организация и стандартизация психосоциального контекста, в котором происходит лечение, позволят улучшить валидность, точность и эффективность исследований в области фармакотерапии.

В настоящее время нет доступных данных о сочетании фармакотерапии (как психической коморбидности, так и злоупотребления психоактивными веществами) с психосоциальными вмешательствами среди подростков, страдающих нарушениями, связанными с приемом психоактивных веществ. Однако клиницистам и исследователям следовало бы задуматься о том, что модель, предусматривающая сочетание фармакотерапии с психотерапией, в



каждом данном случае может привести к аддитивному, интерактивному или независимому эффекту, хотя возможна и большая эффективность этих направлений по отдельности. Несомненно, в этой области требуются дальнейшие исследования.

## **Направления будущих исследований в фармакотерапии**

Четыре важнейших принципа фармакологического лечения взрослых таковы:

- 1) лечение первичного заболевания;
- 2) использование наиболее щадящих методов вмешательства;
- 3) наличие количественных методов оценки эффективности лечения;

4) систематические испытания лекарств (Eichelman, 1988).

Эти положения даже еще более важны по отношению к юным пациентам. В клинических исследованиях и лечении подростков, страдающих нарушениями, связанными с приемом психоактивных веществ, и коморбидными расстройствами, главенствующую роль должны играть этические принципы (Munir & Earls, 1992). Необходимо улучшение информированности и образования публики, и в особенности родителей пациентов в том, что касается природы нарушений, связанных с приемом психоактивных веществ, и эффективности фармакотерапии. Тем пациентам, кто хотел бы поддержать свою мотивацию к выполнению медицинских назначений, следует присоединяться к группам самопомощи для страдающих нарушениями, связанными с приемом психоактивных веществ или коморбидными психическими расстройствами; если такие группы отсутствуют, их следует создавать. Родители и терапевты могут оказать значительную помощь в этом деле.

Исследование, которое провели А.Т.Маклеллан с коллегами (McLellan et al., 1993), упоминавшееся выше в разделе об опиатах, эмпирически подтвердило кумулятивный эффект лечения различных модальностей применительно к взрослым пациентам. Фармакотерапия в одиночку не может справиться со злоупотреблением несколькими наркотиками и с различными проблемами, с которыми сталкиваются подростки в процессе выздоровления. С другой стороны, ни одна психосоциальная стратегия не превосходит другие в борьбе с подростковым злоупотреблением наркотиками (Catalano et al., 1990, 1991). Начальная фармакотерапия может быть необходима для достижения кратковременного воздержания и обеспечения продолжения лечения, в то время как одновременные или следующие за нею психосоциальные вмешательства могут привести к более последовательной абстиненции и долговременным улучшениям. Такая ориентация в лечении под-

ростков, страдающих нарушениями, связанными с приемом психоактивных веществ, сходна с подходом к лечению депрессии (Weissman, Jarrett & Rush, 1987) или злоупотреблений психоактивными веществами у взрослых (Kranzler et al., 1995).

Суммируя, можно сказать, что фармакотерапия нарушений, связанных с приемом психоактивных веществ подростками, несомненно, будет продолжать развиваться и в конце концов расширится выбор препаратов, дающих хорошие результаты. Будущие работы в этом направлении должны включать систематическое изучение существующих и новых терапевтических агентов, строжайшее соблюдение этических принципов при лечении и исследованиях, улучшение информированности семей и средств массовой коммуникации, пропагандирование того, что фармакотерапия может оказаться важным компонентом всесторонних мультимодальных (например, биопсихосоциальных) вмешательств.

## **Протокол настойчивого ухода за подростками, злоупотреблявшими психоактивными веществами, в период реабилитации**

*Сьюзан Х. Годли, Марк Д. Годли,  
Майкл Л. Деннис*

Подростки, злоупотребляющие психоактивными веществами или страдающие зависимостью, поступают на лечение с разной степенью тяжести заболевания. Системы здравоохранения, существующие в большинстве районов Соединенных Штатов, предлагают различные уровни медицинских услуг в зависимости от потребности в лечении. Центр терапии злоупотребления психоактивными веществами (Center for Substance Abuse Treatment, 1993) издал руководство по лечению подростков, злоупотребляющих алкоголем и другими психоактивными веществами, предусматривающее три уровня амбулаторного и шесть типов стационарного лечения или помощи на дому. Американское общество лечения наркомании — ASAM (American Society of Addiction Medicine, 1996) выделяет пять уровней медицинских услуг, оказываемых подросткам: 1) раннее вмешательство; 2) амбулаторное лечение; 3) интенсивное амбулаторное лечение; 4) стационарное лечение под медицинским наблюдением; 5) интенсивное стационарное лечение под руководством врача.

Обзор истории лечения злоупотребления психоактивными веществами показывает быстрый рост в 1970—1980-х гг. возможностей выбора амбулаторного и домашнего лечения подростков; в 1990-х гг. произошло снижение числа таких программ. Причинами этого послужило развитие специализированной помощи и более строгий контроль со стороны общества (Bukstein, 1995; Norbett & McMenamy, 1996; White, 1998). Тем не менее в большинстве округов программы лечения подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, по месту жительства остаются доступными. Например, справочник за 1995 г. по медицинским учреждениям

пяти штатов Среднего Запада (Center for Healthcare Information, 1996) содержит сведения о 24 клинических и 25 амбулаторных (по месту жительства) программах, направленных на лечение подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами.

Обычной практикой является направление подростков с наиболее серьезными аддиктивными проблемами на лечение в специализированные учреждения (Bukstein, 1995): в нескольких штатах законом установлено выполнение рекомендаций ASAM при принятии решений в этом отношении. Стандартной практикой также является составление плана ухода в период выздоровления; в него обычно входит продолжающееся амбулаторное наблюдение. На деле же многие подростки в медицинских мероприятиях по окончании лечения не участвуют или участвуют в минимальной мере (Alford, Kochler & Leonard, 1991; Dennis et al., 1998; Hoffman & Kaplan, 1991). Одной из причин этого может быть то, что специализированные медицинские учреждения часто обслуживают обширные территории, и по возвращении в собственную общину подросток бывает вынужден обращаться за амбулаторным наблюдением к другому врачу. Такой переход может оказаться трудным, особенно когда мотивация к продолжению лечения низка, как это часто случается у подростков. Другой потенциальной причиной служит обилие проблем, встающих перед подростком: например, многочисленные семейные трудности, которые оказываются препятствием для правильной оценки необходимости дальнейшего лечения. Протокол настойчивого ухода после лечения (ПНУ) — ААР (Assertive Aftercare Protocol), описываемый в данной главе, специально разработан для подростков, проблемы которых требуют специализированного лечения и вероятность выполнения которыми рекомендаций на период выздоровления низка.

## **Теоретические предпосылки и логические обоснования**

ПНУ представляет собой многофакторный подход, предусматривающий предоставление подросткам, находившимся на специализированном лечении, настойчивого ухода с целью усиления их участия в медицинских мероприятиях после окончания лечения, а также увеличения общей эффективности лечения от злоупотребления психоактивными веществами.

Основой для создания протокола послужили:

- 1) характеристики популяции, на которую направлено вмешательство;
- 2) современные техники, улучшающие контакты с медицинским персоналом, осуществляющим уход после окончания лече-

ния, и делающие доступными другие необходимые виды вмешательства (например, мониторинг по телефону и посещения на дому);

3) перспективные техники, описанные в литературе, соответствующие характеристикам и потребностям подростков.

Данная популяция характеризуется многочисленными серьезными проблемами, что приводит к высокой частоте рецидивов после специализированного лечения. По возвращении из стационара подростки часто оказываются в окружении неблагоприятных взрослых в семье и/или сверстников, употребляющих психоактивные вещества.

Перспективные техники, доказавшие свою пригодность к применению в этой популяции, включают: поощрение участия подростка в медицинских мероприятиях после окончания лечения; обучение, применение на практике и подкрепление навыков, необходимых подростку в его естественном окружении для разрешения проблем, общения, преодоления гнева и предотвращения рецидива; работу с родителями и другими членами семьи с целью поддержки ими продолжающегося воздержания подростка от приема психоактивных веществ. «Подход общественной поддержки» — CRA (Community Reinforcement Approach) использует все эти техники и стремится так изменить социальное окружение подростка, чтобы обеспечить одобрение и поддержку его отказа от алкоголя и других наркотиков (Azrin, 1976; Azrin et al., 1982; Meyers & Smith, 1995).

Кроме того, поскольку злоупотребляющие психоактивными веществами подростки часто сталкиваются с многообразными проблемами и оказываются связаны с различными медицинскими и социальными службами, им требуется помощь в контактах с необходимыми (предписанными законом) инстанциями и защита их интересов в этой сложной системе.

Например, подросток может нуждаться в направлении в психиатрический центр для лечения психических отклонений или оказаться под присмотром чиновника, осуществляющего надзор за условно осужденными, который не вполне осознает необходимость для своего подопечного помощи других систем. Деятельность такого рода основывается на технике, предусматривающей, например, работу с подростком на дому (Godley et al., 1994; Godley, 1995; Siegal & Rapp, 1996; Willenbring et al., 1991).

Первый раздел настоящей главы касается сбора и углубленного анализа информации, характеризующей популяцию и перспективные, подкрепленные практикой стратегии работы с ней. Второй раздел посвящен обзору результатов, полученных с помощью ПНУ, который в настоящее время испытывается в рандомизированных полевых исследованиях.

## **Характеристики подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами**

Существует множество свидетельств того, что многие из подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, особенно те, кто направлялся на специализированное лечение, сталкиваются с многочисленными проблемами, в число которых входят: нахождение на учете в правоохранительных органах (Alford, Koehler & Leonard, 1991; CSAT, 1993; Schiff & Cavaiola, 1990; Winters, 1998); ситуации, когда они оказывались жертвами (Schiff & Cavaiola, 1990); симптомы посттравматического стресса и/или поведенческих нарушений (Adams & Wallace, 1994; Brown et al., 1995; Bukstein, 1995; Moss & Kirisci, 1995); наличие группы друзей-сверстников, употребляющих алкоголь и марихуану (Alford, Koehler & Leonard, 1991); другие связанные с психическим здоровьем проблемы, в том числе расстройства настроения, тревожность, расстройства питания, суицидальное поведение, серьезные психические заболевания (Bukstein, 1995; Clark et al., 1995; Fleisch, 1993; Schriff & Cavaiola, 1990); опека со стороны учреждений социальной защиты (Dennis et al., 1998). Кроме того, эти подростки часто отличаются рискованным сексуальным поведением (Martin et al., 1995; Schiff & Cavaiola, 1990), и по крайней мере одно исследование свидетельствует о том, что у пациентов клиники, лечившихся от злоупотребления алкоголем, были большие проблемы со здоровьем — перепады аппетита, потеря веса, экзема, головные боли, случаи потери сознания (Arria et al., 1995).

Семейное функционирование подростков также связано со злоупотреблением психоактивными веществами (Brook et al., 1990; Dishion, Patterson & Reid, 1988; Hawkins, Catalano & Miller, 1992; Hops et al., 1990). В обзоре исследований, посвященных потенциальным семейным факторам подросткового употребления наркотиков (Bukstein, 1995), указаны следующие из них: прием или злоупотребление наркотиками родителями; плохие детско-родительские отношения; родительская поддержка, оцениваемая как низкая; малая эмоциональная связь; неудачные стратегии родительского управления. Так, было обнаружено, что злоупотребление наркотиками родителей и наличие в их анамнезе психических заболеваний были более распространены в группе подростков, злоупотреблявших психоактивными веществами, чем среди подростков, не имеющих алкогольных или наркотических проблем (Schiff & Cavaiola, 1990). Было также выявлено, что сыновья пьющих родителей имели тенденцию также становиться пьющими (Cumes-Rayner et al., 1992). Те же авторы нашли, что много пьющие подростки чаще сообщали о трудностях в разрешении семейных

противоречия и о своем предпочтении проводить время вне дома, по сравнению с подростками, которые пили мало. Эти данные свидетельствуют о том, что дисгармония в семье может играть роль в злоупотреблении подростками психоактивными веществами.

## **Тяжесть заболеваний подростков, направляемых на специализированное лечение**

Недавнее исследование М.Л.Денниса с коллегами (Dennis et al., 1998) было посвящено оценке различий между группами подростков, направленных на амбулаторное или стационарное лечение, в зависимости от уровня назначенной им терапии (число испытуемых — 271 человек). Перед началом лечения все подростки заполнили общий начальный опросник личных потребностей — GAIN-I (Global Assessment of Individual Needs — Initial). Данный опросник охватывает восемь областей: сведения о пациенте и организации лечения; употребление психоактивных ве-

**Таблица 14.1. Демографические характеристики подростков, направленных на лечение злоупотребления психоактивными веществами в стационарные и в амбулаторные медицинские учреждения, %**

Демографический показатель	Пациенты амбулатории (N=54)	Пациенты стационара (N=217)	Всего (N=271)	$\chi^2$
Женский пол	26	37	35	2,46
Не белый	24	32	30	1,22
Семья с одним родителем	44	42	42	0,11
Опека органов социальной защиты	7	8	8	0,05
Работает/учится	61	59	59	0,08
В настоящее время на учете в правоохранительных органах	74	73	73	0,04
Был(а)/является бездомным	19	18	18	0,01
Еженедельное употребление алкоголя дома	20	25	24	0,48
Еженедельное употребление наркотиков дома	6	15	13	3,24
Был(а) жертвой насилия	65	73	72	1,52

Таблица 14.2. Количество подростков, сообщавших о тяжести заболевания, в соответствии с уровнем получаемой помощи, %

Симптомы тяжести заболевания	Пациенты амбулатории (N = 54)	Пациенты стационара (N = 217)	Всего (N = 271)	$\chi^2$
Эпизоды предшествовавшего лечения от злоупотребления психоактивными веществами:				26,61*
ни одного	59	24	31	
один	24	32	31	
два и более	17	44	38	
Употребление наркотиков (еженедельное за последние 90 дней):				
алкоголь	4	33	27	18,50*
марихуана	41	64	59	9,34*
крэк/кокаин	2	11	9	4,38*
героин/опиоиды	2	5	4	1,06
другие наркотики	6	16	14	4,01*
Выраженность употребления алкоголя:				16,56*
никакой	2	1	2	
употребление	32	19	21	
злоупотребление	52	36	39	
психическая зависимость	0	6	5	
физиологическая зависимость	15	38	34	
Выраженность употребления наркотиков:				31,02*
никакой	0	1	1	
употребление	24	4	8	
злоупотребление	33	24	26	
психическая зависимость	4	8	7	
физиологическая зависимость	39	64	59	
Психическое здоровье**:				
общее психическое расстройство	28	49	45	7,77*
посттравматический стресс***	43	54	51	2,14
синдром дефицита внимания с гиперактивностью***	55	56	51	0,01
поведенческое нарушение***	35	59	53	8,87*



Симптомы тяжести заболевания	Пациенты амбулатории (N = 54)	Пациенты стационара (N = 217)	Всего (N = 271)	$\chi^2$
Сексуальный риск (за последние 90 дней)				
ни одного партнера	39	27	30	
один партнер	35	33	30	
многочисленные партнеры	26	40	37	
незащищенный секс	41	47	46	

\*  $p < 0,05$ .

\*\* Пациенты, имевшие показатели «клинический симптом» или «острое состояние» по соответствующим шкалам.

\*\*\* Для этих показателей  $N = 187$ .

