

Д. А. Донской, А. В. Копытов

О РОЛИ СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В настоящей статье представлен обзор литературы по имеющимся социально-ориентированным методам лечения алкогольной зависимости. Были проанализированы электронные

□ **Обзоры и лекции**

базы данных: «Current Contents», «ЕТОН», «Medline», «PsycInfo», «PubMed» с 1966 года. В обзор включены исследования по эффективности, анализу различных социально-ориентированных методов лечения алкогольной зависимости. Рассмотрены патогенетические механизмы и теоретические аспекты различных социально-ориентированных методов лечения алкогольной зависимости. Произведено обсуждение активных компонентов групп самопомощи, роль социальной поддержки, ориентации на цель и отношения при данных видах вмешательств. Представлены и обсуждены наиболее активные компоненты групп самопомощи в виде самоэффективности, копинг-навыков и личностных характеристик. Показана эффективность данной группы методов в зависимости от индивидуальных клинических характеристик заболевания и особенностей его формирования. Проведен анализ показаний, ограничений при их применении. Проанализированы данные эффективности применения данных вмешательств при изолированных проблемах алкогольной зависимости, так и при наличии коморбидных расстройств.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, социально-ориентированные методы лечения, обзор, эффективность.

D. A. Donskoy, A. V. Kopytov

ABOUT THE ROLE OF SOCIALLY-ORIENTED TREATMENTS FOR ALCOHOL DEPENDENCE

This article provides an overview of the available literature on social-oriented treatments for alcohol dependence. Electronic databases were analyzed: "Current Contents", "ЕТОН", "Medline", "PsycInfo", "PubMed" since 1966. The review includes studies on the effectiveness analysis of different social-oriented methods of treatment of alcohol dependence. Was considered pathogenic mechanisms and theoretical aspects of various socially-oriented methods of treating alcohol dependence. Produced discussion of the active components of self-help groups, the role of social support, focus on the purpose and relationship with these types of interventions. Presented and discussed the most active components of the self-help groups in the form of self-efficacy, coping skills and personal characteristics. Was shown the efficiency of this group of methods, depending on the individual clinical characteristics of the disease and the characteristics of its formation. Spend analysis readings, restrictions on their use. Was analyzed the data of the effectiveness of these interventions in isolated problems of alcohol dependence, and the presence of comorbid disorders.

Key words: alcohol dependence, social-oriented therapies, review, efficiency.

Высокий уровень употребления алкоголя – общеизвестная причина повышенного риска более чем 60 категорий заболеваний [5].

В Европе чрезмерное употребление алкоголя является вторым из основных факторов, приводящих к смерти и потере трудоспособности, после курения [39]. Высокий показатель употребления алкоголя является основной проблемой не только в отношении заболеваемости и смертности пациентов, но также в отношении последствий социального и экономического характера.

Кроме того, чрезмерное употребление алкоголя косвенно наносит вред окружающим людям. В ЕС это относится к 60000 новорожденных с пониженной массой тела, 16% случаев жестокого обращения с детьми и невыполнения обязанностей по отношению к детям, а также 5–9 млн детей в семьях, испытывающих негативное воздействие от употребления алкоголя. Значительная доля преступлений может быть приписана чрезмерному употреблению алкоголя [5].

Несмотря на общеизвестный риск нанесения вреда, связанный с хроническим и чрезмерным употреблением алкоголя, терапию получает лишь малая часть пациентов с алкогольной зависимостью (АЗ). Более

чем у 80% людей по всему миру АЗ остается не выявленной. В Европе лишь малая доля (8,3%) людей с диагностированной АЗ получают какую-либо терапию [37].

Терапия обычно включает фазы: детоксикации, предотвращения рецидива и психосоциальные интервенции.

Появляющиеся данные некоторых исследований подразумевают роль восстановления духовности при АЗ. Духовные изменения могут являться посредниками в обеспечении эффективности восстановления в субпопуляции злоупотребляющих ПАВ участвующих в социально-ориентированных методах лечения, работающих в 12-шаговых программах, группах само- и взаимопомощи и др. [40].

Различают психосоциальные интервенции как самостоятельный метод терапии, и мотивирующие, усиливающие воздержание интервенции, к которым прибегают только в сочетании с медикаментозной терапией.

В клинических условиях при терапии АЗ используются различные виды психосоциальных интервенций. Широко применяются когнитивно-поведенческая терапия, мотивационно-стимулирующая терапия, программа «12 шагов» и др.

Во время исследований не удается убедительно продемонстрировать превосходство одного вида психосоциальных интервенций над другими. Они все оказываются одинаково эффективными, вследствие того, что содержат общие элементы, такие как обратная связь, совет, сочувствие и вера в собственные силы. Наиболее постоянным прогностическим фактором для результатов этих вмешательств является качество терапевтических отношений между терапевтом и пациентом.

Общим для этих видов интервенций элементом является мотивационная оценка, которая поддерживает пациента в достижении целей на пути к изменению. Кроме того, эти интервенции облегчают установление терапевтического альянса между специалистом оказывающим медицинскую помощь и пациентом и, таким образом, сходны с той деятельностью, которая обычно наблюдается в клинической практике специалиста, который осуществляет стандартную терапию хронических заболеваний, сочетая советы и медикаментозную терапию. В повседневной клинической практике мотивационные и усиливающие воздержание интервенции могут считаться взаимозаменяемыми, при условии, что они обеспечивают одинаковый подход в отношении поддержки пациента.

Цель этого обзора литературы в том, чтобы рассмотреть изданные исследования и сделать выводы об эффектах социально-ориентированных методов лечения алкогольной зависимости для последующего обоснования их эффективного применения в клинической наркологии.

Для идентификации соответствующих исследований использовалась комбинация ключевых слов: «алкогольная зависимость», «употребление алкоголя с вредными последствиями», «злоупотребление алкоголем», «алкоголь», «хронический алкоголизм», «алкогольная интоксикация», «лечение», «психотерапия», «реабилитация», «профилактика», «ремиссия», «алкогольные проблемы», «социально-ориентированные вмешательства», «социальные программы», «группы самопомощи», «группы взаимопомощи».