ществ; физическое состояние; связанное с риском поведение; психическое здоровье; окружение; легальное положение; профессия (Dennis et al., 1996). Вопросы в каждом разделе касались основных проблем и времени их возникновения. Если выяснялось, что какая-то проблема появилась на протяжении последнего года, задавались дополнительные, связанные с симптомами вопросы (например, выяснялось соответствие критерию алкогольной зависимости). Если временем возникновения проблемы оказывались последние 90 дней, подросток предоставлял детальный поведенческий отчет (например: назвать число дней употребления алкоголя; число дней, когда выпивалось больше пяти стандартных доз, и т.д.). Опросник содержит подробные вопросы: о стиле жизни и текущем (за последние 90 дней) обращении за услугами в различные службы; об изменениях когнитивного стиля испытуемого (например, о его самоэффективности в отказе от алкоголя); о приеме наркотиков; о сопротивлении или мотивации к лечению; о том, чего в настоящий момент испытуемый хочет от медицинского учреждения. Заинтересованный читатель может обратиться к сайту [www.chestnut.org/LI/gain](http://www.chestnut.org/LI/gain) за дополнительной информацией по поводу психометрических качеств этого инструмента.

Сравнение данных о пациентах, направленных на амбулаторное и стационарное лечение, не показало значимых различий в демографических переменных (см. табл. 14.1), но выявило такие различия в клинических показателях (табл. 14.2). Подростки, направленные на стационарное лечение, по сравнению с амбулаторными больными чаще сообщали о двух или более предшествовавших случаях лечения от злоупотребления психоактивными веществами (44 и 17 % соответственно), о еженедельном употребле-

Коэффициент Т (среднее значение = 50,  
стандартное отклонение = 10)

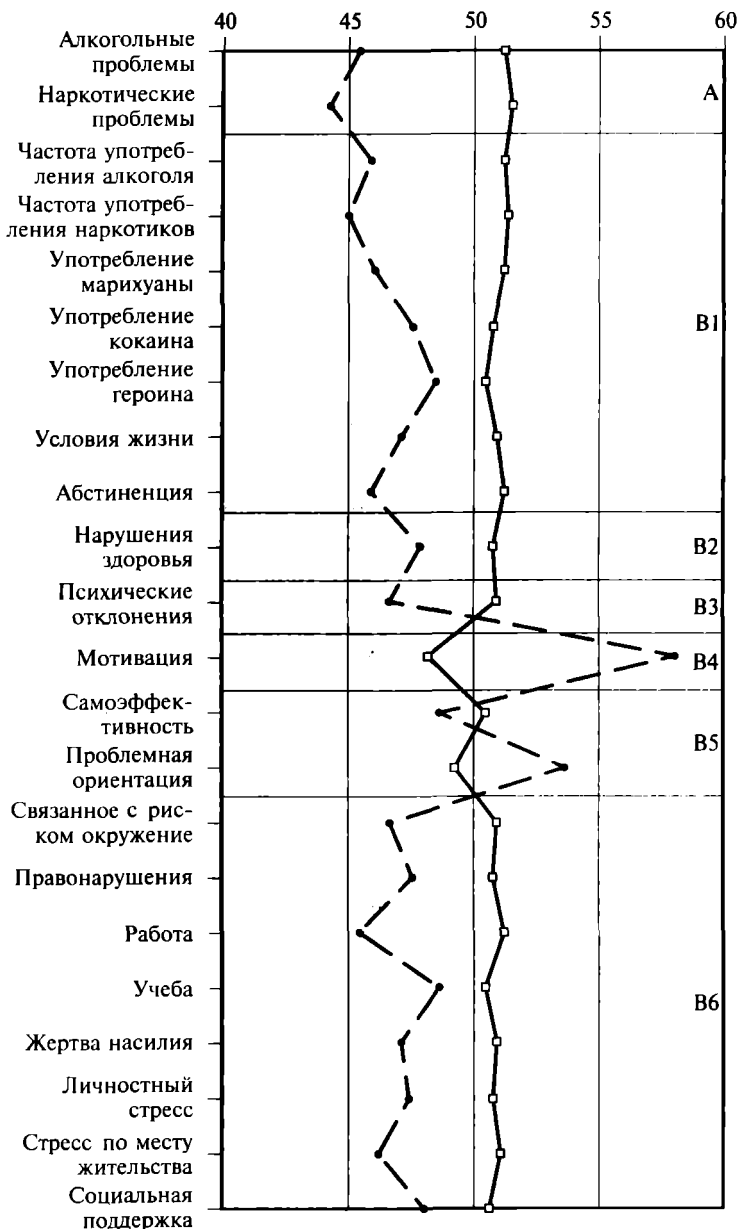


Рис. 14.1. Сравнение средних стандартизованных показателей GAIN-I для подростков, направленных на амбулаторное и стационарное лечение по поводу злоупотребления психоактивными веществами:  
—●— амбулаторное лечение (n = 54); —□— стационарное лечение (n = 217)

**нии алкоголя (4 и 33 %) и наркотиков**, преимущественно марихуаны (46 и 66 %). Пациенты стационара по сравнению с направленными на амбулаторное лечение также чаще сообщали о симптомах психологической зависимости от алкоголя (15 и 38 % соответственно) или наркотиков (39 и 64 %) и реже о симптомах злоупотребления (52 и 36 %) и употребления наркотиков (32 и 19 %). Значимых различий в отношении рискованных сексуальных контактов за последние 90 дней выявлено не было; представители обеих групп сообщали о рискованном сексе с одним партнером в 33 % случаев, со многими партнерами — в 37 %, о сексе без всяких средств предохранения — в 46 %. В обеих группах также не было значимых различий в частоте посттравматического стресса или синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, хотя о симптомах обоих этих расстройств сообщали многие испытуемые. Когда средние по 22 индексам GAIN-I, касающимся тяжести заболевания, были стандартизованы и выражены в форме графиков, различия между двумя группами стали очевидны: испытуемые из группы направленных на стационарное лечение имели более тяжелые проблемы по всем показателям, кроме двух (рис. 14.1).

Показатели приведены в соответствии с критериями Американского общества лечения наркомании (ASAM): А — диагноз; В1 — интоксикация/абстиненция; В2 — биомедицинский; В3 — психологический; В4 — принятие/сопротивление лечению; В5 — потенциал рецидива; В6 — окружение при выздоровлении. Показатели нормализованы при среднем отклонении, равном 50, и стандартном, равном 10; таким образом, разница в 5 пунктов эквивалентна величине эффекта в 0,5, а в 10 пунктов — величине эффекта в 1,0.

## **Результаты реабилитации после пребывания в стационаре**

Не приходится удивляться тому, что в силу серьезности проблем, с которыми сталкиваются злоупотребляющие психоактивными веществами подростки, многие исследования свидетельствуют о высокой частоте рецидивов. Более того, хотя многие программы приводят к снижению употребления подростками наркотиков, они далеко не так успешны в уменьшении потребления алкоголя и марихуаны — психоактивных веществ, наиболее часто принимаемых подростками в США (Catalano et al., 1991). Было обнаружено, что у 60 % подростков, злоупотреблявших психоактивными веществами, в течение первых 3 месяцев после выписки из специализированного медицинского учреждения происходит рецидив; в течение 12 месяцев рецидив отмечается у 80 % из них (Brown, Vik & Creamer, 1989). Те же исследователи установили,

что большинство рецидивов обусловлено социальным давлением пьющих сверстников. Б. П. Кеннеди и М. Минами (Kennedy & Minami, 1993) нашли, что 47 % подростков, прошедших 3-дневное лечение в стационаре и участвовавших в 22-дневной программе жизни на природе, сообщали о воздержании от алкоголя и других наркотиков на протяжении года после лечения. У испытуемых из этой выборки рецидивы чаще всего случались в первые 3 месяца после выписки. Те подростки, которые после лечения не присоединились к «Анонимным алкоголикам/Анонимным наркоманам», с большей вероятностью оказывались жертвами рецидивов.

Н. Г. Хоффман и Р. А. Каплан (Hoffman & Kaplan, 1991) приводят данные о селективной выборке из 800 подростков, подвергшихся стационарному лечению. Программа предусматривала частное наблюдение за пациентами. Большинство подростков принадлежало к семьям из среднего класса, где по крайней мере один из родителей имел работу. Исследователи обнаружили разительные различия в частоте воздержания подростков от психоактивных веществ в зависимости от того, в какой мере пациенты участвовали в медицинских мероприятиях после выписки. Например, наилучшие результаты достигались в тех случаях, когда подростки принимали участие в таких мероприятиях дважды в неделю или чаще на протяжении года после окончания лечения. Посещение родителями групп поддержки и уровень злоупотребления психоактивными веществами сверстниками, с которыми общался подросток после лечения, также были тесно связаны с продолжительностью воздержания. Следует отметить, что в данной выборке только 25 % участников посещали группы поддержки или участвовали в медицинских мероприятиях после окончания лечения на протяжении первого года после выписки. Эти результаты свидетельствуют о том, что даже в группе сравнительно обеспеченных подростков выполнение рекомендаций на период выздоровления было недостаточным.

При обследовании через 6 месяцев 157 подростков, участвовавших в программе стационарного лечения, основанного на принятом «Анонимными алкоголиками/Анонимными наркоманами» подходе «Двенадцать шагов», процент участников, придерживавшихся воздержания или почти воздержания (три или менее отступлений), колебался от 30 до 75 с наилучшими показателями у представительниц женского пола (Alford, Koehler & Leonard, 1991). Степень воздержания немалого изменялась по истечении одного года (28—70 %) и двух лет (27—61 %), хотя между отдельными группами имелись значительные различия. Например, 71 % представителей мужского пола достигли критерия воздержания или в основном воздержания при обследовании через 6 месяцев, но только 48 % соответствовали этим критериям при обследовании через год. Другим результатом являлось то, что участники, кото-

рые посещали собрания «Анонимных алкоголиков/Анонимных наркоманов», с большей вероятностью соблюдали воздержание при обследовании через два года.

Р. Норберт и К. Макменами (Norbert & McMenamy, 1996) сообщают об исходах, наблюдавшихся через год после прохождения 45-дневного лечения в отделении химической зависимости, осуществлявшем программу поддержки подростков в период выздоровления. Данные основывались на сообщениях родителей о поведении подростков и заполнении опросников в группах помощи во время выздоровления или по телефону. По отчетам родителей, 57 % подростков не употребляли алкоголь или наркотики через 6 месяцев после выписки, а 82 % не делали этого в течение последнего месяца. Следует отметить, что валидность приведенных данных может быть подвергнута сомнению в силу того, что использовались отчеты родителей, а не самих подростков, и болезненные вопросы задавались в присутствии других пациентов на групповом занятии.

М.Л. Деннис и соавторы (Dennis et al., 1998) применили версию GAIN для обследования 177 подростков через 3 месяца после их выписки из клиники, где они находились от одной до 34 недель. Исходы лечения от злоупотребления психоактивными веществами были разделены на пять категорий: стабильное воздержание в домашнем окружении; при амбулаторном лечении; при лечении в стационаре; во время тюремного заключения; рецидив, требующий госпитализации. 60 % обследованных имели рецидивы и нуждались в госпитализации на основании одного из следующих критериев: 1) сообщали об употреблении алкоголя или наркотиков на протяжении 13 или более дней за последние 90 дней; 2) сообщали о том, что пили на протяжении целого дня или выпивали пять или более доз алкоголя в течение дня за последние 90 дней; 3) сообщали о том, что алкоголь или наркотики препятствовали выполнению ими обязанностей по дому, на работе или в школе в течение одного или более дней за последние 90 дней; 4) пили или принимали наркотики в течение последней недели; 5) употребляли наркотики целый день или более пяти раз в день за последние 90 дней; 6) испытывали негативные физические симптомы при попытке снизить прием алкоголя или наркотиков; 7) имели любую комбинацию 12 из 22 симптомов абстиненции по DSM-IV на протяжении последней недели. В момент обследования 14 % испытуемых находились под наблюдением, 2 % — на стационарном лечении по поводу злоупотребления психоактивными веществами, 1 % — на амбулаторном лечении по поводу злоупотребления психоактивными веществами и 24 % проявляли стабильное воздержание. Хотя все подростки при выписке были направлены на поддерживающее лечение на период выздоровления, только 36 % из них сообщали о посещении одного или более поддерживающих занятий и 28 % — о посещении двух или более.

## **Техники лечения, связанные с предотвращением рецидива**

В работе Р. Каталано с соавторами (Catalano et al., 1991) рассматриваются связанные с возникновением рецидивов факторы: как те, что предшествовали лечению, так и те, что имели место во время лечения, а также после него. Рассмотрение факторов, предшествующих лечению и выявленных во время него, показывает, что пациенты, отличающиеся многократными правонарушениями, могут нуждаться в более интенсивном и долгом лечении. Положительные результаты дают программы, направленные на образование, организацию свободного времени, отдыха, общения с просоциальными группами. Участие родителей во всех этих мероприятиях во время лечения имело положительную корреляцию с завершением курса и отсутствием проблем. Программы, предполагавшие практический, ориентированный на разрешение проблем подход, оказались более успешными, чем психоаналитические или конфронтационные.

Хотя существует мнение о том, что факторы, возникающие после окончания лечения, ответственны за большую часть различий в исходах, они рассматривались только в одном из включенных в обзор исследований. Полученные данные свидетельствуют о необходимости уделять внимание вопросам образования и проводить тренинг поведенческих и когнитивных навыков, что помогло бы снизить тягу к наркотикам и улучшить социальное функционирование. Такие навыки рассматриваются как инструменты, помогающие подросткам устанавливать не связанные с наркотиками социальные контакты в школе и на работе.

В последнее время проведено несколько исследований факторов, связанных с рецидивами у подростков, и их отличий от факторов, влияющих на рецидивы у взрослых. Было обнаружено, что умение справляться с проблемами, оцененное во время лечения, является предиктором исхода через 6 месяцев по окончании лечения и может играть важную роль в предотвращении ситуаций, несущих в себе высокий риск рецидива (Myers, Brown & Mott, 1993). Имеются свидетельства важности социальной поддержки и умения разрешать проблемы в ситуациях, связанных с высоким риском рецидива (Myers & Brown, 1990; Richter, Mott & Brown, 1992; Vic, Grizzle & Brown, 1992). Полученные данные говорят о том, что подростки сталкиваются с ситуациями, делающими рецидив вероятным, и что существуют процедуры, которые могут уменьшить их частоту. Выдвигается гипотеза, согласно которой рецидив может быть предотвращен или смягчен благодаря большому вовлечению подростков в программы поддержки в период

выздоровления (Alford, Koehler & Leonard, 1991; Catalano et al., 1991; Fertman, 1991; Fertman. & Toca, 1989).

Участие семьи в лечении также, по-видимому, обуславливает снижение частоты рецидивов. В лечении подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, использовались разнообразные модели привлечения семьи, в том числе многофакторная семейная терапия — MDFT (Liddle, 1992; Liddle & Dakof, 1995; Diamond & Liddle, 1996; Schmidt, Liddle & Dakof, 1996), функциональная семейная терапия — FFT (Waldron & Slesnick, 1998; Waldron et al., 2000) и поведенческие методы, включая заключение соглашения и техники разрешения проблем (Azrin et al., 1994; Bry, Conboy & Bisgay, 1986; Bry, 1988). Полученные к настоящему времени данные свидетельствуют о том, что проводимые на базе семьи программы могут привлекать к участию подростков с серьезными аддиктивными проблемами и их родителей и поддерживать у них интерес к лечению (Liddle, Dakof & Diamond, 1991; Santisteban et al., 1996), значительно снижать употребление подростками наркотиков и связанные с этим коморбидные симптомы за относительно короткое время (Joanning et al., 1992; Lewis et al., 1990; Bry et al., 1986; Friedman, 1989; Henggeler et al., 1991) и сохранить достигнутые результаты на протяжении от полугода до года (Liddle et al., Szapocznik et al., 1989). С момента начала ухода в период реабилитации подростки восстанавливают связи с семьей после периода разлуки, обусловленной пребыванием на стационарном лечении и/или другими обстоятельствами (например, тюремным заключением). Возобновление совместной жизни может быть трудным как для подростка, так и для его родителей; обе стороны иногда бывают рады отдохнуть друг от друга. Учитывая эффективность вмешательства на базе семьи после стационарного лечения и очевидные преимущества семейного воссоединения, можно заключить, что участие семьи в реабилитации злоупотреблявших психоактивными веществами подростков является ключевым моментом в уходе в период выздоровления.

Исследователи, работающие в области лечения подростков (Alford, Koehler & Leonard, 1991; Catalano et al., 1989; Fertman, 1989; Fertman & Toca, 1989), настоятельно призывают к усилению компонентов ухода в период реабилитации. О.Г. Букштейн (Bukstein, 1995) также усиленно рекомендует настойчивое вмешательство по окончании лечения, которое должно обладать следующими характеристиками:

- 1) быть интенсивным и достаточно длительным;
- 2) быть многофакторным, т.е. воздействовать на разнообразные стороны жизни подростка;
- 3) быть чувствительным к культурным и социоэкономическим особенностям окружения подростка;
- 4) поощрять семейные контакты;

5) поощрять взаимодействие с разнообразными социальными службами, такими как правоохранительные органы по делам несовершеннолетних, служба социального обеспечения подростков, группы самопомощи;

6) включать те компоненты, которые подкрепляют изменения, достигнутые во время первоначального лечения.

Протокол настойчивого ухода представляет собой попытку создать руководство по многостороннему вмешательству в период реабилитации, которое можно было бы воспроизводить и изучать.

## **Описание протокола настойчивого ухода**

Протокол настойчивого ухода во время реабилитации в настоящее время испытывается на подростках, помещенных в стационар, обслуживающий 11 графств площадью 7477 квадратных миль в центральном Иллинойсе. Вмешательство на основе ПНУ может применяться к подросткам, которые по крайней мере в течение недели находились на стационарном лечении независимо от того, успешно или нет они его завершили. В настоящее время вмешательство на основе ПНУ доступно для подростков и заботящихся о них взрослых на протяжении 12—14 недель после выписки.

Во время вмешательства ответственный за подростка сотрудник встречается с ним примерно 10 раз, дважды с заботящимися о подростке взрослыми, дважды совместно с тем и другими и по мере надобности контактирует с коммунальными службами (школой, правоохранительными органами, службой социального обеспечения подростков, психиатрическими учреждениями). Большинство встреч с участниками и с заботящимися о них взрослыми проходят в домашних условиях. Это способствует вовлечению пациентов в мероприятия, особенно если учесть, что размер обслуживаемой стационаром территории делает затруднительными посещения самого медицинского учреждения. Кроме того, исследования показывают, что большинство пациентов избегают традиционного ухода, когда он осуществляется по обычной амбулаторной схеме. В дополнение к индивидуальным встречам с подростком и членами его семьи сотрудники могут связываться с ними по телефону между встречами, посылать открытки одобрительного содержания или водить их в ресторан или другое место отдыха для совершенствования социальных навыков.

**Встречи с подростком.** Хотя, осуществляющие вмешательство на основе ПНУ сотрудники поощряют подростков в участии во всех реабилитационных мероприятиях, рекомендованных им при выписке из стационара, ответственный за данного пациента сотрудник осуществляет предписанные ПНУ меры независимо от выполнения подростком других назначений. За время продолжи-



тельного стационарного лечения пациенты получают хотя бы некоторую подготовку в использовании навыков (разрешение проблем, общение, предотвращение рецидива), и на период реабилитации их задачей является применение этих навыков в повседневной жизни. В случае необходимости сотрудник, работающий на основе ПНУ, должен использовать любые процедуры из перечисленных в руководстве по социальной поддержке подростков (Adolescent Community Reinforcement — Godley et al., в печати), включающем: 1) функциональный анализ связанного с употреблением психоактивных веществ поведения; 2) функциональный анализ просоциального поведения; 3) использование «шкалы счастья и целей консультирования» для помощи подростку в постановке целей; 4) формирование навыков общения; 5) обучение навыкам разрешения проблем; 6) социальное/рекреационное консультирование; 7) консультирование по поводу взаимоотношений в семье/со сверстниками; 8) трудоустройство; 9) предотвращение рецидива (Meyers & Smith, 1995). На протяжении всех встреч сотрудник, осуществляющий вмешательство на основе ПНУ, работает с подростком, выявляя подкрепляющие факторы, помогая в постановке собственных целей и определении привлекательных для пациента видов просоциальной активности для замены связанного с наркотиками поведения. При его вовлечении в реабилитационные мероприятия сотрудник проявляет позитивное, безоценочное отношение, подчеркивая, что использование обретенных навыков и освобождение от психоактивных веществ сделают его жизнь лучше, а будущее — более светлым. К целям индивидуальных встреч с подростком относятся:

1. *Поощрение продолжающегося воздержания от алкоголя и наркотиков.* Большинство подростков не употребляют их во время стационарного лечения, но потом возвращаются в то окружение, где раньше они принимали психоактивные вещества. Чтобы помочь подростку отказаться от алкоголя и наркотиков, функциональный анализ связанного с употреблением психоактивных веществ поведения, который, возможно, проводился во время стационарного лечения, обновляется или проводится заново, чтобы помочь пациенту выявить ситуации, служащие возможными триггерами рецидива, и составить план альтернативных занятий. Сотрудник, осуществляющий вмешательство на основе ПНУ, поощряет также посещение регулярных занятий, проводимых в период реабилитации, и, если возможно, групп, применяющих метод «Двенадцати шагов». Другой процедурой, способствующей воздержанию, является ежемесячный анализ мочи. Результаты анализа не должны использоваться для наказания; скорее отрицательный результат может послужить для подкрепления достигнутых подростком успехов, а положительный — как основание привлечь внимание пациента к предотвращающим рецидив процедурам, нега-

тивными последствиями продолжения приема психоактивных веществ и позитивным сторонам стиля жизни без алкоголя или наркотиков. Если рецидив все же случается, целью должно быть его преодоление или сведение потребления психоактивных веществ к минимуму.

**2. Поощрение позитивных социальных контактов.** Благодаря функциональному анализу просоциального поведения сотрудник помогает подростку определить сферы своих интересов и ознакомиться с деятельностью общины, а также выделить группы сверстников, не употребляющих психоактивные вещества. Тренинг навыков общения и разрешения проблем как с самим подростком, так и с его родителями содействует созданию позитивных взаимоотношений дома и в других ситуациях.

**3. Минимизация дистресса.** Хотя работа в соответствии с ПНУ в первую очередь направлена на снижение потребления алкоголя и наркотиков, перед осуществляющими его сотрудниками открывается широкое поле деятельности. При помощи «шкалы счастья» можно оценить чувства подростка в одиннадцати областях и помочь ему определить наиболее важные цели; предполагается, что если подросток положительно относится к определенным сферам своей жизни (школе, межличностным отношениям, работе, контактам с правоохранительными органами, управлению финансами), то обилие подкреплений в окружении увеличивает вероятность воздержания от алкоголя и наркотиков.

#### **Распределение по времени встреч с подростком и их содержание.**

Целью первоначальных встреч является установление распорядка и обновление или проведение заново функционального анализа связанного с употреблением психоактивных веществ поведения и просоциальных действий. Более поздние встречи сходны между собой в том отношении, что ведущий их сотрудник постоянно оценивает потребность в определенных процедурах, выявляет необходимые пациенту подкрепления, использует образовательные возможности для укрепления приобретенных навыков. Типичная деятельность такого рода при встречах с подростком включает:

1) вопросы о том, не произошел ли рецидив, и обзор процедур, направленных на его предотвращение;

2) поиск возможностей применить отрабатываемые навыки (навыки решения проблем, общения, сдерживания гнева, поиска работы) к разрешению проблем, возникающих в реальной жизни;

3) вопросы о посещении занятий, предписанных на период реабилитации, и поощрение их посещения;

4) обсуждение социальной активности и ее поощрение;

5) выполнение простых «домашних заданий» для практики в приобретенных навыках и поиске возможностей просоциальных занятий.

**Встречи со взрослыми, заботящимися о подростке.** Цель встреч со взрослыми, заботящимися о подростке, — облегчить пациенту и его семье переход от стационарного лечения к обычной домашней жизни и помочь взрослым получить необходимую информацию, а также овладеть навыками поддержки подростка в период реабилитации. Можно предположить, что только что выписанный из стационара подросток и члены его семьи после его возвращения домой будут нуждаться в приспособлении к новой ситуации. Возможно также участие родителей в лечении, в зависимости от того, к чему их подготовили за время пребывания подростка в стационаре. В большинстве случаев взрослые, заботящиеся о подростке, в этот период посещают группы семейного образования, осваивая новые техники общения. Встречи с сотрудником, ответственным за данного подростка, предоставляют возможность усовершенствовать навыки, приобретенные на таких занятиях. Работа с родителями направлена на то, чтобы заручиться их поддержкой в реабилитации подростка, снабдить их дополнительной информацией и предоставить возможность попрактиковаться в важных родительских навыках, таких как позитивное общение и разрешение проблем. Хотя члены семьи могут отягощать ситуацию, сами употребляя психоактивные вещества или не обладая нужными родительскими умениями, сотрудник, осуществляющий вмешательство на основе ПНУ, должен общаться с ними в неконфронтационной и, наоборот, поддерживающей манере. Цели встреч со взрослыми, заботящимися о подростке, таковы.

*Обучение самым важным действиям, направленным на предотвращение рецидива.* Большинство подростков во время пребывания в стационаре не принимают психоактивных веществ, но возвращаются они в окружение, в котором раньше их принимали. Сотрудники, осуществляющие вмешательство на основе ПНУ, знакомят родителей с основными видами родительского поведения, способствующего выздоровлению подростка. Прежде всего желательно, чтобы в присутствии сына или дочери родители служили положительной ролевой моделью в отношении приема психоактивных веществ. Поощряются позитивные виды общения в семье (т.е. доброжелательные, а не критические высказывания в адрес подростка) и родительский мониторинг — отслеживание того, где и с кем подросток находится. Родителям также рекомендуется активно участвовать в его жизни вне дома. Помощь просоциальной активности подростка может выражаться в предоставлении транспорта или в записи на те рекреационные мероприятия, которые проводятся в общине (Vry, 1998; Catalano, 1998; Hops, 1998).

*Улучшение позитивного общения в семье.* Большинство семей может извлечь пользу из освоения техник позитивного общения, поскольку пережили очень тяжелый период, связанный с поведением подростка, предшествовавшим его госпитализации. Поэто-

му во время встреч с родителями сотрудник, осуществляющий вмешательство на основе ПНУ, обучает их техникам позитивного общения с целью распространения этого опыта в целом на контакты в семье.

*Оценка того, нужны ли дополнительные направления на лечение.* Нередко приходится сталкиваться с серьезными проблемами, связанными со злоупотреблением психоактивными веществами родителей, с насилием в семье, психическими заболеваниями членов семьи. Частью обязанностей сотрудника, осуществляющего вмешательство на основе ПНУ, является определение того, не нуждается ли семья в обращении к соответствующим службам по поводу этих серьезных проблем.

**Распределение по времени и содержание встреч со взрослыми, заботящимися о подростке.** При первой встрече сотрудник, осуществляющий вмешательство, договаривается о расписании дальнейших занятий и знакомит родителей с ПНУ. На второй встрече родители знакомятся с навыками общения и разрешения проблем и практикуются в них. Желательно, чтобы на третьей и четвертой встречах со взрослыми, заботящимися о подростке, присутствовал и он сам. Таким образом, все участники получают возможность определить, в каких областях семейных взаимоотношений требуется работа на основании сравнения вариантов «шкалы счастья», заполненной подростком и его родителями, и отработать навыки общения и разрешения проблем в ролевых играх на материале повседневной жизни.

**Деятельность по руководству реабилитацией.** Поскольку для подростков, представителей данной популяции, характерно множество сопутствующих проблем, руководство процессом реабилитации составляет важную часть ПНУ (Godley et al., 2001). Как уже отмечалось, многие из подростков находятся на учете в правоохранительных органах и, если еще учатся в школе, имеют академические проблемы, а также страдают психическими расстройствами и сталкиваются с неблагополучием в семье. Ввиду этого ими занимаются весьма многие организации. Нередко такие подростки к тому времени, когда попадают на стационарное лечение, оказываются условно осужденными, а по возвращении домой бывают обязаны проходить амбулаторное лечение по поводу злоупотребления психоактивными веществами. Некоторые из них имеют психические отклонения и нуждаются в психиатрической помощи. Определение того, требуют ли эти дополнительные проблемы направления в соответствующие организации, является главной обязанностью сотрудника, осуществляющего вмешательство на основе ПНУ. Обращение в службы, имеющиеся в общине по месту жительства, большинству подростков дается нелегко, несмотря на определенную законом обязанность делать это. Сотрудники, работающие в соответствии с ПНУ, помогают своим

клиентам участвовать в проводимых по месту жительства программах, осуществляя мониторинг и необходимое содействие. Оно может включать предоставление транспорта, получение медицинской, зубоврачебной, психиатрической помощи, контакты с образовательными, рекреационными, социальными учреждениями и службой по трудоустройству. Подобная работа нередко предоставляет возможность применять и другие процедуры, такие как тренировка навыков разрешения проблем и общения. Сотрудники, осуществляющие вмешательство на основе ПНУ, активно обсуждают потребности своего клиента с представителями других служб и присутствуют на собраниях их персонала. Они, как правило, обладают уникальной возможностью вникнуть в ситуацию подростка благодаря домашним визитам и работе с заботящимися о нем взрослыми; это увеличивает эффективность их деятельности в качестве адвокатов клиентов. Такие сотрудники стараются содействовать и подросткам, и их семьям в получении необходимой помощи и положенных им услуг. Это может включать посредничество при использовании ресурсов разных служб, при общении с государственными чиновниками, в разъяснении подросткам и их родителям их прав.

## **Пилотное исследование**

Рандомизированное полевое исследование, осуществляемое в настоящее время, является первой попыткой изучить эффективность ПНУ. В рамках квазиэкспериментального пилотного исследования сравниваются результаты в группах подростков, подвергавшихся вмешательству на основе ПНУ и такового не получавших (Godley et al., 1994). Испытуемыми были 58 подростков, прошедших лечение в стационаре и добровольно вызвавшихся участвовать в исследовании, которых удалось обследовать через 3 месяца после выписки. Средний их возраст составил 15,5 лет; большинство (78 %) были представителями мужского пола; 85 % принадлежали к белым не латиноамериканцам, 11 % — к афроамериканцам, 3 % — к латиноамериканцам. В момент начала исследования 24 % испытуемых были условно осужденными, 83 % подвергались аресту по крайней мере один раз за предшествовавшие 12 месяцев и 25 % однажды отбывали срок заключения. Средний возраст начала употребления алкоголя и наркотиков составлял 12,3 года. Для 88 % представителей выборки алкоголь был первым или вторым из испробованных психоактивных веществ. Многие из испытуемых (85 %) употребляли также марихуану; 55 % подростков сообщали о еженедельном употреблении алкоголя, 14 % — о ежедневном, еженедельно употребляли марихуану 22 %, ежедневно — 36 %.

В подтверждение рассмотренных выше литературных данных примерно 64 % испытуемых употребляли алкоголь один или более раз в течение 3 месяцев после выписки; при этом частота употребления алкоголя в группе подростков, подвергавшихся вмешательству на основе ПНУ, была меньше, чем в группе сравнения (5,15 и 9,00 дней соответственно,  $d = 2,406$ ). Частота употребления алкоголя, впрочем, очень различалась: при средней частоте, равной 6,48 дням (стандартное отклонение 13,67), 15 испытуемых принимали алкоголь в течение всего одного дня, 9 — от 2 до 6 дней, 5 — 26 дней, 7 — 30 дней или более. При обследовании через 3 месяца было выявлено по крайней мере три паттерна употребления/рецидива: большой рецидив (12,69 %), который определялся как прием алкоголя в течение шести дней или больше; малый рецидив (52,6 %), определявшийся как употребление алкоголя в течение одного — пяти дней; воздержание (34,72 %) — ни одного дня употребления. Между двумя группами было выявлено значимое различие в распределении дней рецидивов, отчасти зависившее от тяжести рецидива. Для подростков, подвергавшихся вмешательству с помощью ПНУ, наибольшая разница в числе дней употребления алкоголя наблюдалась среди пациентов с большим рецидивом (для группы вмешательства  $M = 12,3$ , для группы сравнения  $M = 2,17$  дней,  $d = 0,0381$ ). На основании этих данных можно предположить, что ПНУ особенно эффективен в случае больших рецидивов. Другое различие состояло в том, что испытуемые из группы вмешательства чаще присоединялись к «Анонимным алкоголикам» или другим группам самопомощи (3,52 и 2,32 соответственно;  $d = 0,496$ ).