В 2012 и 2016 годах произведен поиск электронных баз данных: «Current Contents», «ЕТОН», «Medline», «PsycInfo», «PubMed» с 1966 года.

Были рассмотрены доступные исследования в данной области, которые включали не только зависимых от алкоголя, но и лиц со злоупотреблением. В обзор включены исследования по социально-ориентированным видам вмешательств.

Были рассмотрены результаты мета-анализов, обзоров литературы и диссертаций. Самыми важными критериями по результатам, включенных исследований, были изменения в потреблении алкоголя и связанных с алкоголем проблем, продолжительность ремиссии. Субъекты в большинстве исследований были представителями из общей популяции, страдающие АЗ.

Группы самопомощи, которые часто называют группами взаимоподдержки, являются ключевым компонентом системы неофициальной заботы о людях с зависимыми формами поведения и психическими

расстройствами. Фактически, люди посещают группы самопомощи (ГСП) для получения помощи при зависимостях и психических нарушениях больше, чем суммарно индивидуальных врачей в сфере психического здоровья [23]. В США 9% взрослых посещают группы Анонимными Алкоголикам (АА) периодически в течение жизни [31] и почти 80% взрослых, которые обращаются за помощью по поводу АЗ участвовали в группах АА [16]. Помощь в ГСП также очень распространена в Канаде и Европе [19]. Кроме того, есть существенная связь между участием в ГСП с использованием программы «12 шагов» и благоприятными результатами лечения зависимости, которая имела у лиц с алкоголизмом и/или наркоманией различных возрастных категорий, а также с коморбидными психическими расстройствами [29]. Большая часть соответствующих исследований была проведена в США, но общие заключения о преимуществах ГСП имелись в других странах [7].

Однако, до сих пор относительно немного известно об активных компонентах или социальных процессах, которые обеспечивают эффекты ГСП с использованием программы «12 шагов» [22]. Имеются четыре базовые теории, которые определяют некоторые из активных компонентов, способствующие эффективному психосоциальному лечению синдрома зависимости (СЗ) и рассмотрены исследования, которые идентифицируют некоторые из вероятных активных компонентов ГСП. Несколько проблем выдвинуты на первый план, чтобы обратить внимание на потребность в понимании роли и преимуществах ГСП для людей с СЗ.

Теоретические аспекты. Четыре главных теории представлены, чтобы идентифицировать некоторые из активных компонентов, которые, вероятно, защищают людей от развития проблем зависимости от ПАВ и могут облегчить их решение. Эти теории – теория социального контроля, теория социального научения, поведенческая экономика или поведенческая теория выбора, теория стресса и копинга. Они идентифицируют сопоставимые защитные социальные процессы в нескольких областях жизни, включая семьи, социальную сеть с окружением друзей и коллег по работе [29]. Эти теории также выдвигают на первый план некоторые из активных компонентов, в основе которых лежат базовые методы лечения СЗ, такие как когнитивно-поведенческая терапия, лечение с помощью программы «12 шагов» и терапия повышения мотивации [9]. Соответственно, целесообразно предположить, что соответствующие активные компоненты могут влиять на эффективность SHGs.

Теория социального контроля. Согласно теории социального контроля, сильные связи с семьей, друзьями, работой, религией и другими аспектами традиционного общества заставляют людей участвовать в ответственном поведении и воздерживаться от неправильного употребления ПАВ. Эти связи охватывают мониторинг и направление поведения к приемлемым целям. Когда такие социальные взаимодействия будут ослаблены или отсутствуют, люди, менее вероятно, будут придерживаться обычных стандартов и иметь

тенденцию не участвовать в нежелательном поведении, таком как неправильное употребление алкоголя и наркотиков. Некоторые из причин слабой адаптации к существующим социальным стандартам – неадекватный мониторинг и неправильное направление цели, включая семьи, которые испытывают недостаток в единстве и структуре, друзья, которые поддерживают ненормативные ценности и участвуют в деструктивном поведении, нехватка внимания, бдительности в работе и социальном окружении.

Теория социального научения. Согласно теории социального научения зависимость от ПАВ формируется при определенных условиях, когда поведение взрослых и сверстников становится образцом для подражания. Эффекты моделирования начинаются с наблюдения и имитации специфического поведения для определенного ПАВ, поддерживаются подкреплением и ожиданием положительных последствий от употребления ПАВ и достигают высшей точки при зависимости и злоупотреблении [24]. В основном, эта теория предполагает, что употребление ПАВ связано с положительными представлениями и ожиданиями о веществах, членах семьи и друзьях, которые вовлечены в модель зависимости. Наблюдение за сверстниками, употребляющими алкоголь и наркотиками, может привить положительные предвкушения от эффектов этих веществ и предоставить модели, которые показывают, как получать и использовать их.

Поведенческая теория выбора. Ключевой элемент социального контекста в поведенческой теории выбора – альтернативные вознаграждения, предоставляемые действиями без употребления ПАВ. Эти вознаграждения защищают людей от воздействия ПАВ и возмощают их употребление, а так же от поддержки и повышения количества употребления вещества. Теория устанавливает тот эффективный доступ к вознаграждениям через доступность к образованию, работе, религиозной и социальной/региональной поддержке, чтобы уменьшить вероятность выбора альтернативных употреблению ПАВ способов поведения [6]. Например, физическая деятельность и употребление ПАВ могут и поднять настроение и уменьшить напряжение, что делает их функционально сходными. Вовлеченность в физическую деятельность также включает социальное взаимодействие с людьми, которые не употребляют алкоголь или наркотики, и укрепляют решение воздержаться от употребления этих веществ.

Стресс и копинг-теория. Стресс и копинг-теория определяют те напряженные обстоятельства жизни, которые приводят к дистрессу, дезадаптации и в конечном счете к неправильному употреблению ПАВ [20]. Семейные стрессоры, такие как физическое и сексуальное насилие, непрерывный конфликт и нехватка единства и структуры, создают отчуждение и дистресс. Стрессоры жизни могут также вызвать тревогу, бросая вызов самоидентификации человека тогда, когда проблемы в семье или на работе пробуждают сомнения относительно самокомпетентности. Теория предполагает, что стрессоры, наиболее вероятно, побуждают к употреблению ПАВ импульсивных людей, ко-

торые испытывают недостаток уверенности в себе и копинг-навыках, и пытаются избежать проблем и дистресса. Для этих людей употребление ПАВ – форма защиты, копинг, который предполагает самолечение, чтобы уменьшить одиночество и депрессию.