Хотя данное пилотное исследование дало ограниченные результаты вследствие отсутствия рандомизации и малой величины выборки, оно показало потенциал продолжения вмешательства после выписки из стационара. Следует также отметить, что процедуры, использованные в этом исследовании, только отчасти соответствовали ПНУ и не включали мер, предусмотренных подходом социальной поддержки подростков (Adolescent Community Reinforcement Approach).

## **Направления будущих исследований**

В настоящее время проводится первое рандомизированное первое исследование ПНУ. Если его результаты окажутся многообещающими, процедуры будут необходимо воспроизвести и оценить в других обстоятельствах, чтобы проверить общий характер модели. Дальнейшие работы помогут выяснить, не окажутся ли модификации модели более эффективными для других популяций (например, больших групп городских подростков). Кроме того,

хотя ПНУ был разработан для подростков с выраженным злоупотреблением психоактивными веществами и с сопутствующими проблемами, может оказаться, что он лучше работает применительно к определенным подгруппам этой популяции. Например, такой подгруппой могут быть подростки, попавшие на стационарное лечение из исправительного учреждения. Обычной практикой является отправка их обратно в исправительное учреждение сразу или вскоре после выписки из стационара, если лечение оказалось безрезультатным. Возможно, лучшие результаты будут достигнуты, если вмешательство на основе ПНУ будет проведено после освобождения подростка.

Другой важной областью исследований является сопоставление расходов и эффективности. Домашние визиты сотрудников, осуществляющих ПНУ, — достаточно дорогостоящее вмешательство. Такие услуги в период реабилитации обычно не финансируются третьими сторонами, и сведения о финансовой состоятельности данного подхода в сравнении с другими, более традиционными, являются решающим компонентом его оценки.

## **Заключение**

В настоящей главе описана процедура настойчивого ухода во время реабилитации, разработанная специально для подростков, у которых злоупотребление психоактивными веществами и другие проблемы носят достаточно серьезный характер, чтобы стать основанием для стационарного лечения. ПНУ, осуществляемый в соответствии с разработанным руководством, представляет собой вмешательство, опробованное в качестве рандомизированного полевого исследования. Его целью является воздействие на клинические показатели подростков, находившихся на стационарном лечении, что предполагает большую тяжесть проблем, чем у направленных на амбулаторное лечение, плохое выполнение рекомендаций в период реабилитации и высокую вероятность рецидива. В основу ПНУ положена операционализация техник, которые были признаны исследователями действенными в отношении предотвращения рецидивов; в их число входят стратегии, направленные на разрешение проблем, на усиление социальной поддержки и просоциальной активности, на привлечение к участию в лечении семьи. Эти процедуры применяются в рамках подхода социальной поддержки подростков, адаптированного для работы с подростками и заботящимися о них взрослыми. Организационный потенциал ПНУ используется для оценки потребности в лечении и других услугах, в которых нуждаются отягощенные многими проблемами подростки, обычно уже связанные с социальными службами (находящиеся под надзором правоохранитель-

ных органов или органов опеки). Сотрудники, осуществляющие вмешательство на основе ПНУ, как правило, работают с подростками и их семьями на дому, что содействует их участию в реабилитационных процедурах.

Настоящее исследование должно завершиться в 2002 г., и его результаты дадут полезную информацию персоналу учреждений, занимающихся лечением наркомании. Если данный подход окажется более эффективным, чем традиционно используемые после окончания лечения меры, необходимо будет продолжить изучение возможностей его распространения на различные популяции и сравнить его эффективность с эффективностью других программ, а также оценить соответствие полученных результатов затратам.



## **Вмешательства, основанные на подходе «Двенадцать шагов»**

*Йон Д. Кассел, Шэннон И. Джексон*

### **Введение**

Эпидемиологические исследования неоднократно подтверждали тот факт, что большинство американских подростков пробуют наркотики, как разрешенные законом, так и запрещенные и что такое употребление по преимуществу носит экспериментальный и эпизодический характер. Тем не менее значительная часть подростков переходит к более регулярному приему возрастающих доз и в конце концов начинает испытывать проблемы, связанные со злоупотреблением алкоголем или наркотиками. Потребность во вмешательствах, которые воздействовали бы на эти проблемы, привела к разработке многочисленных программ первичной, вторичной и третичной профилактики, многие из которых лишены надежной теоретической базы и не дают эффекта (Wagner et al., 1999). Имеются веские основания считать, что из существующих программ, предназначенных для борьбы с подростковой наркоманией, подавляющее большинство придерживается ориентации на подход «Двенадцать шагов», используемый «Анонимными алкоголиками» (Lawson, 1992). Поэтому задачей настоящей главы является обзор данного подхода в лечении злоупотребления подростками психоактивными веществами и рассмотрение его философских, теоретических и эмпирических оснований.

### **Теоретические предпосылки и логические обоснования**

В качестве первого шага к пониманию подхода «Двенадцать шагов», направленного на лечение расстройств, связанных со зло-

Таблица 15.1. Программа «Двенадцать шагов», используемая «Анонимными алкоголиками»

<b>Шаг 1</b>	Мы признаем, что бессильны перед алкоголем, и наши жизни стали неуправляемы
<b>Шаг 2</b>	Мы верим, что сила, более могущественная, чем мы сами, может нам помочь
<b>Шаг 3</b>	Мы принимаем решение поручить нашу волю и нашу жизнь заботе Бога, такого, каким мы Его понимаем
<b>Шаг 4</b>	Мы тщательно и без страха составляем собственную «моральную исповедь»
<b>Шаг 5</b>	Мы признаем перед Богом, перед самими собой и другими истинную природу своих грехов
<b>Шаг 6</b>	Мы полностью готовы к тому, что Бог исправит наши недостатки
<b>Шаг 7</b>	Мы покорно просим Бога избавить нас от промахов и ошибок
<b>Шаг 8</b>	Мы составляем перечень всех тех, кому причинили зло, и проявляем готовность загладить его
<b>Шаг 9</b>	Мы исправляем причиненное другим зло, кроме тех случаев, когда такие действия могут принести вред им или кому-то еще
<b>Шаг 10</b>	Мы продолжаем оценивать собственные качества и сразу же признаем совершенные ошибки
<b>Шаг 11</b>	Мы стремимся с помощью молитвы и медитации улучшить свой осознанный контакт с Богом, таким, как мы Его понимаем, и просим Его явить нам свою волю и даровать силу ее исполнить
<b>Шаг 12</b>	Достигнув духовного пробуждения благодаря предыдущим шагам, мы стараемся донести это послание до алкоголиков и применяем его принципы во всех наших делах

употреблением психоактивными веществами, требуется уточнить некоторые термины. Прежде всего этот подход является развитием используемых «Анонимными алкоголиками» (АА) «Двенадцати шагов», рассматриваемых как единый процесс избавления от алкогольной зависимости; все члены АА поощряются в совершении этих шагов в более или менее линейной последовательности (табл. 15.1). Важно отметить, что идеология и организационное функционирование АА используются многочисленными группами самопомощи для лечения широкого спектра различных видов проблемного поведения, включая никотиновую (Lichtenstein, 1999) и наркотическую зависимости (Chappel, 1992), компульсивное

влечение к азартным играм (Rosenthal, 1992), расстройства питания (Johnson & Sansone, 1993) и посттравматический стресс (Brende, 1993). Обнаружено также, что разновидности программы «Двенадцать шагов» (например: Al-Anon, Alateen, Gam-Anon) помогают семьям и друзьям пациентов. Хотя все эти подходы основываются на «Двенадцати шагах», сами шаги меняются в соответствии с потребностями специфических ситуаций. Другими словами, хотя АА используют лишь одну из разновидностей данного подхода, лежащая в его основе идеология применима для разнообразных программ, направленных на помощь индивидам, страдающим от аддиктивных проблем.

## **«Анонимные алкоголики»**

Программа «Анонимные алкоголики» (АА) имеет множество разных определений — средство лечения алкоголизма, общественное движение (Wallace, 1983), религиозная организация (Ellis & Schoenfeld, 1990), идеология (Tournier, 1979) и даже культ (Bufe, 1991). Ее зарождение произошло в Акроне, штат Огайо, в 1935 г., когда двое хронических алкоголиков решили помочь людям, страдающим от алкогольных проблем, достичь и сохранять трезвость (подробную историю АА см. в работе: Э. Kurtz, 1979). Объединив прагматизм Уильяма Джемса, фундаменталистскую христианскую идеологию Оксфордской группы и концепцию Карла Юнга о религиозном обращении, Билл Уилсон («Доктор Боб») и другие основатели АА сформулировали «Двенадцать шагов» (Alcoholics Anonymous, 1984). Эти шаги в совокупности с «Большой книгой» АА и образуют философию, лежащую в основе программ лечения.

АА рассматривают алкоголизм как болезнь, на которую воздействуют физические, эмоциональные и духовные факторы. Основным принципом является взгляд на алкоголизм как на заболевание, имеющее единую этиологию и прогрессирующее развитие, которое может быть остановлено лишь воздержанием. Считается, что физические и психологические симптомы являются следствием алкоголизма и не играют главной роли в этиологии этого расстройства. Основной упор делается на борьбе с « пороками личности » и особенно с эгоцентричностью. Таким образом, согласно взглядам АА, компонентами, необходимыми для выздоровления, служат: 1) признание собственного бессилия в борьбе с алкоголизмом; 2) вера в «высшую силу»; 3) составление и оглашение без страха «моральной описи» и исправление зла, причиненного другим; 4) «донесение послания» АА до других алкоголиков. Принципы АА явно содержат значительный духовный компонент: концепция «высшей силы» признается в шаге 2, заменяясь в шагах 3,

5, 6, 7 и 11 понятием «Бог». Важность пересмотра взаимоотношений с другими людьми подчеркивается благодаря признанию совершенного зла и его исправлению, как это указано в шагах 8 и 9. Кроме того, от выздоравливающего требуется помощь другим алкоголикам, согласно шагу 12. Конечно, как это подчеркивается в самом названии, анонимность — центральный фактор философии АА. Доктрина АА требует от членов этого движения никогда публично не признаваться в принадлежности к нему. Соответственно принцип «То, что говорится в этих стенах, за их пределы не выходит» должен создавать ощущение безопасности и поддержки, благодаря чему члены АА могут без опасений делиться собственным опытом.

АА никогда не устанавливали жестких ограничений в отношении принадлежности к этой организации («единственное требование для членства в АА — желание перестать пить»), и основная ее функция — помощь зависимым от алкоголя индивидам в проявлении терпимости, в воздержании и ведении трезвой жизни. Изначально АА состояли почти исключительно из страдающих алкоголизмом мужчин среднего или пожилого возраста. Более того, в первые годы существования организации многие ее члены высказывали сомнения в способности женщин вести трезвый образ жизни и даже иногда изгоняли с собраний молодых людей, предлагая им вернуться, когда они «достаточно проспиртуются». Хотя за прошедшие 65 лет состав АА существенно изменился: в 1998 г. 34 % составляли женщины, 2 % — лица моложе 21 года и 9 % — моложе 30, — вопрос о том, пригодны ли методы организации для злоупотребляющих психоактивными веществами подростков, продолжает обсуждаться. Ниже мы вернемся к рассмотрению этой проблемы.

Миннесотская модель, использующая доктрину и философию АА, предлагает более всеохватывающий подход к лечению алкогольной и наркотической зависимости (McElrath, 1997), основные принципы которого излагает в своей работе К. К. Кук (Cook, 1988). Первым из них является вера в то, что индивид, страдающий зависимостью от психоактивных веществ, может изменить свои представления, отношения и поведение. Таким образом, чувства безнадежности и отчаяния могут быть преодолены благодаря повышению самооффективности. Во-вторых, целью лечения является отказ от всех воздействующих на настроение препаратов и исправление образа жизни в целом. Это положение основывается на понятии *химической зависимости*, которое предполагает, что лица, зависимые от одного определенного вещества или класса веществ, должны воздерживаться от приема любых препаратов, поскольку это сопряжено с риском рецидива прежней зависимости или возникновения аддикции по отношению к новому агенту. В-третьих, в рамках данного подхода зависимость от психоактив-

ного ~~состояния~~ рассматривается как *болезнь*, что предполагает поиск ее причин в социальной, психологической, духовной, но в первую очередь в биологической областях (Sheehan & Owen, 1999). Действительно, с этой точки зрения отличительным признаком зависимости от психоактивного вещества служит потеря контроля над его приемом в сочетании с представлением о том, что такая зависимость — хроническое и прогрессирующее состояние, обычно приводящее к смерти при отсутствии лечения (Morrison & Smith, 1987). Наконец, Миннесотской моделью предусматривается следующее: 1) групповая терапия; 2) дидактические лекции; 3) привлечение лиц, преодолевших аддикцию, в качестве консультантов; 4) использование персонала, имеющего разнообразную подготовку: социальных работников, психологов, священнослужителей, врачей; 5) способствующее лечению окружение; 6) выполнение домашних обязанностей (например, стирка и уборка); 7) семейное консультирование; 8) посещение собраний АА; 9) ежедневное чтение «Большой книги» АА; 10) готовность рассказать историю своей жизни; 11) «проработка» первых пяти из «Двенадцати шагов»; 12) рекреационная и физическая активность. Суммируя, можно сказать, что Миннесотская модель придает первостепенное значение изменению стиля жизни на основании философии АА и использует принцип непрерывности лечения зависимости от психоактивных веществ.

## **Описание вмешательства**

Проводимое в клинике ориентированное на подход АА лечение лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, изначально использовало Миннесотскую модель. Специализированные медицинские учреждения по лечению химической зависимости предлагают многофакторные программы, основанные на философии АА. Типичное стационарное лечение пациентов-подростков заключается в ежедневном посещении собраний «Анонимных алкоголиков» или «Анонимных наркоманов», индивидуальной и групповой терапии, лекций на образовательные темы или по тематике одного из «Двенадцати шагов» (Lawson, 1992). Действенность подхода отчасти может быть следствием того, что многие программы основаны и управляются алкоголиками или наркоманами, которые избавились от зависимости благодаря участию в программе «Двенадцать шагов» (Selekman & Todd, 1991). Более того, данная модель рассматривается медицинскими учреждениями как гибкая и легко применимая.

Современные оценки показывают, что в мире существует около 100 000 групп АА, объединяющих почти два миллиона членов (Alcoholics Anonymous, 1999). Помимо модели «Двенадцать ша-

гов», АА также гордятся своими «Двенадцатью традициями», отражающими методы, благодаря которым АА поддерживают свое единство, взаимодействуют с окружающим миром, живут и растут (Alcoholics Anonymous, 1976). Эти традиции подчеркивают важность: 1) единства; 2) «любящего Бога»; 3) групповой автономии; 4) донесения послания до других алкоголиков; 5) публичной политики, основанной скорее на привлечении, чем на рекламе; 6) соблюдения непрофессионального характера (собрания проводятся только выздоровевшими членами АА) и самопомощи.