Таким образом, ключевые активные компоненты, устанавливаемые в соответствии с теорией социального контроля, вовлекают взаимодействия или поддержку, условия или цели и структуры контроля. Самые важные активные компоненты социальной теории научения – наблюдение, поддержка семьи, соблюдение и социальных норм и моделей, формирования ожиданий в отношении употребления ПАВ. Существенные активные компоненты поведенческой теории выбора способствуют причастности к полезным действиям, которые защищают людей от искушения употребить или неправильно употребить ПАВ. Стресс и копинг-теория сосредотачиваются на активных компонентах развития уверенности в себе и копинг-навыков, чтобы управлять рискованными ситуациями и общими стрессорами жизни. Хотя эти четыре теории имеют отличительные элементы они взаимосвязаны. Например, ориентируемые на воздержание субъекты для подражания и причастность к полезным действиям, вероятно, увеличат социальное взаимодействие и создадут определенную структуру.

Активные компоненты групп самопомощи. В соответствии с теорией социального контроля, многие ГСП включают такие активные компоненты как поддержка, ориентация на цель и отношения, поддержка положительных социальных ценностей и важные сильные взаимодействия с семьей, друзьями, работой, духовностью или религией [15]. После знакомства с теорией социального научения или стресса и копинга, многие из этих групп выдвигают на первый план активные компоненты, такие как ориентация на воздержание, на субъекты для подражания, эффективность взаимоподдержки участников и копинг-навыки. Совместимые с поведенческой теорией выбора ГСП имеют тенденцию сосредотачиваться на таких активных компонентах как обязательство в продуктивном наблюдении, включая социальную активность без приема ПАВ и помощь другим в преодолении проблем зависимости.

Большинство эмпирической литературы в этой области сосредотачивается на ГСП, работающих по 12-шаговой программе, прежде всего АА. Однако, есть некоторые соответствующие исследования других видов групп, включая двойные фокус-группы, такие как группы для восстановления нескольких проблем (ГВНП) и группы для восстановления людей с психическими расстройствами.

Поддержка, ориентация на цель и отношения. ГСП могут быть охарактеризованы тремя наборами критериев, которые являются активными компонентами. Критерий отношений отражает качество интерперсональных отношений в группе и включает количество единства и поддержки. Критерий ориентации на цель отражает ключевые области, в которых группа поощряет личностный рост, ответственность, самораскрытие и духовность. Критерий поддержки показывает

степень, в которой группа воплощает ясные ожидания и обеспечивает эффективную структуру или контроль индивидуального поведения. Этот набор критериев составляют активные компоненты, которые могут поддержать или ограничить влияние группы на результаты каждого участника.

В исследование четырех групп АА, в которых оценили эти критерии, нашли, что группы имели от умеренного до высокого акцента на критерии отношений (единство и выразительность), аспекты управления целью (независимость, самооткрытие и духовность) и поддержки [28]. В среднем, международные группы роста (GROW) также имеют тенденцию устанавливать благосклонные, направленные на цель и хорошо организованные социальные условия, ориентированные на личностный рост участников [35]. Вообще, члены групп с этими особенностями имеют тенденцию сообщать о большем удовлетворении и благосостоянии и получать хорошие результаты [29].

В соответствии с этими результатами, у людей, которые больше вовлечены в группы с 12-шаговыми программами, вероятно, будет большее число друзей и большей поддержки от этих друзей. Например, пациенты с СЗ, которые были больше вовлечены в группы с 12-шаговыми программами, сообщили об улучшении, по сравнению с начальным уровнем через 1 год, количества и частоты контактов с друзьями и улучшении отношений с ними. Включенность в группы с 12-шаговыми программами была связана с меньшим количеством употребления ПАВ в течение 1 года [19]. Кроме того, предварительное заключение показывает, что увеличение духовности при вовлечении в группы с 12-шаговыми программами, может определять часть эффекта воздержания [40].

Люди и с СЗ, и с психическими расстройствами противостоят множественным вызовам во время ремиссии. Таким образом, социальная поддержка может быть более важным активным компонентом в группах для людей с двойным диагнозом, чем традиционные группы с 12-шаговыми программами. В исследовании ГВНП участники этих групп отмечали высокие уровни социальной поддержки, более регулярно и меньше употребляли ПАВ в течение последующего года [33]. Больше социальной поддержки коррелировало с меньшим количеством употребления ПАВ в течение последующего года. Духовность также объясняет часть ассоциации между присоединением к ГВНП и увеличением участников с положительным здоровым поведением [26]. Эти результаты предполагают, что поддержка и ориентация на цель, представленные духовностью, являются активными компонентами, которые объясняют снижение употребления ПАВ и улучшение функционирования у людей с двойственным диагнозом.

Модели норм и ролей. Социальный контроль и социальные теории научения подчеркивают важность норм и ролей для подражания. Хотя групповые модели норм и ролей могут подчеркнуть проблемы неупотребления и навредить снижению употребления, в огромном большинстве групповые тренинги, работающие по программе «12 шагов», отражают ориентацию на воз-

держание, которое является доминирующим в ориентации на цель и ключевым активным компонентом этих групп. Таким образом, как ожидается, люди, которые больше включены в группы с программами «12 шагов», имеют тенденцию иметь больше друзей, которые воздерживаются от алкоголя, наркотиков и оказывают определенную поддержку для воздержания. По сравнению с изначальным уровнем, в течение последующего года у лиц с зависимостью от ПАВ, больше вовлеченных в группы с программами «12 шагов», сообщили о меньшем количестве друзей, которые употребляли алкоголь или наркотики и друзей, которые поддерживали ремиссию и восстановление. Поддержка друзей, способствующая воздержанию, частично обусловлена причастностью к группам с 12-шаговой программой и снижала актуальность зависимости [19]. Больше контактов с лицами из группы поддержки и друзьями из программы «12 шагов» было также связано с более высокой вероятностью воздержания пациентов с зависимостью от алкоголя спустя 2 года после выхода из острого эпизода опеки [22].

Поощряя дружбу, ориентируемую на воздержание, причастность к группам «12 шагов» можно оградить людей от отрицательного влияния друзей злоупотребляющих алкоголем. В этом отношении, клиенты, социальные сети которых были очень благосклонны к употреблению, при включении в лечение и регулярное посещение АА, более вероятно, были абстинентами и употребление было менее тяжелым по количеству дней в течение 3-летнего периода [30]. В другом лонгитюдном исследовании, те, кто больше придерживался АА для того, чтобы уменьшить питье, имели более высокий процент друзей, которые поощряли снижение употребления и более низкий процент пьющих, кто имел более тяжелые проблемы, и прогнозируемое воздержание за последующий 1-летний и 3-летний период. По сравнению с людьми, у которых не было поддержки АА, те, кто получил такую поддержку между 1- и 3-летними периодами, более вероятно, были абстинентами за 3-летний период [9].

За 5-летний период эти субъекты с регулярным посещением АА имели в два раза больше друзей, которые поддерживали сокращение или уход от питья, чем люди с низким и незначительным посещением, и у них были самые большие периоды воздержания. Группа людей, которые посещали АА часто, поддерживала воздержание даже при том, что у них были некоторые тяжело пьющие и потребители наркотиков в их социальной сети. Ориентируемая на воздержание поддержка АА была активным компонентом, который защищал этих людей от потенциального негативного влияния их социальной сети. Поддержка АА также является посредником и объясняет часть отношений между причастностью к АА и уменьшением алкогольных проблем и ремиссией [21].

Группы с 12-шаговыми программами и аналогичные специализированные группы, такие как ГВНП, ориентированные на нормы воздержания и субъектов для подражания, отражают один важный активный компонент. Кроме того, эти группы охватывают

нормы и субъектов для подражания, кто поддерживает приверженность предписанным режимам лечения и обучает способам управлять психическими нарушениями. Соответственно, последовательное участие в группах ГВНП было связано с лучшей приверженностью режимам лечения, меньшему количеству психических нарушений и более низкой вероятности госпитализации [2].

Причастность к полезным действиям. Другой активный компонент многих ГСП определяет их роль в привлечении участников, не употребляющих ПАВ, и их полезную социальную поддержку, например, функционирование домашних групп, коллективов и сообществ. Участники, которые больше вовлечены в группы встреч и поддержки, быстрее достигнут и более длительно будут поддерживать ремиссию [21]. Причастность к религиозным группам и общеобразовательным организациям также связана с более высокой вероятностью успешной ремиссии. Фактически, причастность к обществу предиктировала 1-летнюю ремиссию у зависимых от ПАВ субъектов, независимо были они участниками АА/НА или выступали в роли поддержки. Помогая участникам больше социально интегрироваться, группы взаимопомощи увеличивают вероятность длительной абстиненции [36].

ГСП также предоставляют участникам возможность помочь другим людям в потребности, которая имеет тенденцию увеличивать смысл поддержки цели и личной ответственности, вознаграждения за сохранение трезвости и необходимость в выздоровлении [40]. В исследовании, базирующемся на данных проекта MATCH, показано, что субъекты, которые выступали в роли спонсоров или были заняты в помощи другим алкоголикам, менее вероятно вернутся к возобновлению употребления [2]. Точно так же по сравнению с участниками ГВНП, у которых менее четким было разделение на группы встреч и помощи другим, участники, более вовлеченные в эти действия, более вероятно, будут иметь ремиссию в течение 1-летнего периода [21, 40]. Индивидуумы в интернациональных группах роста, которые оказывают информационную поддержку и руководство другими участниками группы, также намного улучшают свое социальное функционирование. Кроме того, участники группы, которые оказывают поддержку, могут быть более успешными, чем участники, которые просто получают поддержку [17].

Спонсоры предоставляют другим участникам поддержку и руководство, инструкцию по программе «12 шагов», подсказки, чтобы помочь продлить ремиссию, улучшить эффективность кризисных вмешательств и отношений. Оказание помощи может улучшить чувство собственного достоинства у спонсоров и социальное положение, усилить социальную сеть спонсора и обеспечить модель успешного обязательства вести трезвый образ жизни. Соответственно, участники ГСП, которые становятся спонсорами, более вероятно, поддержат ремиссию, чем те, кто этого не делает. Фактически в течение 10-летнего периода, примерно 91 % лиц, которые спонсировали других участников АА на протяжении всего периода были в ремиссии [4].

Поддержка самооффективности и копинг-навыки. Активные компоненты ГСП, рассматриваемые к настоящему времени, имеют тенденцию увеличивать мотивацию для выздоровления, самооффективность, сопротивление употреблению ПАВ и эффективность копинг-навыков. Наиболее актуальной является ориентировка на то, чтобы сосредоточиться непосредственно на самооффективности и копинг-навыках, наиболее активных компонентах, которые связаны со стрессом и копинг-теорией.

Присоединение к АА связано тенденцией повышения самооффективности участников и мотивации для ремиссии. Например, анализ 16-летний катамнез у первичных пациентов с АЗ показал, что участие в АА в течение первого года коррелировало в последующем с большей самооффективностью и способностью сопротивляться употреблению алкоголя в рискованных ситуациях в течение 1-, 8- и 16-летний периодов. В свою очередь, самооффективность была связана с меньшим количеством употребления алкоголя в течение 1-го года и меньшим количеством алкогольных проблем в течение 16 лет [29].

Точно также анализ данных проекта MATCH показал, что участие в АА было положительно связано с самооффективностью, чтобы избежать употребления. Самооффективность предиктировала более высокую вероятность ремиссии и обуславливала часть ассоциации между участием в АА и ремиссией [12]. Посещение АА в течение 6 месяцев предиктировало самооффективность, как фактор ремиссии на протяжении 9 месяцев, а также ремиссию в течение 15 месяцев. Самооффективностью, чтобы избежать употребления, объясняется часть эффекта участия в АА для обеспечения ремиссии в обеих группах лиц с менее тяжелой (Тип А) и более тяжелой (Тип В) АЗ [8].