Собрания АА обычно имеют следующую форму. На наиболее распространенных «Пошаговых встречах» члены АА обсуждают один из «Двенадцати шагов», обмениваются своим опытом в отношении того, как этот шаг им помог или какие трудности им встретились. «Дискуссии» — встречи более свободной формы, когда участники могут предложить интересующую их тему для обсуждения в группе. Как и во время «Пошаговых встреч», каждый свободен решать, выступать ему или нет. Наконец, «Встречи ораторов», имеющие несколько вариантов, представляют собой менее интерактивные мероприятия: один или несколько членов АА рассказывают о том, «как было, что случилось и как стало» (Bean, 1975).

Важной составляющей подхода АА является участие спонсоров — «экспертов», старших членов АА, к которым новичок может обратиться за советом в ходе своей борьбы за выздоровление. Обычно спонсором является человек, который уже достаточно долго состоит в АА, успешно осуществил «программу выздоровления» и принадлежит к тому же полу, что и новичок. Исследования показали, что во многих группах спонсоры способствуют процессу социализации (Alibrandi, 1985; Moreland & Levine, 1989). Другим аспектом деятельности АА является степень участия членов движения в общественной деятельности (Bean, 1975). Новых участников поощряют к тому, чтобы они приходили на собрания заранее, помогали готовить кофе и, самое главное, дружески приветствовали других членов группы. Исследования показали, что принятие на себя определенной роли в группе, например добровольное руководство звеном или работа в комитете, могут быть средством вызвать и поддерживать изменения (Bohnicke & Orensteen, 1950; Kammeier & Anderson, 1976; Patton, 1979). Социальное взаимодействие с другими членами группы часто распространяется за пределы групповых встреч и может играть важную роль в выздоровлении.

Ряд исследований свидетельствуют о том, что члены АА отличаются некоторыми общими психологическими характеристиками. Например, было обнаружено, что «полноразмерный» участник движения АА проявляет сильную потребность в принадлежности к группе, постоянно квалифицируется самим собой и «уполномоченны-

ми слугами общества» как алкоголик и по сравнению с теми, кто предпочитает не входить в АА, имеет меньше физических последствий алкоголизма и склонен испытывать большее чувство вины за период до присоединения к организации (Trice & Roman, 1970). Другие исследователи считают, что члены АА проявляют большую зависимость от алкоголя (Ogborne, Glasser, 1981; Vaillant, 1983), используют больше внешних средств контроля над своим алкогольным поведением (O'Leary et al., 1980) и в детстве имели более благополучное в эмоциональном отношении окружение (Vaillant, 1983), чем те, кто к АА не принадлежат. С другой стороны, высказывалось мнение, что самой характерной чертой членов АА является отсутствие выраженных общих черт. В обзоре литературы, посвященной этой тематике, отмечается, что демографические переменные, включая образование, социоэкономический статус, наличие работы, легальный статус, социальную компетентность, социальную стабильность, религиозную принадлежность, никак не связаны с членством в АА (Emrick, 1987).

Хотя существует множество рассуждений на тему о том, что заставляет подход АА работать, только в очень немногих исследованиях систематически отслеживались процессы изменений, связанные с успешностью деятельности АА. Результаты изучения терапевтического эффекта и механизмов воздействия АА на пациентов, проходивших лечение по Миннесотской модели (Morgenstern et al., 1997), показали, что усиление связи с АА являлось предиктором лучших исходов лечения и что медиаторами эффекта служили факторы изменения — поддержание самооффективности и усиление попыток справляться с трудностями. Интересно отметить, что пациенты, находившиеся на лечении от злоупотребления наркотиками, использовавшие до начала лечения подход «Двенадцать шагов», дольше участвовали в программе и с большей вероятностью завершали 24-недельный курс лечения (Fiorentine & Hillhouse, 2000). Более того, как предшествующее лечению использование «Двенадцати шагов», так и длительность самого лечения от злоупотребления наркотиками коррелировали с обращением к «Двенадцати шагам» после лечения. Наконец, М. Г. Сноу, Дж. О. Прохаска и Дж. С. Росси (Snow, Prochaska & Rossi, 1994) сообщают о положительной связи между использованием поведенчески-ориентированных процессов изменения (контроля над стимулами, управления поведением) и увеличением участия в деятельности АА.

Эти данные в совокупности подтверждают мнение о том, что программа АА включает в себя многие поведенческие принципы (McStady, 1994; Wagner & Kassel, 1995), в том числе:

1) контроль стимулов — избегание способствующих употреблению алкоголя ситуаций, приобретение интересов и привычек, несовместимых с приемом алкоголя/наркотиков;

2) поведенческие навыки разрешения проблем («не пей, сходи на собрание», «посоветуйся со спонсором»);

3) когнитивные навыки разрешения проблем («произнеси “молитву безмятежности”», «скажи себе, что нужно воздерживаться от алкоголя по одному дню за раз»);

4) скрытую сенсбилизацию («вспомни о последствиях приема алкоголя», «расскажи свою “историю” на собрании»);

5) самоконтроль («полагайся на отсроченные подкрепления, а не на непосредственные, несмотря на неприятные ощущения»);

6) расширение поведенческого репертуара — приобретение социальных навыков, социальной поддержки, использование новых подкреплений;

7) следование ролевым моделям («наблюдай за добившимися успеха членами АА и учись у них»).

Таким образом, поведенческие стратегии явно дополняют подход «Двенадцать шагов» и, возможно, определяют его успех.

Чтобы лучше понять процессы изменений, происходящие благодаря программе АА, Й. Д. Хассел и Э. Ф. Вагнер (Hassel & Wagner, 1993), предприняли обзор различных литературных источников, касающихся АА, и пришли к выводу, что некоторые используемые ими механизмы заслуживают дальнейшего изучения. Во-первых, поскольку АА работают с группами людей, способы изменений, эффективно работающие как при групповой терапии, проводимой профессионалом, так и в группах самопомощи, могут иметь место и в рамках АА. Потенциальные механизмы изменений такого рода включают техники поддержки (проявления эмпатии, пробуждение надежды), экспрессивные (катарсис, рассказ своей «истории») и инсайтные техники (объяснение, проверка при групповом обсуждении). Во-вторых, поскольку известно, что идеология группы оказывает сильное убеждающее влияние на ее членов (Antze, 1979; Zurcher & Snow, 1981), возможно, что богатое идеологическое содержание программы АА, выраженное в «Двенадцати шагах», «Большой книге» и другой литературе, способствует выздоровлению. Действительно, современные исследования показывают, что приверженность идеологии «Двенадцати шагов», в особенности убеждение, что даже контролируемый прием лекарств невозможен, являлись предикторами воздержания независимо от участия в «Двенадцати шагах» и других переменных-медиаторов (Fiorentine & Hillhouse, 2000). Наконец, поскольку АА могут рассматриваться как общественный орден или движение (Room, 1993), для понимания того, как его члены примыкают к движению и остаются преданными ему и его принципам, могут иметь значение определенные процессы, характерные для общественного ордена: самопожертвование, финансовые взносы, самоотречение, одинаковость вероисповедания, смирение и трансцендентность (Donovan, 1984; Rudy, 1986).



В целом программа АА, несомненно, представляет собой комплексный и многофакторный подход к излечению. Благодаря своей обширной идеологической базе АА значительно выросли в размерах со времени своего основания, и их методы оказались включены во многие программы лечения аддикции. В то же время необходимо помнить, что о том, как принципы АА способствуют изменениям взрослых, не говоря уже о подростках, злоупотребляющих психоактивными веществами, известно весьма мало.

## **Эмпирические исследования**

Несмотря на свое убедительное влияние, программа АА остается одним из наиболее противоречивых и трудных для понимания вмешательств по поводу алкогольных проблем. Сомнения, окружающие АА, в значительной мере произрастают из малочисленности надежных эмпирических исследований ее эффективности. Действительно, трудности, связанные с проведением исследований среди членов АА, хорошо известны: это отсутствие «критериев» членства, анонимность как основной философский принцип, предпочтения по собственному выбору, отсутствие контрольной группы, малочисленность длительных наблюдений, изменчивость содержания занятий и процессов, происходящих в пределах как одной, так и разных групп АА (Montgomery, Miller & Tonigan, 1993; Tonigan, Ashcroft & Miller, 1995). Таким образом, методологические недочеты делают результаты эмпирического изучения эффективности действий АА в лучшем случае неоднозначными.

Несмотря на признание этих ограничений, существует несколько обзоров литературы по эмпирическим исследованиям эффективности Миннесотской модели (например: Cook, 1988) и, что более важно, воздействия АА на взрослых, злоупотребляющих психоактивными веществами (Emrick et al., 1993; Hoffman & Miller, 1992; Kownacki & Shadish, 1999). Полученные данные в умеренной степени подтверждают эффективность Миннесотской модели (Collins, 1995; Winters, Latimer & Stinchfield, 1999), хотя она в значительной мере обесценивается многочисленными методическими недочетами. Что же касается изучения воздействия АА, то заключение, к которому приводит обзор публикаций (Kownacki & Shadish, 1999), таково: значительная предвзятость при отборе делает ненадежными результаты всех квазиэкспериментальных исследований; рандомизированные исследования дали результаты даже худшие, чем нерандомизированные, и отличались выраженными предпочтениями из-за отбора преубежденных испытуемых. Данный обзор свидетельствует о следующем:

1) посещение обычных собраний АА было связано с худшими исходами, чем отсутствие лечения или использование альтернативных методов;

2) стационарное вмешательство на основе программы АА давало результаты, сходные с другими видами лечения;

3) некоторые компоненты программы АА — использование излечившихся алкоголиков как терапевтов, группы самопомощи, возглавляемые одним из своих членов, обучение процессу «Двенадцати шагов», использование откровенных личных «моральных описей» — связаны с положительными исходами.

Несколько недавних хорошо организованных исследований дали результаты, показывающие большую эффективность программ, ориентированных на «Двенадцать шагов» (Ouimette, Finney & Moos, 1997; Moos et al., 1999; Project MATCH Research Group, 1993). Интересно отметить, что некоторые сообщения говорят о том, что простое посещение собраний АА может не оказывать особого положительного воздействия; предиктором успешного исхода, скорее, является степень, с которой пациент принимает программу и отождествляет себя с АА (Caldwell & Cutter, 1998; Montgomery, Miller & Tonigan, 1995).

Что же касается литературы, посвященной проблемам подростков, можно только с сожалением отметить: лишь очень немногие исследователи изучали эффективность программы АА и Миннесотской модели среди подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами. Фирма Хейзелден, одно из первых медицинских учреждений, начавших применять Миннесотскую модель, опубликовала несколько отчетов, говорящих о чрезвычайно положительных результатах лечения подростков, злоупотреблявших психоактивными веществами. Одно из таких сообщений утверждает, что из 480 подростков, полностью закончивших курс лечения, 46 % при обследовании через год говорили о полном воздержании от алкоголя, а 68 % — о воздержании от других наркотиков (Keskinen, 1986). Хотя эти данные кажутся обнадеживающими, следует учитывать, что для обследования через год удалось установить контакт лишь с 53 % исходной выборки. Обзор программ, основанных на Миннесотской модели (Harrison & Hoffman, 1989), свидетельствует, что 42 % подростков информируют о полном воздержании, а 23 % — об употреблении алкоголя и других наркотиков реже, чем один раз в месяц. Однако, как и в предыдущем случае, к этим данным следует относиться с осторожностью: обследованием через год было охвачено всего 49 % от изначальной выборки.

Изучение употребления психоактивных веществ в группе из 157 страдающих химической зависимостью подростков обоего пола через 6, 12 и 24 месяца после оставления ими стационара, лечение в котором было почти полностью основано на «Двенадцати

шагах», показало, что как окончившие, так и не окончившие (прекратившие вопреки медицинским рекомендациям) курс лечения подростки реже употребляли наркотики, чем до вмешательства (Alford, Koehler & Leonard, 1991). Хотя значительная часть завершивших лечение подростков сообщали о воздержании от наркотиков через 6 месяцев после выписки, частота абстиненции к одному и двум годам после окончания вмешательства резко падала. Более того, из-за отсутствия группы сравнения трудно сделать определенные выводы относительно эффективности такого подхода. Интересно отметить, что авторы сообщают о возвращении через два года 17 % полностью прошедших курс лечения подростков к относительно частому приему психоактивных веществ, что, однако, сопровождалось довольно успешным их функционированием в социальной и гражданской сферах. Авторы находят этот результат особенно любопытным в свете того, что ориентированные на «Двенадцать шагов» программы подчеркивают важность приверженности к воздержанию. Была выявлена также явная зависимость воздержания от более успешного и гибкого функционирования. В целом полученные этими авторами результаты оставляют открытым вопрос о том, не лучшее ли воздействие на подростков оказывает подход, ориентированный на регулирование приема психоактивных веществ, по сравнению с воздержанием, категорически рекомендуемым моделями, основанными на «Двенадцати шагах».

Б. П. Кеннеди и М. Масахико (Kennedy & Masahiko, 1993) наблюдали за 74 подростками мужского пола и 17 женского, страдавшими расстройствами, связанными со злоупотреблением психоактивными веществами, в течение года после окончания стационарного лечения, включавшего 22-дневное пребывание на природе. Исследователи выявили связь между участием в программе АА, выраженностью аддикции и психопатологии и риском рецидива: пациенты с более тяжелой психопатологией и вовлеченностью в прием психоактивных веществ, не посещавшие собрания АА, подвергались риску рецидива в 4,5 раза чаще тех, у кого психопатология и предшествовавшая лечению аддикция были более легкими и кто посещал собрания АА. Можно предположить, что участие в программе, основанной на «Двенадцати шагах», в сочетании с другими методами лечения увеличивает вероятность выздоровления подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами.

При изучении воздействия участия в работе группы, следующей программой «Двенадцать шагов», на подростков через 3 месяца по окончании стационарного лечения от злоупотребления психоактивными веществами было обнаружено, что частое посещение занятий группы ассоциировалось с меньшей вовлеченностью в прием психоактивных веществ после лечения (Kelly & Myers,

1997). Подростки, воздерживавшиеся от их приема, значительно чаще посещали занятия и проявляли большую связь с группой. Те же авторы (1998) отмечают, что принадлежность к женскому полу и большая мотивация к воздержанию были значимыми предикторами приверженности программе «Двенадцать шагов». Кроме того, было обнаружено, что медиаторами позитивного эффекта следования «Двенадцати шагам» являются обычные процессы изменения, особенно усиление самооффективности и мотивации к воздержанию (Kelly, Myers & Brown, 1999).

Более недавние работы были посвящены изучению эффективности основанных на Миннесотской модели подходов к лечению подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами. Сообщается, что подростки, закончившие курс лечения, демонстрировали более высокие результаты по сравнению с теми, кто лечения не закончил или еще только находился в списке ожидающих: о воздержании или незначительных нарушениях в течение года после окончания вмешательства сообщали соответственно 53, 15 и 28 % пациентов (Winters et al., 2000). Сопоставимые данные приводят и другие исследователи: у подростков, участвовавших в движении «Двенадцать шагов», при обследовании через год положительные исходы имели место в 50—60 % случаев (Brown, Vik & Creamer, 1989; Knapp et al., 1991; Richter, Brown & Mott, 1991).

В целом эмпирические исследования эффективности подхода «Двенадцать шагов» в лечении подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, с определенными оговорками его поддерживают, хотя работ, в которых проводилось бы сравнение эффективности программы АА с альтернативными методами лечения, мало. Более того, сравнение результатов вмешательства по модели «Двенадцать шагов» с данными о контрольных группах подростков, не получавших лечения, по моральным соображениям обычно исключается. Возрастные факторы, характеризующие подростковый возраст, и их влияние на эффективность модели «Двенадцать шагов» также остаются недостаточно изученными. Больше внимания требует уделить такой важной области, как соотнесение лечения с потребностями пациента. Эти вопросы будут рассмотрены ниже.