Исследование, которое оценило пациентов при лечении 12-шаговой программой во время лечения за 1- и 6-месячные периоды, сосредоточилось на нескольких общих факторах изменений, включая самооффективность, мотивацию к воздержанию, оценке вреда из-за употребления ПАВ и активного когнитивного и поведенческого копинга. Большая принадлежность к АА после лечения в течение месяца была связана с увеличениями изменений этих факторов и с лучшими 1-и 6-месячными результатами по употреблению алкоголя. Кроме того, эти общие факторы, вероятно, объяснили весь эффект 6-месячной ремиссии после участия в АА [3].

Копинг-навыки. Принадлежность к ГСП с 12-шаговым программам предполагает больше полагаться на копинг-ответы, направленные на снижение употребления ПАВ. Например, люди, которые в большей мере вовлечены в АА, скорее всего, опираются на копинг-навыки, направленные на контроль употребления ПАВ, проведение времени в трезвости с не употребляющими алкоголь друзьями, обращение за советами о том, как решать свои проблемы употребления и награждение себя за попытку прекратить употребление [32]. Активные ингредиенты ГСП, которые способствуют улучшению копинг-навыков, включают моделирование

навыков отказа употребления ПАВ, идеи о том, как управлять ситуаций индуцирующей рецидив и практические советы для борьбы с жадой.

Участие в ГСП также связано с улучшением общих копинг-навыков. Это подразумевает увеличение роли подхода активного преодоления и снижение актуальности стратегии избегания [3]. 3-летний период наблюдения за лицами, которые обратились за помощью с проблемами, связанными с алкоголем, обнаружили, что те, кто присутствовал на группах АА, как правило, больше полагались на менее продуктивные копинг-стратегии избегания [19]. В другом исследовании, в котором было больше лиц, имеющих отношение к 12-шаговым группам, повысилась позитивная самоактуализация и актуальность копинг-стратегии решения проблем. Этот подход с копинг-ответами объясняет часть эффектов по сокращению употребления ПАВ принадлежностью к группам [19].

ГСП также закрепляют копинг-навыки у лиц с коморбидными расстройствами, в частности путем предоставления возможности поделиться информацией, участвовать во взаимном обучении и приобретения новых установок и навыков. Например, пациенты с зависимостью от ПАВ или посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), которые больше вовлечены в 12-шаговые групповые программы во время лечения больше полагались на положительную переоценку и решения проблем, и меньше на эмоциональную разрядку после лечения [14]. В исследовании, которое было сосредоточено на активных ингредиентах ГВНП, показано, что члены, которые более активно занимались взаимным обучением и моделированием ситуаций обмена информацией, и разработкой новых подходов и навыков, более вероятно, были абстинентами при 1-летнем наблюдении [2].

Активные ингредиенты и их последствия. Хотя есть сильные улики о некоторых из вероятных активных ингредиентов ГСП с 12-шаговыми программами, имеет ряд вопросов, которые остаются не решенными.

Предыдущие исследования были сосредоточены на одном или нескольких из вероятных активных ингредиентов ГСП, но исследователи не оценили полный спектр факторов, которые сравнивали их относительную силу в прогнозировании ремиссии. Комплексная инвентаризация некоторых из активных ингредиентов ГСП делает акцент на трех процессах социального управления (поддержка, направление цели и структура), трех аспектах теории социального научения (ремиссия – ориентированная на нормы и модели, ожидания негативных последствий употребления ПАВ), два поведенческих процесса выбора (обеспечение подкрепления за воздержание и участия в мероприятиях свободных от ПАВ) и трех аспектов стресса и теории копинга (идентификация ситуации повышенного риска и стресса, формирование самооэффективности и эффективных копинг-навыков).

После того, как активные ингредиенты ГСП могут быть измерены, можно будет рассмотреть, насколько хорошо и последовательно различные типы групп используют их, и в какой степени они связаны с по-

следствиями для конкретных групп лиц. Такой перечень может быть использован для изучения закономерностей активных ингредиентов в одном типе групп (абстиненты, например АА) и их вариаций в разных модификациях [абстиненты, например между АА и АН или ГВНП]. Что касается результатов, больше удовлетворены и получают больше преимуществ в ГСП участники, которые относительно благополучные, целенаправленные и структурированные, как это было предложено некоторыми исследованиями [17].

Индексы группы, как ключевые активные ингредиенты участия. Несколько критериев были разработаны для оценки принадлежности к ГСП с 12-шаговой программой, особенно к АА. Эти критерии направлены на такие показатели, как самоидентификация с группой, общение с членами группы, чтение литературы по 12-шаговой программе и работе по шагам, поддержка и взаимодействие с поддерживающим, обеспечение переговоров в группе, выполнение работ по обслуживанию, перепрофилирование в поддерживающего, имеющего духовное пробуждение [19]. Эти показатели являются отдаленными результатами группового участия и, в то же время, активными ингредиентами, которые предвещают положительные результаты в употреблении ПАВ [11]. Кроме того, одобрение философии 12-шаговой программы и участия в рекомендованных 12-шаговой программой деятельности были определены в качестве посредников итогов 12-шагово-ориентированной терапии для кокаиновой зависимости [27].

С концептуальной точки зрения, самоидентификация в качестве члена группы является показателем связи, чтение литературы по 12-шаговой программе, работа по шагам, повышение духовности или вера в высшие силы руководят целью; общение с членами группы связанное с общей и конкретной поддержкой в ремиссии обеспечивает подражание модели ориентированной на воздержание. Эти показатели принадлежности к ГСП, требуют улучшенного дальнейшего рассмотрения в качестве активных ингредиентов, которые предсказывают результаты употребления ПАВ.

Есть типичное прогрессирование, когда связующий и поддержка (самоидентификация членов группы, общение с членов группы) образуют единое, а затем, получая такие ролевые модели абстинент-ориентированных выполняют работы по поддержке. Или более активное участие в групповых встречах является необходимой предпосылкой для более сильной связи с группой. Для показателей принадлежности предикторами являются повышение самооэффективности и копинг-навыков. В этом ключе, хотя 12-шаговые группы подчеркивают бессилие перед употреблением ПАВ, итог группы связан с повышением самооэффективности для воздержания от употребления ПАВ.