## **Назначения и вопросы соответствия**

Хотя к взрослым, злоупотребляющим алкоголем, применялись разнообразные психологические и психиатрические методы воздействия (Donovan et al., 1994; Kassel, Wagner & Unrod, 1999), лишь немногие из них продемонстрировали дифференцированную эффективность воздействия на гетерогенные группы алко-

ликов (Miller & Hester, 1986). Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что не существует подхода, который оказывал бы действие на всех лиц с алкогольными проблемами. Действительно, уже несколько лет назад вопросы «Работает ли данный метод лечения?» или «Какой из методов работает лучше всего?» перестали считаться оправданными (Institute of Medicine, 1990). Вместо них стал рассматриваться такой комплекс вопросов: «На кого из пациентов, с какими проблемами, связанными с употреблением алкоголя, и ради достижения каких целей могут оказать воздействие определенные методы лечения при их использовании теми или иными медицинскими работниками?» Гипотеза соответствия, лежащая в основе этого важного и сложного вопроса, предполагает, что назначение определенных видов лечения, основывающееся на индивидуальных характеристиках пациента, может улучшить результаты вмешательства (Donovan & Mattson, 1994).

В последние годы значительный интерес вызывает выявление потенциальных преимуществ соответствия лечения потребностям пациента. Имеются по крайней мере три направления, посвященные этому исследованию (Longabaugh et al., 1994): во-первых, максимизация эффективности определенного метода лечения; во-вторых, выявление специфических переменных, характеризующих пациента, и определение того, как более эффективно лечить пациентов с соответствующими характеристиками; в-третьих, установление соответствия избранных методов лечения определенным типам пациентов, что увеличило бы эффективность вмешательства в целом.

Проект MATCH (Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity — «Соответствие лечения алкоголизма гетерогенности пациентов») — большая программа, охватывающая разные регионы, финансируемая Национальным институтом злоупотребления алкоголем и алкоголизма, привлекла к себе большое внимание благодаря попытке исследовать взаимодействие между характеристиками пациента и различными типами лечения (подходом «Двенадцать шагов», тренингом когнитивно-поведенческих навыков, усилением мотивации). Хотя данные этого амбициозного проекта часто интерпретировались ошибочно (Marlatt, 1999), основной вывод из них таков: при случайном выборе метода лечения результаты оказывались примерно равноценными, независимо от специфических характеристик пациентов (все они страдали алкогольной зависимостью): тяжести алкоголизации, когнитивных нарушений, взглядов, пола, поиска смысла, мотивационной готовности к изменениям, наличия психических расстройств, социальной поддержки воздержания, социопатии, типологии алкогольного паттерна (Project MATCH Research Group, 1997; 1998). Таким образом, по данным первичной оценки, направление пациентов с определенными свойствами на соответствующее лече-

ние не приводило к заметному увеличению его эффективности (Project MATCH Research Group, 1997).

Хотя лишь немногие из выдвинутых априори гипотез соответствия подтвердились, полученные данные все же свидетельствуют об эффективности «Двенадцати шагов»: результаты его применения были не хуже, чем когнитивно-поведенческого и мотивационного вмешательств. Важно отметить, что использование подхода «Двенадцать шагов» существенно отличалось от простого посещения собраний АА. Хотя пациенты получали совет участвовать в таких собраниях и «прорабатывать» «Двенадцать шагов», эффект принадлежности к АА как таковой нельзя отделить от результатов интенсивного индивидуального вмешательства. Более того, для АА в проекте MATCH отсутствовала контрольная группа. Наконец, нельзя забывать, что проект MATCH никогда не предполагалось использовать для изучения эффективности лечения; тем самым заключение, которое можно сделать об эффективности любого конкретного метода вмешательства, неизбежно оказывается лишь относительным.

Как и публикации, посвященные злоупотреблению психоактивными веществами взрослым, литература по вопросам лечения от аддикции подростков не содержит свидетельств превосходства какого-либо общего или специального метода над другими (Catalano et al., 1991). Поэтому, возможно, не следует удивляться тому, что вопросам соответствия лечения характеристикам подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, уделялось мало внимания, особенно в контексте подхода «Двенадцать шагов». Результаты изучения характеристик прошедших лечение подростков, как принадлежавших, так и не принадлежавших к АА (Hohman & LeCroy, 1996), показали, что до начала исследования первые чаще получали лечение, имели друзей, не употреблявших наркотики, во время лечения были менее связаны с родителями и чаще испытывали чувство безнадежности. Таким образом, в смысле выявления соответствия лечения характеристикам пациентов, данное исследование является первым шагом к выделению характеристик злоупотребляющих психоактивными веществами подростков, предрасположенных к принадлежности к АА. Однако несомненно, что для разрешения этого вопроса требуются дальнейшие, основанные на теории исследования.

Несколько работ были посвящены изучению того, являются ли некоторые имевшие место до лечения характеристики предикторами исхода лечения подростков в соответствии с подходом «Двенадцать шагов». Например, сообщалось о лучших исходах (в смысле употребления алкоголя и наркотиков, улучшение школьной успеваемости, семейных отношений) в связи с такими характеристиками, как принадлежность к женскому полу, меньшие трудности в контактах с правоохранительными органами, мень-

шие нейрологические факторы риска, меньшие патологические показатели по ММРІ, более высокий вербальный и более низкий исполнительский интеллект (Knapp et al., 1991). Хотя у подростков, злоупотреблявших психоактивными веществами и имевших диагноз синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, исходы лечения были одинаково успешными в сравнении с теми, кто такого диагноза не имел, срок пребывания первых в стационаре был значительно меньшим, чем вторых (Adams & Wallace, 1994). При исследовании предшествующей лечению готовности к изменениям (мотивации) как предиктора исхода было обнаружено, что более мотивированные пациенты имели лучшие результаты после лечения (Cady et al., 1996).

В целом о характеристиках подростков, положительно откликающихся на лечение с использованием подхода «Двенадцать шагов», известно очень немного. Большинство работ в этой области носили разведывательный характер и поэтому не очень информативны в отношении данного вопроса; явно требуются исследования, воспроизводящие их результаты. Мы полагаем, что это весьма важная область будущих исследований, поскольку в настоящее время очень многие медицинские учреждения, занимающиеся лечением подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, ориентированы на «Двенадцать шагов» и их философию. Выяснение того, кто из пациентов получает пользу от таких программ, а кто — нет, является важным для адекватного лечения.

## **Направления будущих исследований**

Из нашего обсуждения методов лечения, ориентированных на программу АА, вытекает несколько следствий.

1. Отсутствие стандартизованных и общепринятых диагностических критериев подросткового злоупотребления психоактивными веществами приводит к появлению несопоставимых между собой и часто не опирающихся на теорию попыток оценки и лечения проблем, связанных со злоупотреблением подростками психоактивными веществами (Leccese & Waldron, 1994; Wagner & Kassel, 1995; Winters, 1990). Действительно, большинство программ лечения подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, основываются в первую очередь на собственных научных и философских подходах, используя процедуры, заимствованные из моделей вмешательства, предназначенных для взрослых. Это обстоятельство очень часто бывает заметно в случаях использования «Двенадцати шагов», предложенных АА, программа же АА изначально предназначалась для помощи в воздержании и изменения стиля жизни хронических алкоголиков — мужчин пожилого возраста. Таким образом, степень, в которой принципы АА

могут соответствовать возрастным потребностям подростков, все еще остается неизвестной.

Признавая важность достоверной оценки подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, некоторые исследователи отмечают несоответствие диагностических критериев DSM-IV (например, неприятных ощущений при лишении выпивки или физических проблем) даже самым тяжелым случаям алкоголизма среди подростков (Martin et al., 1995). Более того, привыкание, исторически рассматривавшееся как один из признаков зависимости от психоактивного вещества, не может служить для дифференциальной диагностики тяжести алкогольных проблем у подростков, в то время как связанные с употреблением алкоголя потери сознания, рискованное сексуальное поведение (т.е. признаки, не входящие в список критериев DSM-IV) весьма распространены среди подростков, имеющих, согласно DSM-IV, диагноз алкогольной зависимости или злоупотребления алкоголем. Таким образом, существуют всекие основания полагать, что критерии DSM-IV злоупотребления психоактивными веществами или зависимости имеют серьезные ограничения, когда применяются к подросткам (Martin & Winters, 1998).

2. Обычной практикой становится навешивание ярлыков «алкоголик» и «наркоман» на подростков, имеющих проблемы с психоактивными веществами. Действительно, несовершеннолетние пациенты, отказывающиеся признать свою «аддикцию», часто воспринимаются как просто отпирающиеся (Selekman & Todd, 1991). Однако принятие этих ярлыков является основой большинства программ, ориентированных на «Двенадцать шагов». Как замечает Г. У. Лоусон (Lawson, 1992), ведущие таких программ тратят массу времени на то, чтобы уговорить своих новых пациентов признать, что они алкоголики или аддикты. Необходимо помнить, что с течением времени треть алкоголиков «взрослеет» и переходит к более умеренному потреблению спиртного или полному воздержанию. Среди тех, кому не был поставлен формальный диагноз «алкоголизм», процент выздоровевших еще выше (Fillmore, 1988). Более того, употребление алкоголя молодыми людьми со временем становится менее последовательным и предсказуемым, чем у взрослых (Fillmore, 1987). Таким образом, необходимо еще раз подчеркнуть: степень достоверности постановки диагноза подросткам, направленным на лечение по поводу аддиктивных проблем, требует тщательной проверки (Tarter, 1990).

Воздействие таких потенциально уничтожительных ярлыков на подростковой популяции эмпирически не изучалось. Можно предположить, что, приняв ярлык «алкоголик» или «наркоман», подросток с аддиктивными проблемами может продолжать принимать наркотики или пить, потому что такое наименование становится частью его самовосприятия. Это может иметь серьезные дол-



говременные последствия, поскольку формирование собственной идентичности является одной из важнейших задач развития в подростковом возрасте. С другой стороны, злоупотребляющие психоактивными веществами подростки, не воспринимающие себя как страдающих от аддиктивных проблем, могут не предпринимать никаких шагов к их разрешению. Как бы то ни было, влияние ярлыков и идентификация себя как аддикта остаются важной и недостаточно исследованной областью лечения злоупотребляющих психоактивными веществами подростков.

3. Дискуссии по поводу того, что же является для подростков проблемным приемом наркотиков, продолжаются. Как уже отмечалось, большинство подростков так или иначе приобщаются к наркотикам. Существует даже мнение, что нормативное экспериментирование подростков с наркотиками и алкоголем коррелирует с лучшим психическим здоровьем по сравнению с таковым и у злоупотребляющих психоактивными веществами, и у тех, кто воздерживается от их употребления (Shedler & Block, 1990). Действительно, многие проблемы, связанные с приемом психоактивных веществ, возникают не у тех подростков, которые считаются аддиктами в традиционном понимании, а у нерегулярно принимающих большие дозы — к ним не приклеивается ярлык «алкоголик» или «наркоман», и они, скорее всего, не опасаются того, что из-за употребления психоактивных веществ их жизни станут неуправляемыми (Baer, MacLean & Marlatt, 1998). Таким образом, различие истинных злоупотреблений и зависимости, эпизодического приема больших доз и соответствующего возрасту экспериментирования остается важной, хотя и трудной задачей, требующей внимания исследователей.

4. Пригодность модели «Двенадцать шагов» для подростков, если учитывать их возрастные и диагностические особенности, может вызывать сомнения. Например, при лечении подростков следует иметь в виду несколько важнейших возрастных характеристик, которые отличают их от пациентов-взрослых (Ehrlich, 1987). В частности, у взрослых, как правило, еще до того, как они начинают злоупотреблять алкоголем или наркотиками, уже бывает сформирована идентичность; они могут восстановить ее в памяти в процессе лечения и постараться восполнить потери, обусловленные аддикцией. У подростков же часто восприятие собственной идентичности развивается одновременно с аддикцией, и они не имеют сложившегося внутреннего ощущения самости, предшествовавшего наркотизации. Более того, у тех из них, кто действительно зависим от наркотиков, скорее всего сложились навыки разрешения проблем именно с учетом их аддикции; таким образом, лечение требует от них полной перемены идентичности (от представления о себе как о человеке, принимающем наркотики, к представлению о себе как о личности, способной воздержаться от

них) при отсутствии у них альтернативных стратегий разрешения проблем.

5. Типичная манера употребления подростками алкоголя или наркотиков отличается от таковой у взрослых (Bailey & Rachal, 1993; Baer et al., 1998). Например, прием психоактивных веществ подростками носит эпизодический характер, и негативные последствия оказываются иными, чем у взрослых. Подростки, страдающие аддикцией, по сравнению со взрослыми чаще имеют сопутствующие проблемы, такие как депрессия, распад семьи, школьная неуспеваемость, отклоняющееся поведение, низкий уровень следования общепринятым правилам, употребление наркотиков сверстниками (Deykin, Buka & Zeena, 1992; Hawkins, Catalano & Miller, 1992). Таким образом, упор, который АА делают преимущественно на употреблении алкоголя или наркотиков, может привести к тому, что другие проблемы останутся без должного внимания.

6. В последние годы во многих серьезных исследованиях подчеркивалась важность понимания уровня мотивации пациента, его готовности к изменениям, к участию в лечении (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). В основе модели изменения лежит положение о том, что индивид, предпринимающий попытку изменить свое поведение, проходит через пять стадий — предварительное обдумывание, обдумывание, подготовка, действие, поддержание. Важным следствием, вытекающим из этой модели, является то, что план лечения должен точно соответствовать позиции пациента в континууме изменения. Исходя из этого, лечить пациента, который не хочет менять свое поведение (стадия предварительного обдумывания), нужно иначе, чем того, кто обладает высокой мотивацией к изменению (стадия подготовки). Часто утверждается, что программа АА и другие ориентированные на «Двенадцать шагов» подходы не учитывают индивидуальные различия в мотивации: действительно, единственным условием членства в АА является желание бросить пить. Вмешательства на основе «Двенадцати шагов» часто используют понятие «отказ» для объяснения недостаточной мотивации к изменению. Среди подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, довольно много таких, кто был направлен на лечение принудительно или на самых ранних этапах наркотизации. Этим отчасти можно объяснить то, что злоупотребляющие психоактивными веществами подростки часто не выполняют медицинских рекомендаций (Anderson, 1992). Степень, в которой «Двенадцать шагов» могут удовлетворить нужды пациентов, отличающихся низкой мотивацией, требует тщательной оценки.

Наконец, как уже говорилось выше, доктрина АА основывается на твердых идеологических убеждениях относительно того, каким образом может и должно происходить выздоровление (Kassel

& Wagner, 1993). Эта идеология, особенно в том виде, в каком она представлена в «Двенадцати шагах», для некоторых подростков может оказаться препятствием к достижению успеха. Представления о собственном бессилии, о высшей силе, необходимость представлять на суд других глубоко личную «моральную исповедь», распространять послание АА могут оказаться концепциями, которые большинство подростков окажется не готово принять. Важным вопросом является также и то, является ли отвержение подростками некоторых аспектов философии АА проявлением «отказа» или соответствующей возрасту честной реакцией. Кроме того, поскольку программа АА и «Двенадцать шагов» рассматривают полное воздержание как единственный приемлемый исход лечения, неясно, будут ли другие возможные исходы (снижение наркотизации, находящееся под контролем употребление спиртного) рассматриваться как достижение по крайней мере для части злоупотребляющих психоактивными веществами подростков (например, тех, у кого проблемы аддикции не носят особенно тяжелого характера).