С этим связан вопрос, в какой степени вариации этих показателей связаны с принадлежностью или активными ингредиентами в различных видах ГСП. Любое подкрепление делает акцент на «повышении самооценки и независимости или влияния этих двух активных ингредиентов» [21].

Роль личностных характеристик. Некоторые лица могли быть особенно открыты для влияния активных ингредиентов и противостоять другим. Например, по сравнению с мужчинами, женщины более гибко могли реагировать на поддержку, направление и цели работы в ГСП, а также ролевую модель трезвости, вознаграждение за социальную активность, формирование самоуважения и копинг-навыки. В более широком смысле, это их специфические личностные характеристики для повышения интеграции в ГСП. В связи с этим, духовность/религиозность, вероятно, связана с улучшением результатов работы групп по программе «12 шагов», возможно, потому что люди, которые имеют сильные духовные/религиозные убеждения, более осведомлены о признании своих внутренних переживаний и больше способны противостоять их влиянию [10]. Таким образом, духовность/религиозность может повышать у физических лиц в ГСП активные ингредиенты, которые способствуют повышению эффективности решения проблем зависимости и копинг-навыков.

Обращаясь к другому примеру, люди с более тяжелыми и хроническими нарушениями могут ответить по-другому на участие в ГСП, чем лица с менее значимыми изменениями личности. В этом отношении, более измененный Тип В может присоединиться и извлечь больше выгоды из поддержки и структуры ГСП, чем это делает менее поврежденный Тип А, возможно потому, что они имеют меньшую самооценку, менее развитые копинг-навыки и чувствуют в этих группах себя, как дома. Присоединение к ГСП может предоставить Типу В ресурсы, необходимые для поддержания ремиссии, тогда как Тип А имеет больше личных ресурсов и менее уязвим для рецидива, в меньшей степени зависят от внешних ресурсов для поддержания хороших результатов [34].

Тем не менее, некоторые люди с употреблением ПАВ и психическими расстройствами, особенно расстройствами личности, не имели большой пользы от ГСП, по сравнению с индивидуумами только с СЗ от ПАВ. Например, люди с СЗ и большим депрессивным эпизодом менее вероятно имеют друзей из программы «12 шагов» и получают поддержку; что еще более важно, они не извлекают выгоду из контактов с друзьями из программы «12 шагов» или поддержки. У депрессивных личностей есть небольшие интерперсональные проблемы, которые могут отягощать знакомство с новыми друзьями из программы «12 шагов», и они могут испытать изоляцию и тревогу, которые мешают приобретать поддержку и участвовать в активных социальных действиях [1].

Многие люди, которые участвуют в ГСП, проходили также и другие виды лечения. В принципе, эти два источника помощи могли самостоятельно способствовать улучшению результатов и они могли либо усиливать или ослабить друг от друга. Участие в профессиональном лечении, особенно в лечении, ориентированном на принципы программы «12 шагов», имели тенденцию увеличивать вероятность присоединения к ГСП с программой «12 шагов» и получали выгоды от этого [1].

Может ли причастность к ГСП иметь негативные влияния, и если так, то как такие эффекты могут быть устранены? Большое количество литературы в этой области сосредоточилось на преимуществах ГСП, но также имеется некоторая критика. Проблемы, которые поднимаются в этом аспекте включают очевидное принуждение присутствовать на встречах, чрезмерно сильное сопротивление, которое может социализировать личность, которая может стать чрезмерно зависимой от группы, формирование потенциала для психологических негативных последствий из-за эмоциональной интенсивности обсуждений группы, поощрение во время обучения статуса личности в роли больного, у которой уже есть болезнь и пожизненная проблема аддикции, связанная с акцентом на беспомощности, особенно у женщин [33].

Эти критерии подчеркивают возможность негативных эффектов участия в группе. В этом ключе среди пациентов с ПТСР, которые были алкоголиками/наркоманами, участие в ГСП было связано с меньшим количеством срывов в течение 1- и 2-летнего периода. Однако, для пациентов, которых не идентифицировали, как алкоголиков/наркоманов, участие в ГСП было связано с большим количеством нарушений в обоих этих периодах [14]. Более широко, если ГСП имеют лечебную силу и способствуют усовершенствованию личностей, вероятно, время от времени, они также имеют негативные влияния и могут поспособствовать усилению употребления ПАВ и/или психических нарушений.

У 7–15% пациентов, которые участвуют в психосоциальной терапии СЗ от ПАВ, результаты могут быть хуже, чем раньше. Возможные, связанные с лечением предикторы ухудшения, включают в себя отсутствие акцентов на активных ингредиентах лечения; то есть нехватка мониторинга и контроля, нехватка целевого руководства представлено низкими или несоответствующими ожиданиям изменениям; противостояние и критика, а не поддержка; моделирование девиантного или проблемного поведения, а не воздержание; экспрессия стигмы вместо создания уверенности в себе [29].

Соответственно, необходимы исследования, чтобы изучить распространенность потенциальных негативных влияний, связанных с ГСП, разъяснить степень, до которой нехватка акцента на активных компонентах ГСП предиктирует эти эффекты и идентифицирует подходы, чтобы предотвратить и противодействовать им.

Активные компоненты, которые характеризуют ГСП, связаны концептуально с активными компонентами других социальных контекстов общей среды, таких как семья, друзья и рабочее место. Один пример процитированный ранее, что вовлечение в ГСП и модели ориентированные на воздержание и нормы, влекут за собой возможность противодействовать потенциальным негативным влияниям друзей, которые являются потребителями ПАВ.

Совместимые с этими теориями, ключевые наборы активных компонентов также увеличивают разработку личностных и социальных ресурсов, которые защищают индивидуума от возобновления употребления

ПАВ, используют и продвигают процесс восстановления. Эти компоненты вовлекают социальные связи и контроль, моделирование и ориентацию на воздержание, причастность к выполнению действий и формированию чувства собственного достоинства и копинг-навыков [29]. Члены семьи, которые усиливают семейные социальные связи, целевое руководство и контроль, поддерживают ориентированные на воздержание нормы и модели, стимулирование вовлечения в социальные и рекреационные занятия, восстановление личностной самоэффективности и копинг-навыков повышает вероятность стойкой ремиссии и, в конечном итоге, долгосрочное воздержание. Точно так же друзья и сверстники, которые используют позитивное руководство и контроль, поддерживают традиционные социальные ценности и вовлекают личность в полезные действия, имеют тенденцию оказывать позитивное влияние на восстановление.

Эти идеи совместимы с критическими коэффициентами, лежащими в основе устойчивого восстановления для личностей с аддиктивными нарушениями, которые включают формирующиеся новые социальные связи и получающие поддержку, управление или контроль, причастность к замене на полезные действия и получение длительного источника надежды или вдохновения [38]. Они указывают на потребность узнать, насколько влияние ГСП на ремиссии зависит от тех же самых активных компонентов, которые лежат в основе благоприятных воздействий семьи и социальных сетей.

Есть разумные доказательства того, чтобы показать, как поддержка, целевое руководство и структура, ориентированная воздержанием на нормы и образцы для подражания, причастность к альтернативным полезным действиям и акцентирование на самоэффективности и копинг-навыках, являются некоторыми из активных компонентов, ответственных за позитивное влияние ГСП. Поскольку большая часть существующих исследований была проведена на ГСП с 12-шаговыми программами в США, нужно рассмотреть, относятся ли ключевые результаты к более широкому диапазону ГСП в разнообразных культурных контекстах. Проблема включает степень, до которой определенные компоненты могут быть особенно важными в определенных типах ГСП, таких как ориентированные на воздержание нормы и модели в группах «12 шагов» и формирование самоэффективности и копинг-навыков.

Другая важная проблема должна рассмотреть теории и потенциальные активные компоненты, кроме представленных в данном обзоре. Например, определенные действия в АА, такие как проведение духовного возрождения и разработка альтернативного образа жизни, были связаны с копинг-процессами, идентифицированными в транстеоретической модели изменений, таких как «самооценка» и социальное возрождение [13]. Освещая важность внутренних психологических процессов, таких как отношения и намерения, как ключевые предикторы поведения, теория аргументированного действия и запланированного поведения [25] предлагают, чтобы шаблоны коммуникации, которые продвигают эти процессы, могли быть ключевыми активными компонентами из ГСП.

Поскольку к этим проблемам обращаются, нужно сохранить широкую перспективу на принципах, которые лежат в основе активных компонентов. В этом отношении, вероятно, что компоненты, такие как целевое руководство, нормы, модели и полезные действия будут эффективны в разнообразных группах и культурных контекстах даже при том, что акцент на определенных целях, нормах и действиях, вероятно, изменится. Таким образом, ориентированные на воздержание модели, вероятно, продлят воздержание, тогда как модели сокращения вреда, вероятно, обеспечат сокращение вреда; в этих случаях результаты были бы совместимы с идеей, что доминирующие нормы группы и модели – ключевые активные компоненты. Будущее исследование по этим проблемам может помочь идентифицировать активные компоненты и лечебные социальные процессы, которые распространены в ГСП, при традиционном лечении и отношения с членами семьи и друзьями и лежат в основе долгосрочных возможностей аддиктивных расстройств.

Литература

1. *A comparative evaluation of substance abuse treatment. Substance abuse treatment can enhance the effectiveness of self-help groups* / K. Humphreys [et al.] // *Alcohol Clin. Exp. Res.* – 1999. – Vol. 23. – P. 558–63.
2. *Adherence to medication regimens and participation in dual-focus self-help groups* / S. Magura [et al.] // *J. Psychiatr. Serv.* – 2002. – Vol. 53. – P. 310–16.
3. *Affiliation with Alcoholics Anonymous after treatment: a study of its therapeutic effects and mechanisms of action* / J. Morgenstern [et al.] // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 1997. – Vol. 65. – P. 768–77.
4. *Alcoholism treatment: a ten-year follow-up study* / G. M. Cross [et al.] // *Alcohol Clin. Exp. Res.* – 1990. – Vol. 14. – P. 169–73.
5. *Anderson, P. Alcohol in Europe. A public health perspective* / P. Anderson, B. Baumberg // *A report for the European Commission. London, UK: Institute of Alcohol Studies.* – 2006. – 420 p.
6. *Bickel, W. K. Reframing Health Behavior Change with Behavior Economics* / W. K. Bickel, R. E. Vuchinich // Mahwah, N. J., Erlbaum. – 2000.
7. *Bodin, M. C. Predictors of abstinence and non-problem drinking after 12-step treatment in Sweden* / M. C. Bodin, A. Romelsjo // *J. Stud. Alcohol.* – 2006. – Vol. 67. – P. 139–46.
8. *Bogenschutz, M. P. Examining the effects of alcoholism typology and AA attendance on self-efficacy as a mechanism of change* / M. P. Bogenschutz, J. S. Tonigan, W. R. Miller // *J. Stud. Alcohol.* – 2006. – Vol. 67. – P. 562–567.
9. *Bond, J. The persistent influence of social networks and Alcoholics Anonymous on abstinence* / J. Bond, L. A. Kaskutas, C. Weisner // *J. Stud. Alcohol.* – 2003. – Vol. 64. – P. 579–88.
10. *Carrico, A. W. Spirituality/religiosity promotes acceptance-based responding and twelve-step involvement* / A. W. Carrico, E. V. Gifford, R. Moos // *Drug Alcohol Depend.* – 2007. – Vol. 89. – P. 66–73.
11. *Cloud, R. N. What is Alcoholics Anonymous affiliation?* / R. N. Cloud, C. H. Ziegler, R. D. Blondell // *Subst. Use Misuse.* – 2004. – Vol. 39. – P. 1117–1136.
12. *Connors, G. J. A longitudinal model of intake symptomatology, AA participation, and outcome: retrospective study of the project MATCH outpatient and aftercare samples* / G. J. Connors, J. S. Tonigan, W. R. Miller // *J. Stud. Alcohol.* – 2001. – Vol. 62. – P. 817–825.