## **Заключение**

Хотя имеются свидетельства того, что Миннесотская модель и другие основанные на «Двенадцати шагах» подходы эффективны для взрослых, гораздо меньше известно об их пригодности для лечения подростков. Большинство исследований в этой области отличаются методологическими недостатками, и о процессах, управляющих изменениями, в результате которых рассматриваемые подходы приносят пользу, известно немного. Более того, типичный упор, который в программе «Двенадцать шагов» делается на злоупотреблении психоактивными веществами как на первичном заболевании, может привести к игнорированию других проблем, существующих у подростков помимо аддикции. Философия АА предполагает относительную гомогенность контингента обращающихся к ним за помощью: это люди, злоупотребляющие алкоголем и наркотиками, потому что страдают неизлечимой болезнью. В результате оказывается трудно привести в соответствие специфические потребности пациента и виды вмешательства: ведь считается, что все пациенты, независимо от возраста и сопутствующих проблем, нуждаются в одном и том же.

Подход «Двенадцать шагов» в нескольких важных отношениях противоречит тому, что известно об обращении за помощью и о процессах изменения (Tucker & King, 1999). Исследователи отмечают: 1) как развитие, так и разрешение проблем, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, носят различный характер у разных индивидов; 2) изменения в окружении часто

вливают на возникновение, поддержание аддиктивного поведения и отказ от него; 3) выздоровление может быть достигнуто разными путями, и лечение не является ни необходимым, ни достаточным его условием; 4) функциональная ценность лечения для разных пациентов различна; 5) проблемы, возникающие в результате злоупотребления психоактивными веществами, часто мотивируют поиск помощи; 6) поиск помощи и процессы изменения могут происходить под влиянием социальных факторов. Все эти обстоятельства приобретают особую важность применительно к лечению подросткового злоупотребления психоактивными веществами.

В то же время мы полагаем, что для некоторых подростков при соединении к АА и участие в программах на основе «Двенадцати шагов» дает вполне хорошие результаты. Действительно, за истекшие 65 лет АА оказали огромную помощь тысячам людей, в том числе многим подросткам. По-видимому, для них привлекательны некоторые аспекты «Двенадцати шагов»: руководство занятиями группы ее членами, гибкость расписания, бесплатность занятий, обеспечение социальной поддержки. Остаются, однако, вопросы: для кого подходы, основанные на «Двенадцати шагах», наиболее эффективны и насколько они могут соответствовать возрастным характеристикам подростков? Учитывая важность разработки эффективных методов лечения злоупотребления психоактивными веществами среди подростков и высокую стоимость исследований в этой области, на ученых ложится обязанность должным образом оценить эффективность программ АА и «Двенадцати шагов» применительно к молодому поколению.

# Предметный указатель

- Аверсивное лечение дисульфарамом 337
- Автоматизированная оценка злоупотребления наркотиками подростками (JASAE — Juvenile Automated Substance Abuse Evaluation) 34
- Агорафобия 352
- Акампросат 338
- Альдегиддегидрогеназа 337
- Амантадин 340
- Американское общество лечения наркомании — ASAM (American Society of Addiction Medicine) 363
- Американское онкологическое общество 316
- Анализ мочи как средство валидации 22
- «Анонимные алкоголики» 372, 385
- «Анонимные наркоманы» 372
- Анорексия 355
- Антагонисты опиоидов 338
- Аурикулярная акупунктура 344
- Аффективные отклонения 16
- Безопасная рефлексивная техника 185
- Беспокойство из-за разлуки 352
- Биоповеденческая модель 309
- Биполярные расстройства настроения 339, 346
- Блокирование стимулирующего эффекта психоактивного вещества 335
- «Большая книга» 387
- Большое депрессивное расстройство 337, 341, 346
- Бромокриптин 340
- Булимия 355
- Бупроприон 344
- Быстрый скрининг-тест проблемного употребления наркотиков и алкоголя (DAP — Drug and Alcohol Problem Quick Screen) 28
- Валидность самоотчета 19
- Вмешательство на базе общины — SNI (Social Network Intervention) 200
- «Внимание к родителям» — Parent Focus 174
- Внутренняя согласованность 23
- Возрастная пригодность диагностической процедуры 19
- Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 182
- Всесторонний Индекс тяжести аддиктивного состояния для подростков (CASI-A — Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents) 33
- «Встречи ораторов» 390
- Вторичная профилактика 144
- «Выбор» (Project Options) 221
- Вызывание отвращения к психоактивному веществу 335
- Выученная привычка 321
- Газовая хроматография 37
- Газовая хроматография с масс-спектрометрией 38
- Гарвардская школа здравоохранения 178
- Городской травматологический центр 177
- Готовность к изменению поведения 18
- Давление сверстников 113
- «Двенадцать шагов» 208
- Дезипрамин 340
- Дефицит внимания при гиперактивности 15
- Диагностический перечень признаков заболеваний, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами (SUDDS — Substance Use Disorders Diagnostic Schedule) 31
- Диагностическое интервью для детей и подростков (DICA — Diagnostic Interview for Children and Adolescents) 29

- Диагностическое интервью для подростков (ADI — Adolescent Diagnostic Interview) 31
- Диагностическое интервью-перечень для детей (DISC-C — Diagnostic Interview Schedule for Children) 29
- «Дискуссии» 390
- Договор о неупотреблении наркотиков 10
- Долговременное лечение по месту жительства 10
- «Закон максимально возможного ожидаемого эффекта» 119
- «Закон непрямого воздействия» 119
- Замена психоактивного вещества 335
- Зачетные единицы 67
- Злоупотребление 9
- «Измерение подростковой склонности к суициду» (ИПСС) 88
- Иммуноферментный анализ 37
- Ингибитор моноамин-оксидазы 347
- Индекс алкогольных проблем Ратгерса (RAPI — Rutgers Alcohol Problem Index) 29
- Индекс подросткового злоупотребления наркотиками (ADAD — Adolescent Drug Abuse Index) 32
- Индекс подростковой алкоголизации (ADI — Adolescent Drinking Index) 26
- Индекс тяжести аддитивных состояний у подростков (Т-ASI — Teen Severity Index) 32, 33, 38, 340
- Индекс тяжести проблемы для подростков (APSI — Adolescent Problem Severity Index) 32
- Индивидуальная когнитивно-поведенческая терапия подростковой наркомании — СВТ (individual cognitive-behavioral therapy for adolescent drug abuse) 301
- Инструментальная поддержка 69
- Использование содержащих никотин заменителей 328
- Кабинет семейных ресурсов — FRR (Family Resource Room) 165
- Карбамазепин 341
- Карбидопа 340
- Катехоламин 339
- Кентуккийское рандомизированное полевое исследование 133
- Клиентоцентрированная техника 185
- Клиентский индекс употребления психоактивных веществ 27
- Когнитивно-поведенческая техника 185
- Когнитивные предвестники аддитивного поведения 16
- Кокаиновая зависимость 340
- Коморбидные психические заболевания 15
- Компонент социальных контактов 68
- «Контроль над пьянством» — DCU (Drinker Check-UP) 188
- Коэффициент надежности 23
- Краткий клиентский индекс употребления психоактивных веществ (CSI-S — Client Substance Index — Short) 27
- Кратковременные стратегии воздействия 10
- Критериальная, конвергентная и конструктивная валидности 24
- Критериально-ориентированные тесты 25
- Критерий злоупотребления психоактивными веществами 7
- Критерий госпитализации Американского общества аддитивной медицины — Level of Care Index and Recovery Attitude and Treatment Evaluator 32
- Культурно-ориентированная программа 60
- Курс «Воспитание подростка» 166
- Курс здорового образа жизни — SHAPE (Success, Health and Peace Curriculum) 166
- Лево-альфа-ацетилметадол (ЛААМ) 342
- Лечение алкоголизма у взрослых по месту жительства 248
- Лечение подростков, употребляющих марихуану, — СУТ (Cannabis Youth Treatment) 302
- Литий 339, 347
- Личностные ресурсы 67
- Ложноотрицательные результаты анализа 22
- Ложноположительные результаты анализа 22
- Мазиндол 340
- «Матери против пьяных водителей» 222
- Медиаторы и модераторы изменения 16
- Медицинский ветеранский центр 188

- Мезолимбические и мезокортикальные  
нейроанатомические центры  
удовольствия 339
- Метадон 342
- Метилфенидат 340
- Метод исследования MATCH 195
- Министерство образования США 62
- Миннесотская модель 388
- Мичиганский тест на алкоголизм 179
- Множественный иммуоферментный  
анализ мочи 37
- Многокомпонентная семейная  
терапия (МСТ) — MDFT  
(Multidimensional Family Therapy)  
277
- Модель контролируемого отбора 85
- Модель самоизменений 211
- Мониторинг будущего 56
- Мотивации к изменению поведения 10
- Мотивационное интервью 177
- Мультисемейное образовательное  
вмешательство — MFEI (multifamily  
educational intervention) 299
- Мультиэтнические популяции 63
- «Набор инструментов для  
потенциально склонных  
к рецидиву» 213
- Наглядная демонстрация 48
- Надежность и валидность 23
- Надежность самоотчетов 8
- Налтрексон 338, 342
- Направленное на семью  
вмешательство — TFI (Targeted  
Family Intervention) 144
- Нарушения, связанные с приемом  
психоактивных веществ 333
- Нарушения учебной деятельности 16
- Нарушения функционирования семьи  
162
- Национальное обследование здоровья  
школьников 180
- Национальная ассоциация  
руководства программы помощи  
учащимся (National Association of  
Leadership for Student Assistance  
Programs) 228
- Национальный институт  
здравоохранения 5, 89
- Национальный институт наркологии  
США (NIDA) 65, 109
- Национальный институт по изучению  
проблем алкогольной зависимости и  
алкоголизма 6
- Национальный институт психиатрии 104
- Национальный институт психического  
здоровья 246
- Национальное исследование  
улучшений в лечении, NTIES  
(National Treatment Improvement  
Study) 302
- Начальная стадия злоупотребления 9
- Нейротрансмиттер допамин 339
- Неконфронтационный директивный  
подход 185
- Никотиновая жвачка 336
- Никотиновый спрей для носа 336
- Никотиновый трансдермальный  
пластырь 336
- Нормализация поведенческой модели  
10
- Нормативная и эволюционная роли 13
- Обдумывание 10
- Облегчение тяги/ломки 335
- Обратная связь 49
- Обратная связь при интерпретации  
данных 25
- Обсессивно-компульсивное состояние  
352
- «Обследование ребенка и родителя»  
(«Parent-Child Assessment Survey»)  
249
- Общество изучения алкоголизма  
(ОИА) 5
- Общий начальный опросник личных  
потребностей — GAIN-I (Global  
Assessment of Individual Needs —  
Initial) 367
- «Объединение юных» (ОЮ) — RY  
(Reconnecting Youth) 66
- Опиоидные рецепторы 338
- Опросник для тонкого скрининга  
злоупотребления психоактивными  
веществами (SASSI — Substance  
Abuse Subtle Screening Inventory) 29
- Опросник личного опыта (PEI —  
Personal Experience Inventory) 34
- Опросник ожидаемых эффектов от  
потребления алкоголя (подростковая  
версия) (AEQ-A — Alcohol Expectancy  
Questionnaire — Adolescent Version) 35
- Опросник по разрешению социальных  
проблем («Social Problem Solving  
Inventory») 249
- Опросник по риску самоубийства для  
подростков (ОСПП) — «Screen for  
Youth Suicide Risk» (SYSR) 89
- Опросник по риску суицида (ОП)  
(SRS — Suicide Risk Screen) 88

опросник понимания проблемы (PRQ — Problem Recognition Questionnaire) 36  
югославский центр социального научения 168  
идентифицированный на проблемы скринирующий опросник 28  
ознание риска 17  
деления экстренной медицинской помощи 184  
существование употребления психоактивных веществ 9  
четыре родителей 21  
свидетельная, или внешняя, валидность 24  
психическое расстройство 352  
периодическая фармакотерапия никотиновой зависимости 336  
рецептивные-медиаторы 51  
рассмотренный скринирующий опросник употребления наркотиков (DUSI-R — Drug Use Screening Inventory — Revised) 28  
речь признаков аффективных нарушений и шизофрении для детей (K-SADS — Kiddie Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia) 30  
свидетельские нарушения  
зависимость от психоактивных веществ — «Conduct Disorder and Substance Dependence» 270  
свидетельский паттерн компульсивного поиска (pattern of compulsive seeking) 8  
поддерживающие дозы метадона (MM) 342  
подростковая вовлеченность «прием наркотиков» (ПВПН) (DISA — Drug Involvement Scale for Adolescents) 87  
подростковый профиль Хилсона (HAP — Hilson Adolescent Profile) 4  
подход SANE 174  
подход «Воспитание подростков» 176  
подход общественной поддержки — (CRA (Community Reinforcement Approach) 365  
подход, предоставляющий право выбора 206  
подход социальной поддержки подростков (Adolescent Community Reinforcement Approach) 382

Поляризационный флуоресцентный иммунологический анализ 37  
«Помощь работающим по найму» — EAP (Employee Assistance Program) 228  
«Помощь учащимся» — SAP (Student Assistance Program) 228  
Пороговые значения диагностических показателей 8  
Посттравматический стресс 352  
«Пошаговые встречи» 390  
«Право выбора» — PO (Project Options) 206  
Пресинаптические ингибирующие допаминергические ауторецепторы 340  
Программа по медицинским показаниям 65  
Программа D.A.R.E. 131  
Программа анализа стоимости лечения подростков 303  
Программа «Все звезды» («All Stars») 122  
Программа «Контроль над ситуацией в семье» FCU (Family Check-Up) 167  
Программа «Мониторинг будущего» 178  
Программа первичной профилактики 45  
Программа профилактики алкоголизма среди подростков 115  
Программа профилактики курения и употребления алкоголя — TAPP (Tobacco and Alcohol Prevention Program) 113  
Программа развития подростков — ATP (Adolescent Transitions Program) 164, 174  
Программа раннего вторичного вмешательства — ESIP (Early Secondary Intervention Program) 144  
Проект MATCH (Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity) 397  
Проект «Помощь подросткам» — TIP (Teen Intervention Project) 228  
Проект «Самоконтроль и обучение сопротивлению» — SMART (Self-Management and Resistance Training) 113  
«Просто скажи “нет”» 115  
Протокол настойчивого ухода после лечения (ПНУ) — 363, 364



- Протокол привычного употребления  
 алкоголя и наркотиков (CDDR —  
 Customary Drinking and Drug  
 Use Record) 31, 218
- Протокол скрининга злоупотребления  
 психоактивными веществами  
 Национального центра подростковой  
 юриспруденции 27
- Профиль оценки химической  
 зависимости (CDAP — Chemical  
 Dependency Assessment Profile) 34
- Профиль самооценки подростков  
 (ASAP — Adolescent Self-Assessment  
 Profile) 33
- Процесс самоизменения 209
- Психометрические знания 25
- Пять стадий изменения аддиктивного  
 поведения 10
- Радиоиммунная проба** 37
- Расширенная практика 49
- Ретестовая надежность 23
- «Родители как партнеры» 110
- Родительский стиль 161
- Роль лидеров-сверстников 51
- «Самоотчет подростка»  
 («Youth Self Report») 249
- Селективное вмешательство 167
- Селективные ингибиторы обратного  
 захвата серотонина 339, 344
- Селективные программы  
 профилактики 65
- Серотонинергическая система 339
- Синдром дефицита внимания  
 с гиперактивностью 341, 350
- Система оценки руководства  
 профилактикой (PMES — Prevention  
 Management Evaluation System) 35
- Система первичной медицинской  
 помощи 181
- Система правосудия по делам  
 несовершеннолетних 282
- Система оценки и выявления причин  
 наркомании для подростков,  
 разработанная в Национальном  
 институте злоупотребления  
 наркотиками 28
- Скринирующий опросник личного  
 опыта (PESQ — Personal Experience  
 Screening Questionnaire) 28
- «Соглашения об изменении» 240
- Содержание алкоголя в крови (САК)  
 179
- Соопнесение цены и выгоды  
 аддиктивного поведения 17
- Социальная поддержка и процессы  
 социального научения 68
- Социальная экология 161
- Социальное моделирование 112
- Социальное подкрепление 49
- «Список поведенческих проявлений  
 ребенка» («Child Behavior  
 Checklist») 249
- «Спонсоры» в обществе анонимных  
 алкоголиков 390
- Среднезападный профилактический  
 проект и проект STAR 117
- Стандартизованные опросники 20
- Структурированное клиническое  
 интервью для выявления  
 психических нарушений  
 (SCID — Structured Clinical Interview  
 for the DSM) 30
- Структурированные интервью 20
- Ступенчатая стратегия 164
- Суицидальное поведение 66, 180
- Теория проблемного  
 поведения** 44
- Теория мотивированных  
 действий** 112
- Теория риска и защиты** 279
- Теория социального научения** 44, 112
- «Тест осведомленности относительно  
 алкоголя» 238
- Тиоцианат 52
- Толерантность 13
- Тонкослойная хроматография 37
- Точность оценки 25
- Тренинг навыков 48
- Трехфазная модель воздержания от  
 кокаина 341
- Универсальные программы  
 профилактики** 65
- «Усиливающая мотивацию терапия»  
 196
- Учебный курс «Управление семьей»  
 171
- Флуфентиксол деканоат** 339
- «Формирование жизненных навыков»  
 (Life Skills Training — LST) 41
- Химическая зависимость** 388
- Хроматография с использованием  
 сильнодействующих жидкостей 37
- Центр терапии злоупотребления  
 психоактивными веществами** 302,  
 363

- Шизофрения** 356
- Шкала баланса решений (DBC — Decisional Balance Scale)** 35
- Шкала вовлечения подростков в алкоголизацию (AAIS — Adolescent Alcohol Involvement Scale)** 26
- Шкала вовлечения подростков в наркотизацию (ADIS — Adolescent Drug Involvement Scale)** 27
- Шкала ожидаемой пользы от приема алкоголя и наркотиков (PBDDUS — Perceived-Benefit of Drinking and Drug Use Scales)** 36
- Шкала полезности (Helpfulness Scale)** 217
- Шкала самоэффективности избегания наркотизации (DASES — Drug Avoidance Self-Efficacy Scale)** 37
- Шкала удовлетворенности подростка отношениями с родителями** 249
- Шкала удовлетворенности родителя отношениями с ребенком** 249
- Шкалы обстоятельств, мотивации, готовности и соответствия (CMRS — Circumstances, Motivation, Readiness and Suitability Scales)** 36
- Школьная фобия** 352
- «Школьный профиль переживаний» (HSQ — High School Study Questionnaire)** 87
- Экспериментирование** 9
- Экспрессивная поддержка** 69
- Электросудорожная терапия** 347
- Эмпатический терапевтический стиль** 185
- AI-Анон** 387
- Alateen** 387
- Counselors-CARE — «Забота и консультация»** 109
- CAST — «Тренинг умения справляться и поддержки»** 109
- DATCAP (Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program)** 303
- DSM-IV — Диагностическое и статистическое руководство по психическим нарушениям, версия IV** 12
- FRAMES** 185
- Gam-Анон** 387
- L-допа** 340
- PAYS — Parents and Youth with Schools («Родители и дети вместе со школой»)** 109
- STEPS** 74

## Информация об авторах

*Nicole M. Attaway* — Alcohol Studies, Department of Psychology, Rutgers University, Piscataway, NJ.

*Nate Azrin*, Ph.D. — Center for Psychological Studies, Nova Southeastern University, Fort Lauderdale, FL.

*Nancy P. Barnett*, Ph.D. — Center for Alcohol and Addiction Studies, Brown University, Providence, RI.

*Gilbert J. Borvin*, Ph.D. — Institute for Prevention Research, Cornell University Medical College, New York, NY.

*Sandra A. Brown*, Ph.D. — Departments of Psychology and Psychiatry, University of California San Diego, La Jolla, CA.

*Brenna Hafer Bry*, Ph.D. — Department of Psychology, Rutgers University, Piscataway, NJ.

*Michael L. Dennis*, Ph.D. — Chestnut Health Systems, Bloomington, IL.

*Thomas J. Dishion*, Ph.D. — Child and Family Center, Department of Psychology, University of Oregon, Eugene, OR.

*Brad Donohue*, Ph.D. — Department of Psychology, University of Nevada, Las Vegas, NV.

*Leona L. Eggert*, Ph.D., RN, FAAN — University of Washington School of Nursing, Seattle, WA.

*Andres G. Gil*, Ph.D. — College of Health and Urban Affairs, Florida International University, Miami, FL.

*Mark D. Godley*, Ph.D. — Chestnut Health Systems, Bloomington, IL.

*Kenneth W. Griffin*, Ph.D., M.P.H. — Institute for Prevention Research, Cornell University Medical College, New York, NY.

*William B. Hansen*, Ph.D. — Tanglewood Research, Greensboro, NC.

*Susan Harrington Godley*, Ph.D. — Chestnut Health Systems, Bloomington, IL.

*Jerald R. Herting*, Ph.D. — Psychosocial and Community Health, Sociology Department, University of Washington, Seattle, WA.

*Aaron Hogue*, Ph.D. — Department of Psychology, Fordham University, New York, NY.

*Shannon I. Jackson*, M.A. — Department of Clinical and Health Psychology, University of Florida, Gainesville, FL.

*Yifrah Kaminer*, M.D. — Alcohol Research Center, Department of Psychiatry, University of Connecticut Health Center, Farmington, CT.

*Jon D. Kassel*, Ph.D. — Department of Psychology, University of Illinois at Chicago, Chicago, IL.

*Kathryn Kavanagh*, Ph.D. — Child and Family Center, Department of Psychology, University of Oregon, Eugene, OR.

*Elizabeth Kortlander*, Ph.D. — Teen Intervention Project, Florida International University, Miami, FL.

*William W. Latimer*, Ph.D. — Community Integration, University of Minnesota, Minneapolis, MN.

*Howard A. Liddle*, Ph.D. — Center for Treatment Research on Adolescent Drug Abuse, Department of Epidemiology and Public Health, University of Miami School of Medicine, Miami, FL.

*Peter M. Monti*, Ph.D. — Providence VA Medical Center and Center for Alcohol and Addiction Studies, Brown University, Providence, RI.

*Staci Leon Morris*, Psy. D. — Teen Intervention Project, Florida International University, Miami, FL.

*Mark G. Myers*, Ph.D. — Department of Psychiatry, University of California San Diego, Veterans Affairs, V.A. Medical Center, San Diego, CA.

*Brooke P. Randell*, DNSc, CNS — University of Washington School of Nursing, Seattle, WA.

*Randy Stinchfield*, Ph.D. — Department of Psychiatry, University of Minnesota, Minneapolis, MN.

*Elaine A. Thompson*, Ph.D., RN — University of Washington School of Nursing, Seattle, WA.

*Jonathan G. Tubman*, Ph.D. — Department of Psychology, Florida International University, Miami, FL.

*Eric F. Wagner*, Ph.D. — College of Health and Urban Affairs, Florida International University, Miami, FL.

*Holly B. Waldron*, Ph.D. — Department of Psychology, University of New Mexico, Albuquerque, NM.

*Ken C. Winters*, Ph.D. — Department of Psychiatry, University of Minnesota, Minneapolis, MN.

*Mark D. Wood*, Ph.D. — Center for Alcohol and Addiction Studies, Brown University, Providence, RI.

## Информация о грантах и благодарности

К главе 1. Работа была поддержана грантами Национального института наркологии США (гранты 04434 и 05104 были выданы Кену К. Винтеру, грант № 00254 был выдан Уильяму У.Латимеру). Авторы также благодарят Ники Андерсон за помощь в подготовке рукописи.

К главе 3. Авторы выражают особую благодарность соразработчику школьной профилактической программы «Объединение юных» Лиле Дж. Николас и всем сотрудникам и учащимся школ, принимавшим участие в ее апробации. Также авторы благодарят свой исследовательский коллектив за помощь в подготовке и обработке данных.

К главе 6. Работа была поддержана следующими грантами: грант DA 07031, выданный Томасу Дж. Дишиону Национальным институтом наркологии США; грант МН 46690, выданный доктору наук Джону Рейду; грант МН 37940, выданный доктору наук Джералду Р. Паттерсону Национальным институтом исследований психического здоровья.

К главе 7. Работа была поддержана следующими грантами: гранты 5R01-AA09892 и 5T32-AA07459, выданные Национальным институтом исследований алкоголизма; премия от Министерства по делам ветеранов, присужденная доктору Петеру М. Монти; грант от Центра медицинских исследований, выданный авторам по совокупности заслуг.

К главе 8. Работа была поддержана грантами 5R01 AA07033 и 5R01 AA12171 от Национального института исследований алкоголизма и грантом от Центра коррекции зависимостей.

К главе 9. Работа была поддержана грантом AA10246, выданным Национальным институтом исследований алкоголизма Эрику Ф. Вагнеру. Авторы благодарят Сьюзан Таролла за помощь в подготовке рукописи, а также администрацию и учащихся общественных школ графства Брвард, особенно доктора Кэри Саттона, за их участие в проекте.

К главе 11. Работа была поддержана грантами от Национального института наркологии США (P50-DA07697, P50-DA11328, R01-DA09424, R03-DA12452).

К главе 12. Работа была поддержана грантами от Национального института исследований алкоголизма и от Калифорнийского университета (программа изучения заболеваний, связанных с табакокурением).

К главе 14. Работа была поддержана грантом R01 AA10368, выданным Национальным институтом исследований алкоголизма. Сделанные авторами интерпретации результатов и выводы отражают исключительно их личную позицию, а не позицию института.

К главе 15. Грант 1R29AA12240-01 был выдан Йону Д. Касселу Национальным институтом исследований алкоголизма.

# Оглавление

Предисловие .....	5
<b>Глава 1. Оценка употребления подростками психоактивных веществ</b> <i>Кен К. Винтерс, Уильям У. Латимер, Рэнди Стинчфилд</i> .....	7
<b>Глава 2. Формирование жизненных навыков: теория, методы, эффективность профилактического подхода к злоупотреблению наркотиками</b> <i>Гилберт Дж. Ботвин, Кеннет У. Гриффин</i> .....	40
<b>Глава 3. Роль программы «Объединение юных» в профилактике злоупотребления наркотиками, уходов из школы и суицидального поведения для групп высокого риска</b> <i>Леона Л. Эггерт, Элейн А. Томпсон, Джералд Р. Хертинг, Брук П. Рэнделл</i> .....	65
<b>Глава 4. «All Stars»: профилактика проблемного поведения в школах и по месту жительства</b> <i>Уильям Б. Хансен</i> .....	112
<b>Глава 5. Вмешательство по месту жительства</b> <i>Брэнна Х. Брай, Николь М. Аттауэй</i> .....	143
<b>Глава 6. Экологический подход к вмешательству на базе семьи в отношении употребления подростками психоактивных веществ</b> <i>Томас Дж. Дишион, Кэтрин Каванах</i> .....	161
<b>Глава 7. Мотивационное интервью для употребляющих алкоголь подростков в отделении экстренной медицинской помощи</b> <i>Нэнси П. Барнетт, Питер М. Монти, Марк Д. Вуд</i> .....	177
<b>Глава 8. Помощь подросткам, имеющим алкогольные проблемы, в изменении поведения — подход, предоставляющий право выбора</b> <i>Сандра А. Браун</i> .....	206
<b>Глава 9. Проект «Помощь подросткам»: вмешательство на базе школы для подростков, сталкивающихся с алкогольными или наркотическими проблемами</b> <i>Эрик Ф. Вагнер, Элизабет Кортландер, Стаси Л. Моррис</i> .....	228
<b>Глава 10. Семейная поведенческая терапия</b> <i>Брэд Донохью, Нэйт Азрин</i> .....	246

<b>Глава 11. Многокомпонентная семейная терапия злоупотребления психоактивными веществами среди подростков</b> <i>Говард А. Лиддл, Аарон Хогг</i> .....	274
<b>Глава 12. Борьба с курением среди подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами</b> <i>Марк Г. Майерс</i> .....	308
<b>Глава 13. Психофармакологическая терапия</b> <i>Ифра Каминер</i> .....	333
<b>Глава 14. Протокол настойчивого ухода за подростками, злоупотреблявшими психоактивными веществами, в период реабилитации</b> <i>Сьюзан Х. Годли, Марк Д. Годли, Майкл Л. Деннис</i> .....	363
<b>Глава 15. Вмешательства, основанные на подходе «Двенадцать шагов»</b> <i>Йон Д. Кассел, Шэннон И. Джексон</i> .....	385
Предметный указатель .....	405
Информация об авторах .....	411
Информация о грантах и благодарности .....	413

*Учебное издание*

**Алкогольная и наркотическая зависимость  
у подростков: пути преодоления**

**Под редакцией Э. Ф. Вагнера и Х. Б. Уолдрон**

**Учебное пособие**

Редактор *Е. А. Кречетова*

Ответственный редактор *С. А. Шаренкова*

Технический редактор *Н. И. Горбачева*

Компьютерная верстка: *А. В. Бобылева*

Корректоры *Л. Б. Орловская, Э. Г. Юрга, Н. В. Козлова*

Изд. № 101108055. Подписано в печать 20.03.2006. Формат 60×90/16.  
Гарнитура «Таймс». Бумага офсетная № 1. Печать офсетная. Усл. печ. л. 26,0.  
Тираж 3000 экз. Заказ № 5838.

Издательский центр «Академия». [www.academia-moscow.ru](http://www.academia-moscow.ru)  
Санитарно-эпидемиологическое заключение № 77.99.02.953.Д.004796.07.04 от 20.07.2004.  
117342, Москва, ул. Бултерова, 17-Б, к. 360. Тел./факс: (495)334-8337, 330-1092.

Отпечатано с электронных носителей издательства.  
ОАО «Тверской полиграфический комбинат», 170024, г. Тверь, пр-т Ленина, 5.  
Телефон: (4822) 44-52-03, 44-50-34, Телефон/факс (4822) 44-42-15  
Home page - [www.tverpk.ru](http://www.tverpk.ru) Электронная почта (E-mail) - [sales@tverpk.ru](mailto:sales@tverpk.ru)





51-1(2)5  
A 50

# АЛКОГОЛЬНАЯ И НАРКОТИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ У ПОДРОСТКОВ

*Пути преодоления*

Под редакцией  
Эрика Ф. Вагнера и Холли Б. Уолдрон



Употребление детьми и молодежью психоактивных веществ превратилось в серьезную социальную, педагогическую и медицинскую проблему. Число молодых наркоманов увеличивается за счет подростков из благополучных слоев общества, семей с высоким достатком. Формируется особая молодежная субкультура, ведущими ценностями которой являются свободное времяпрепровождение в сочетании с наркотизацией как определенным стилем жизни. Представленная концепция является оригинальной и интересной разработкой. Она восполняет острый дефицит программ индивидуальной и групповой коррекционной работы с подростками. Стержневой идеей книги является стратегия сдерживания распространения наркотиков и наиболее неблагоприятных последствий злоупотребления ими. Авторы анализируют как психофармакологическую терапию аддикций, так и семейную поведенческую терапию, программы помощи в районных центрах и в школе. Они рассматривают не только проблемы, связанные с борьбой с курением, употреблением алкоголя и психоактивных веществ, но и профилактику уходов из школы и суицидального поведения.

Заведующий отделом клинической психологии  
НЦ психического здоровья РАМН *С. Н. Ениколопов*

Книга содержит много новой и важной для теории и практики подростковой наркологии информации, необходимой для наркологов, медицинских и клинических психологов, врачей-педиатров, врачей общего профиля, психологов, педагогов и социальных педагогов школ. Работа российских специалистов – научных редакторов книги – позволила адаптировать информацию для русского читателя.

Главный детский нарколог Росздрава  
доктор медицинских наук, профессор *Е. А. Кошкина*

ISBN 5-7695-2578-9



9 785769 525780

**Издательский центр «Академия»**  
[www.academia-moscow.ru](http://www.academia-moscow.ru)