□ **Обзоры и лекции**

13. DiClemente, C. C. Alcoholics Anonymous and the structure of change // Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and Alternatives. New Brunswick, N. J.: Rutgers Center of Alcohol Studies. – 1993. – P. 79–97.
14. *During* treatment changes in substance abuse patients with posttraumatic stress disorder: relationships to specific interventions and program environments / P. C. Ouimette [et al.] // J. Subst. Abuse Treat. – 1998. – Vol. 15. – P. 555–64.
15. *Emrick*, C. D. Alcoholics anonymous and other 12-step groups / C. D. Emrick, J. S. Tonigan // American Psychiatric Association Textbook of Substance Abuse Treatment. Washington, DC: American Psychiatric Association. – 2004. – P. 433–43.
16. *Estimating* the effect of help seeking on achieving recovery from alcohol dependence / D. A. Dawson [et al.] // J. Addiction. – 2006. – Vol. 101. – P. 824–34.
17. *Giving* and receiving help: interpersonal transactions in mutual-help meetings and psychosocial adjustment of members / L. J. Roberts [et al.] // Am. J. Commun. Psychol. – 1999. – Vol. 27. – P. 841–68.
18. *Giving* and receiving help: interpersonal transactions in mutual-help meetings and psychosocial adjustment of members / L. J. Roberts [et al.] // Am. J. Commun. Psychol. – 1999. – Vol. 27. – P. 841–68.
19. *Humphreys*, K. Applying a stress and coping perspective to research on mutual help organizations / K. Humphreys, J. W. Finney, R. Moos // J. Commun. Psychol. – 1994. – Vol. 22. – P. 312–27.
20. *Kaplan*, H. B. Psychosocial stress from the perspective of self theory // Psychosocial Stress: Perspectives on Structure, Theory, Life Course and Methods. New York: Academic Press. – 1996. – P. 175–244.
21. *Kaskutas*, L. A. Social networks as mediators of the effect of Alcoholics Anonymous/ L.A. Kaskutas, J. Bond, K. Humphreys // J. Addiction. – 2002. – Vol. 97. – P. 891–900.
22. *Kelly*, J. Major depression in patients with substance use disorders: relationships to 12-step self-help involvement and substance use outcomes/ J. Kelly, J. D. McKellar, R. Moos. // J. Addiction. – 2003. – Vol. 98. – P. 499–508.
23. *Kessler*, R. C. Patterns and correlates of self-help group membership in the United States / R. C. Kessler, R. D. Mickelson, S. Zhao. // Soc. Policy. – 1997. – Vol. 27. – P. 27–46.
24. *Maisto*, S. A. Social learning theory / S. A. Maisto, K. B. Carey, C. M. Bradizza // Psychological Theories of Drinking and Alcoholism, 2nd edn. New York: Guilford Press. – 1999. – P. 106–63.
25. *Madden*, T. J. A comparison of the theory of planned behavior and the theory of reasoned action / T. J. Madden, P. S. Ellen, I. Ajzen // Pers. Soc. Psychol. Bull. – 1992. – Vol. 18. – P. 3–9.
26. *Mediators* of effectiveness in dual-focus self-help groups / S. Magura [et al.] // Am. J. Drug. Alcohol. Abuse. – 2003. – Vol. 29. – P. 301–322.
27. *Mediators* of outcome of psycho-social treatments for cocaine dependence / P. Crits-Christoph [et al.] // J. Consult. Clin. Psychol. – 2003. – Vol. 71. – P. 918–25.
28. *Montgomery*, H. A. Differences among AA groups: implications for research / H. A. Montgomery, W. R. Miller, J. S. Tonigan // J. Stud. Alcohol. – 1993. – Vol. 54. – P. 502–504.
29. *Moos*, R. Theory-based processes that promote remission of substance use disorders / R. Moos // Clin. Psychol. Rev. – 2007. – Vol. 27. – P. 537–551.
30. *Network* support for drinking / R. Longabaugh [et al.] // Project MATCH: Hypotheses, Results, and Causal Chain Analyses. NIH Publication no. 01-4238. Rockville, MD: National Institutes of Health. – 2001. – P. 260–75.
31. *Room*, R. Alcoholics Anonymous, other 12-step movements, and psychotherapy in the US population / R. Room, T. Greenfield // J. Addiction. – 1993. – Vol. 88. – P. 555–62.
32. *Snow*, M. G. Processes of change in alcoholics anonymous: maintenance factors in long-term sobriety / M. G. Snow, J. O. Prochaska, J. S. Rossi // J. Stud. Alcohol. – 1994. – Vol. 55. – P. 362–71.
33. *Social* support mediates the effects of dual-focus mutual aid groups on abstinence from substance use / A. B. Laudet [et al.] // Am. J. Commun. Psychol. – 2004. – Vol. 34. – P. 175–85.
34. *Tonigan*, J. S. Is alcoholism typology a predictor of both Alcoholics Anonymous affiliation and disaffiliation after treatment? / J. S. Tonigan, M. P. Bogenschutz, W. R. Miller // J. Subst. Abuse Treat. – 2006. – Vol. 30. – P. 323–30.
35. *Toro*, P. Social climate comparison of mutual help and psychotherapy groups / P. Toro, J. Rappaport, E. Seidman // J. Consult. Clin. Psychol. – 1987. – Vol. 55. – P. 430–431.
36. *The effects* of sponsorship in 12-step treatment of injection drug users / B. L. Crape [et al.] // Drug Alcohol Depen. – 2002. – Vol. 65. – P. 291–301.
37. *Use* of mental health services in Europe: result from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project / J. Alonso [et al.] // Acta Psychiatr. Scand. Suppl. – 2004. – Vol. 109. – P. 47–54.
38. *Valliant*, G. E. A 60-year follow-up of alcoholic men // J. Addiction. – 2003. – Vol. 98. – P. 1043–51.
39. *WHO*. Global health risk: mortality and burden of disease attributable to selected major risk. – 2009. – 70 p.
40. *Zemore*, S. E. In 12-step groups, helping helps the helper / S. E. Zemore, L. A. Kaskutas, L. N. Ammon // J. Addiction. – 2004. – Vol. 99. – P. 1015–1023.